



# perspective infirmière

Printemps 2025

Vol. 22, n°2

Trouble de  
la personnalité  
limite et trouble  
bipolaire : quelle  
est la différence?

---

Le contrôle coercitif,  
le vrai visage de la  
violence conjugale

---

Voix des enfants  
et soins infirmiers

---

## **ACFA**

La pratique infirmière  
auprès des personnes  
issues de la diversité  
sexuelle et de genre





Disponible en tout  
temps pour vos patients



**Exufiber<sup>®</sup>**  
**Exufiber<sup>®</sup> Ag+**



Fibre gélifiante nouvelle génération  
Pansement pour plaies très exsudatives

**Mepilex<sup>®</sup> Border Flex**



Polyvalent par sa flexibilité  
Pansement mousse absorbant tout-en-un  
pour plaies exsudatives chroniques et aiguës

Mölnlycke  
1-800-494-5134  
[www.molnlycke.ca](http://www.molnlycke.ca)

**SafetaC<sup>®</sup>**  
TECHNOLOGIE

**RAMQ**

# SOMMAIRE

Printemps 2025 - Vol. 22, n° 2

## ÉDITORIAL

- 07 — Engager le dialogue et se rapprocher du public

## DÉONTOLOGIE

- 08 — L'enquête du syndic et le processus disciplinaire

## EN BREF

- 10 — Perceptions et intentions des infirmières du Québec à l'égard de l'intelligence artificielle

## MYTHES ET RÉALITÉS

- 21 — Le contrôle coercitif, le vrai visage de la violence conjugale

Réponses en page 42

## PRATIQUE CLINIQUE

- 14 — Trouble de la personnalité limite et trouble bipolaire : quelle est la différence?

- 23 — Voix des enfants et soins infirmiers

- 37 — Anxiété de performance : la peur d'être jugé

## INNOVATION

- 28 — Au cœur de la transition : Cardio-Pulse, un programme spécialisé pour les nouvelles infirmières praticiennes spécialisées en soins aux adultes (IPSSA) en cardiologie





14



23



28



37

# ACFA

## DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU



Président — LUC MATHIEU  
Directrice générale — MARIE-CLAIRE RICHER  
Directrice, Stratégie de marque et communications — DENISE BEAULIEU

RÉDACTRICE EN CHEF  
Isabelle Lacroix  
RESPONSABLE DE PRODUCTION  
Marianne Lapierre  
GRAPHISME ET MISE EN PAGES  
Uzin3 | Communicateurs graphiques

RÉVISEURS LINGUISTIQUES  
Alexandre Roberge et  
Élite Communication

CORRECTRICE D'ÉPREUVES  
Marlène Lavoie

GRILLE GRAPHIQUE  
Isabelle Gagné et Luc Girard  
pour MissPixels

IMPRIMEUR  
Transcontinental

PAGE COUVERTURE  
© Shutterstock / Nuvu Frames

CONSEILLÈRE PRINCIPALE AU CONTENU  
Dominique Nadeau, inf., M. Sc.,  
Conseillère à la qualité de la pratique  
Direction, Développement et  
soutien professionnel

### COLLABORATEURS

Géraldine Berwald-Grégoire, inf., M. Sc., IPSSA – Myriam Brisson, inf., M. Sc. inf. – Franco A. Carnevale, inf., Ph. D. (psych.), Ph. D. (phil.) – Éliane Chaput, M.A. (Sociologie), Ph. D.(c) – Coalition des familles LGBT+ – Michèle Desmarais, inf., M. Sc., Ph. D. (c) – Ondina Galiano, inf., B. Sc., M. Éd., M. Sc. Adm., DESSPES, CRRN – Sonia Heppell, inf., M. Sc., IPSSA – Olivier Laroche, inf., M. Sc., IPSSA – Jean Lefevre-Utile, inf., Ph. D. – Sophia Merisier inf., Ph. D.(c) – Marjorie Montreuil, inf., Ph. D. – Sandra Moretti, inf., M. Sc. inf. – Theo J. Narloch, inf. – Virginie Parent, inf., B. Sc. – Céline Rossini – Claudie Roussy, inf., M. Sc., IPSSA – Meriem Sedjal, inf., M. Sc. inf. – Katia Vermette

### POLITIQUE DE LA REVUE

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

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

PUBLICITÉ  
Marie-Hélène Langlois  
Communications  
Courtier publicitaire  
En collaboration avec  
Opale Média  
partenaires@oiiq.org

46 — La pratique infirmière auprès des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre

### ABONNEMENT

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

TARIFS pour 1 an  
Canada : 17,78 \$ taxes comprises  
Autres pays : 79,77 \$

Les membres de l'OIIQ, les étudiantes immatriculées ayant terminé leur deuxième année d'études et les personnes inscrites comme membres inactifs reçoivent un abonnement.

Pour les membres de l'OIIQ, il est possible de choisir de recevoir Perspective infirmière en version papier et/ou de recevoir une alerte par courriel de la publication de sa version PDF. Pour ce faire, les membres doivent cocher la ou les cases correspondant à leur choix dans les Préférences de communication de leur compte sur oiiq.org.

### DÉPÔT LÉGAL 2025

Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISSN 1708-1890  
Répertorié dans Repère, Cinahl, PubMed, CISMef et BDSP  
N° d'enregistrement 9790  
Parution : Printemps 2025  
Convention de la Poste-publications  
N° 40062569



# Travailler en santé peut vous faire économiser jusqu'à 1 313 \$ par année

Découvrez nos offres



Conditions et restrictions sur [bnc.ca/sante](https://bnc.ca/sante)

# Engager le dialogue et se rapprocher du public

Une tournée en continu pour améliorer notre ancrage dans les régions du Québec



© Audrey Boivin

**LUC MATHIEU**, inf., DBA, ASC  
Président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

La tournée du président est une tradition à l'Ordre. Année après année, l'exercice permet de prendre le pouls du terrain et d'identifier les défis persistants rencontrés par les équipes cliniques et les gestionnaires du système de santé partout au Québec. Il permet aussi de partager certaines informations relatives aux prises de position et aux chantiers en cours du côté de l'Ordre.

L'édition 2025 est différente. Pour la première fois, nous souhaitons en effet élargir la portée de la démarche et accorder une place centrale au public et à ses représentants, particulièrement ceux impliqués en santé. Pensons ici notamment aux membres des comités d'usagers ou de résidents ainsi qu'aux comités pour la protection des malades.

Chaque jour, des citoyens sont appelés à interagir avec le réseau de soins et de services en santé, dont les infirmières et infirmiers. Il en va de même des intervenants œuvrant dans les organismes communautaires dont l'activité principale consiste à venir en aide aux populations jeunes ou âgées et à leurs proches, ainsi qu'aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale ou encore en situation d'itinérance. Leur lecture de la situation, tout comme celle portée par les acteurs de la société civile, y compris les élus locaux, est essentielle à une compréhension fine des réalités rencontrées sur le terrain. C'est pourquoi nous souhaitons ajouter leurs voix à celle des infirmières et infirmiers et des gestionnaires du réseau traditionnellement rencontrés.

L'objectif est clair : aménager un espace de dialogue constructif à travers lequel pourront s'exprimer les attentes de chacun au regard des infirmières et infirmiers ou de leurs interventions, tout comme à l'égard de l'Ordre lui-même. Ultimement, l'Ordre espère ainsi améliorer son ancrage dans toutes les régions du Québec et poser les bases d'une communication bidirectionnelle avec l'ensemble des intervenants et organisations concernés par les enjeux de santé au Québec.

## POUR ET AVEC LES MILIEUX

De mon point de vue, le changement de perspective proposé démontre la volonté formelle de l'Ordre de recentrer ses activités sur la protection du public et s'inscrit en droite ligne avec les orientations et les objectifs mis de l'avant dans notre plus récent plan stratégique. Citons à ce sujet l'intention – inscrite dans ce plan – d'accroître la contribution citoyenne aux activités et instances de l'Ordre et d'établir des stratégies de collaboration avec l'ensemble des parties prenantes.

J'y vois également une occasion de renforcer la pertinence des interventions de l'Ordre en ce qui a trait aux enjeux cliniques susceptibles d'avoir un impact sur la protection du public et le développement de la profession infirmière. Chacun des éléments portés à notre attention permettra en effet non seulement d'affiner notre compréhension du terrain, mais aussi de nourrir nos actions comme ordre professionnel et nos échanges avec les autorités sur les grands dossiers de l'heure.

La démarche est ambitieuse et posera assurément un certain nombre de défis. Sa portée réelle dépendra entre autres de la participation des différentes parties prenantes et du fait qu'elles oseront, ou non, porter à notre attention les défis rencontrés et les préoccupations qui en découlent. Nous pourrions à ce titre compter sur la contribution des ordres régionaux et leur proximité avec les milieux de soins dans le cadre de la tournée, mais également toute l'année durant.

L'exercice exigera par ailleurs de faire preuve d'ouverture en ce qui a trait aux problématiques soulevées et de transparence quant aux mesures pouvant être mises en place pour y répondre. Dans certaines circonstances, l'Ordre ne dispose effectivement pas des leviers requis pour intervenir lui-même. En prenant appui sur les exemples concrets rapportés par les milieux et les nouveaux canaux de communication établis avec eux, il peut toutefois relayer leurs inquiétudes et proposer certaines pistes d'action concrètes.

Plus qu'un simple exercice de repositionnement stratégique, c'est une invitation à mettre les forces de chacun à contribution qui est ici lancée. J'espère que les interlocuteurs nouvellement sollicités seront nombreux à y répondre. Pour ma part, je suis impatient d'aller à leur rencontre! •

# L'enquête du syndic et le processus disciplinaire

Plusieurs infirmières s'interrogent relativement à divers aspects du processus disciplinaire. Cette chronique a pour objectif de présenter les étapes du processus disciplinaire afin d'en favoriser une meilleure compréhension.

par **MYRIAM BRISSON, M. Sc. inf., syndique et SANDRA MORETTI, M. Sc. inf., conseillère à la consultation déontologique**

D'entrée de jeu, il importe de rappeler que la mission principale d'un ordre professionnel est la protection du public. Dans cette optique, la Direction, Bureau du syndic de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), composée notamment d'une syndique de même que de syndiques adjointes et syndics adjoints, a pour mandat de traiter toute information relative à une infraction aux lois et règlements qui régissent la profession infirmière, tels le *Code des professions* ainsi que la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et les règlements qui en découlent, comme le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*.

## UNE INFORMATION : POINT DE DÉPART DE L'ENQUÊTE DISCIPLINAIRE

La syndique<sup>1</sup> intervient à la suite d'une information qui laisse croire qu'une infirmière n'aurait pas respecté un ou des articles d'une loi ou d'un règlement qui régissent la profession infirmière. La syndique a alors l'obligation d'analyser l'information reçue et d'entamer les procédures pertinentes, c'est-à-dire de faire des vérifications ou d'amorcer le processus d'enquête, et ce, en vue d'assurer la protection du public.

Se basant sur les statistiques des cinq dernières années, la Direction, Bureau du syndic de l'OIIQ reçoit en moyenne environ 450 demandes d'enquête par année. Les sources de ces demandes sont variées. Elles proviennent parfois de clients ou du public en général, mais aussi de membres de l'OIIQ, d'autres professionnels de la santé ou de responsables des directions de soins infirmiers des établissements de santé où exerce l'infirmière que vise la demande. Précisons que près de 55 % des demandes d'enquête proviennent directement de clients ou du public.

Le point de départ d'une enquête peut être une information écrite ou verbale. Toutefois, la syndique encourage fortement toute personne qui désire l'informer d'une conduite qu'elle estime répréhensible d'une infirmière à le faire par écrit en remplissant le formulaire de demande d'enquête. Toute information reçue par la Direction, Bureau du syndic est traitée de façon confidentielle.

## NATURE DES PROBLÈMES

Les problèmes portés à l'attention de la syndique sont multiples. Les situations les plus souvent rencontrées concernent la qualité des soins et services, notamment la négligence dans les soins et traitements et l'administration des médicaments. Viennent ensuite

les infractions liées à la relation infirmière/client, par exemple le fait d'agir avec irrespect envers un client ou ses proches, l'établissement de liens autres que professionnels ou encore le fait de ne pas préserver le secret professionnel. Plusieurs situations sont également liées à l'intégrité, comme l'appropriation de médicaments ou d'autres substances diverses, ou l'exercice de la profession dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins.

## L'ENQUÊTE

Les dossiers d'enquête sont assignés par la syndique à une syndique adjointe ou un syndic adjoint qui déterminera le suivi approprié. Le processus d'enquête<sup>2</sup> peut, entre autres, comprendre la consultation de tout document pertinent, des rencontres avec des témoins et une entrevue avec l'infirmière que vise l'enquête. À cet égard, le *Code des professions* confère à la syndique des pouvoirs importants pour mener à bien son enquête et l'infirmière faisant l'objet de l'enquête a l'obligation de collaborer. Une infirmière au courant de la tenue d'une enquête du syndic peut choisir de se faire accompagner par un avocat.

## LA DÉCISION

Au terme de son enquête, la syndique analyse les données recueillies et les interprète. Pour prendre sa décision, elle s'appuie notamment sur la gravité du geste, sa répétition, la durée et la fréquence des actes, l'étude de la preuve documentaire, le caractère probant des témoignages obtenus et la jurisprudence (décisions rendues par un tribunal).

## Fermeture du dossier

L'analyse des informations obtenues en cours d'enquête peuvent mener à la fermeture du dossier, entre autres en raison de l'absence d'acte dérogatoire ou de l'impossibilité de mettre en évidence un manquement aux lois et règlements qui régissent la profession infirmière. Le dossier peut également être fermé à la suite d'interventions non disciplinaires auprès de l'infirmière visée telles que des recommandations et des mises en garde, du transfert du dossier en inspection professionnelle ou encore d'un engagement pris entre la syndique et l'infirmière en question. Cet engagement, verbal ou écrit, présente les actions que doit prendre l'infirmière au regard de son exercice. Le non-respect de l'engagement, pris en vertu de l'article 50.1 du *Code de déontologie*

1. Le mot « syndique » inclut la syndique adjointe ou le syndic adjoint qui possède les mêmes droits, pouvoirs et obligations que la syndique.

2. La syndique peut décider d'effectuer elle-même l'enquête ou d'assigner le dossier à une syndique adjointe ou un syndic adjoint.

des infirmières et infirmiers, peut mener au dépôt d'une plainte devant le Conseil de discipline.

La personne à l'origine de la tenue de l'enquête et qui est en désaccord avec la décision de fermer le dossier peut demander un avis au Comité de révision. Ce comité, composé d'un représentant du public et de deux infirmières, émettra un avis sur la décision de la syndique de ne pas porter une plainte.

### Conciliation

Lorsque les faits allégués et la situation le permettent, la syndique peut proposer la conciliation aux deux parties, c'est-à-dire à la personne qui a demandé la tenue d'une enquête et à l'infirmière qui en fait l'objet. La conciliation est un processus volontaire; les deux parties doivent y consentir librement. Ce mécanisme de règlement de différends permet à la personne qui a demandé la tenue d'une enquête d'être partie prenante dans la résolution de la situation visée par sa demande. Pour l'infirmière, c'est une occasion de réajuster sa pratique professionnelle. Lorsque la conciliation est réussie, la demande d'enquête est réputée être retirée.

### Dépôt d'une plainte au Conseil de discipline

Par ailleurs, si la syndique croit que la protection du public est compromise, elle dépose une plainte devant le Conseil de discipline.

### CONSEIL DE DISCIPLINE

Au cours des cinq dernières années, environ 19 dossiers soumis à la Direction, Bureau du syndic ont été portés annuellement devant le Conseil de discipline. Ce dernier entend toutes les plaintes déposées par la syndique à l'endroit d'infirmières. Il est l'instance qui décidera de la culpabilité ou non de l'infirmière en cause et, s'il y a lieu, qui lui imposera une sanction.

Le Conseil de discipline est composé d'un avocat faisant partie du Bureau des présidents de l'Office des professions du Québec et de deux infirmières nommées par le Conseil d'administration de l'OIIQ. Il agit à titre de tribunal indépendant de l'OIIQ dans l'exécution de ses fonctions.

Les audiences du Conseil de discipline sont publiques. Le rôle d'audience est public et affiché sur le site Internet de l'OIIQ. Tous peuvent y assister, à moins d'une ordonnance de huis clos. L'ensemble des documents et pièces déposés en preuve sont accessibles, à moins d'une ordonnance contraire émise par le Conseil de discipline.

Les sanctions disciplinaires que le Conseil de discipline peut imposer à une infirmière reconnue coupable d'une infraction sont précisées au *Code des professions*. Par exemple, elles peuvent aller de la réprimande à la révocation du permis d'exercice, en passant par la radiation temporaire ou permanente, de même que la limitation ou la suspension du droit d'exercer des activités professionnelles. Une infirmière condamnée à l'une de ces sanctions peut en appeler au Tribunal des professions.

### Plainte privée

Une personne peut choisir de porter plainte directement au Conseil de discipline sans recourir au Bureau du syndic. Dans ce cas, elle peut se représenter elle-même ou par l'entremise d'un avocat. Sa plainte est qualifiée de « plainte privée ».

### PUBLICATION DES DÉCISIONS DU CONSEIL DE DISCIPLINE

Les décisions du Conseil de discipline sont publiques. Toute décision qui influe sur le droit d'exercice d'une infirmière doit obligatoirement être communiquée à tous les membres de l'OIIQ. C'est pourquoi elles font l'objet d'une publication dans *Le Réglementaire* publié par l'OIIQ. Il est également possible de consulter les décisions du Conseil de discipline de l'OIIQ via le site CanLii ([www.canlii.org/qc/qccdoi](http://www.canlii.org/qc/qccdoi)).

En ce qui concerne la publication d'un avis de la décision dans un journal circulant dans le lieu où l'infirmière a son domicile professionnel, le Conseil de discipline doit le faire lorsqu'une sanction modifie de façon permanente le droit d'exercer d'un professionnel. Cependant, le Conseil de discipline a le pouvoir de décider ou non de la publication dans un tel journal s'il s'agit d'une radiation temporaire ou d'une limitation ou suspension temporaire du droit d'exercer des activités professionnelles. •



### POUR EN SAVOIR PLUS

Consultez notre section Web Protection du public à l'adresse : [www.oiiq.org/protection-du-public](http://www.oiiq.org/protection-du-public) et obtenez des renseignements supplémentaires sur l'enquête du Bureau du syndic et le processus disciplinaire en communiquant avec le service d'aide-conseil de la Direction, Bureau du Syndic par courriel à [syndictel@oiiq.org](mailto:syndictel@oiiq.org) ou par téléphone en composant le 514 935-2501, poste 303 ou sans frais au 1 800 363-6048, poste 303.

### BIBLIOGRAPHIE

«Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, c. I-8, r. 9.

«Code des professions», RLRQ, c. C-26, a. 121, 123.3 et 156.

Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ). (s.d.). «Cheminement d'une demande d'enquête déposée au syndic». Montréal: CIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943753/cheminement-enquete.pdf>

«Loi sur les infirmières et les infirmiers», RLRQ, c. I-8.

# Perceptions et intentions des infirmières du Québec à l'égard de l'intelligence artificielle

L'intelligence artificielle (IA) occupe une place grandissante dans différents secteurs d'activité, dont celui de la santé. Mais qu'en est-il du domaine des soins infirmiers? Les experts en santé numérique Guy Paré, professeur titulaire à HEC Montréal et Louis Raymond, professeur émérite à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) se sont penchés sur les perceptions et les intentions des infirmières du Québec à l'égard de l'intelligence artificielle. Les résultats de leur enquête démontrent à la fois l'ouverture des infirmières envers l'IA ainsi que l'importance de la formation et d'un encadrement rigoureux.

par **KATIA VERMETTE**

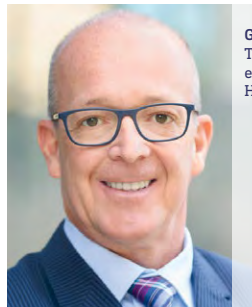
En quelques secondes, un outil d'IA recueille et analyse les signes vitaux, antécédents médicaux et symptômes d'un patient qui arrive à l'urgence pour déterminer la gravité de son état et les soins requis... Une application d'IA détecte l'augmentation progressive de la pression artérielle chez un patient à domicile et avise rapidement l'infirmière, évitant ainsi l'hospitalisation... Une infirmière collabore avec des outils d'IA pour offrir des soins préventifs et personnalisés aux patients, le tout dans le confort de leur domicile... Ces scénarios hypothétiques, évoqués par Guy Paré, relèvent encore de la science-fiction, mais ils forcent néanmoins la réflexion!

Le recours à l'IA en contexte de soins infirmiers soulève de nombreuses questions. Alors que l'IA pénètre progressivement le secteur de la santé, les opinions qu'en ont les infirmières demeurent partagées. Plusieurs la qualifient de technologie de rupture; d'autres y voient plutôt une technologie évolutive qui modifiera petit à petit les pratiques cliniques.

## UNE PREMIÈRE ENQUÊTE SUR L'IA ET LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Guy Paré et Louis Raymond ont été les premiers à s'intéresser à la perception des infirmières québécoises à l'égard de l'IA dans un contexte professionnel. Sur la base d'une recension des écrits ciblant l'adoption des innovations technologiques, et avec la collaboration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et de quatre infirmières, les deux chercheurs ont élaboré un questionnaire visant notamment à évaluer et à comprendre les croyances et attitudes des infirmières face à l'IA et leurs intentions de l'adopter dans leur pratique.

Entre octobre 2023 et février 2024, ils ont envoyé par courriel le questionnaire à quelque 3 000 infirmières détentrices d'un permis de l'OIIQ, sélectionnées au hasard. Au total, les infirmières ont rempli 312 questionnaires. De ce nombre, cinq ont été écartés en raison de réponses incomplètes, portant le total à 307. Cet échantillon était représentatif des infirmières du Québec, notamment en ce qui concerne l'âge, le sexe et le poste occupé.



**GUY PARÉ, Ph. D.**  
Titulaire, Chaire de recherche  
en santé numérique,  
HEC Montréal

## LES INFIRMIÈRES UTILISENT PEU L'IA

Selon les données de l'enquête, le recours à l'IA semble peu répandu dans la pratique infirmière au Québec. À peine une infirmière sur dix ayant répondu au sondage (9 %) disait utiliser ou avoir utilisé l'IA dans le cadre de son travail. L'expérience de ces rares utilisatrices semble toutefois positive : 74 % de celles qui en ont fait l'essai auraient l'intention de renouveler l'expérience, alors que seulement 28 % de celles n'ayant jamais utilisé l'IA envisagent de le faire.

Comment cette grande variabilité dans l'intention des infirmières d'utiliser l'IA dans l'avenir s'explique-t-elle? L'enquête révèle trois facteurs qui influencent cette intention : les croyances, les attitudes et les compétences des infirmières en matière d'IA.

## DES CROYANCES POSITIVES FACE À L'IA

Les infirmières du Québec entretiennent des croyances (perceptions, opinions) généralement positives face à l'IA, ce qui influencera favorablement leur intention d'y recourir dans le futur. Une grande majorité des répondantes (98 %) considère en effet l'IA comme un élément important dans l'avenir des soins infirmiers.

Par ailleurs, près de 40 % des infirmières sondées croient que l'IA entraînera un effet positif sur leur profession. À terme, elles s'attendent à ce que le recours à l'IA influence plusieurs facettes de leur travail, notamment leurs tâches, leurs responsabilités et leur productivité, mais aussi les meilleures pratiques en soins infirmiers et l'intérêt de la relève pour la profession infirmière.



**LOUIS RAYMOND, Ph. D.**  
Professeur émérite,  
Département de marketing  
et systèmes d'information,  
Université du Québec  
à Trois-Rivières

## DES ATTITUDES QUI SIGNALENT DES INQUIÉTUDES

En ce qui concerne les attitudes (sentiments, jugements) des infirmières face à l'IA, une majorité (72 %) montrait un niveau de confiance moyen, plutôt faible ou très faible envers l'IA. Selon Guy Paré, cette statistique pourrait refléter le fait que plusieurs infirmières hésitent à se positionner face à cette nouvelle technologie et à lui faire confiance. Il explique que le développement d'attitudes positives envers l'IA influencerait favorablement sur l'intention des infirmières d'y recourir dans le futur, en encourageant une perception plus positive des effets potentiels de ces technologies sur leur profession.

Malgré un niveau de confiance moyen, les infirmières se sont montrées relativement peu anxieuses à l'égard de l'IA (74 % des répondantes ont indiqué un faible niveau d'anxiété). Cette donnée ne surprend pas Guy Paré, puisque la plupart des infirmières (91 %) n'ont toujours pas été confrontées à l'IA dans leur pratique. L'intelligence artificielle demeure donc pour elles un concept théorique.

Les données de l'enquête par rapport aux attitudes des infirmières face à l'IA révèlent toutefois plusieurs préoccupations, parmi lesquelles figurent la perte d'interactions humaines (déshumanisation des soins), les incertitudes associées à la précision et à la fiabilité des algorithmes d'IA, le manque de connaissances et de formation sur l'utilisation de l'IA de même que la question de la responsabilité professionnelle.

## DES COMPÉTENCES À DÉVELOPPER

Sans surprise, les infirmières du Québec affirment que les systèmes d'information clinique en milieu de travail, comme le dossier clinique informatisé, leur sont relativement familiers. Toutefois, seulement 6 % d'entre elles ont indiqué un niveau de familiarité élevé face aux outils d'IA. La majorité des infirmières (51 %) considère que les technologies d'IA leur sont moyennement familières. Cette donnée serait toutefois légèrement surestimée, selon Guy Paré. Le chercheur soupçonne que les répondantes pourraient avoir surévalué leurs compétences en la matière, étant donné l'utilisation très limitée de l'IA dans la pratique infirmière en général et des technologies numériques dans certains secteurs, comme les soins à domicile.

Les infirmières québécoises sont actuellement très peu formées en matière d'IA. Néanmoins, une grande majorité (78 %) souhaiterait participer à des activités de formation portant sur différents aspects de l'IA, par exemple sur ses applications concrètes en santé ou sur son intégration en soins infirmiers. Selon Guy Paré, soutenues par une formation adéquate, elles se sentiraient plus compétentes et démontreraient davantage d'aisance à utiliser l'IA. La formation pourrait donc influencer positivement leur intention d'y recourir.

## VERS UNE PLUS GRANDE INTÉGRATION DE L'IA EN SOINS INFIRMIERS

Comme le résume Guy Paré, les croyances et les attitudes des infirmières sondées révèlent un optimisme modéré à l'égard de l'IA. Elles soulignent un besoin de formation, de gouvernance et de transparence dans l'utilisation de cette technologie. Ce besoin se trouve d'ailleurs au cœur du mandat confié au Comité de vigie stratégique de l'OIIQ, qui vise à étudier les impacts potentiels de l'IA sur la pratique en soins infirmiers.

Évidemment, la formation continue contribuera à une meilleure intégration de l'IA dans la pratique infirmière au Québec. Cependant, pour être pertinente, cette formation devra entre autres renforcer les croyances positives des infirmières à l'égard de cette technologie, notamment en leur fournissant des connaissances fiables et contextualisées qui les aideront à clarifier ce que l'IA peut et ne peut pas faire. La formation devra également favoriser l'adoption, par les infirmières, d'attitudes favorables envers l'IA. Enfin, elle devra assurer le développement des compétences des infirmières en matière d'IA (p. ex. : initiation aux bases de l'IA et utilisation pratique de cette technologie).

Les scénarios futuristes présentés par Guy Paré pourraient-ils prochainement devenir réalité? Comme l'a rapporté Guy Paré : « Les infirmières souhaitent que l'IA apporte une réelle valeur ajoutée sans compromettre les aspects humains et sécuritaires des soins prodigués. » •



### BALISES POUR RÉUSSIR LE VIRAGE DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Un avis exposant la vision de l'OIIQ sur l'encadrement de l'intelligence artificielle (IA) a été récemment publié. Dans ce dernier, l'OIIQ y dévoile son projet d'intégration de l'IA comme outil d'aide à la prise de décision dans le cadre de l'inspection professionnelle des infirmières et infirmiers du Québec.

Consultez cet avis à l'adresse : [www.oiiq.org/avis-ia](http://www.oiiq.org/avis-ia)

**La fierté,  
ça se transmet.**  
Et ça pourrait partir de vous.



Soumettez  
une candidature

 TD Assurance

 BANQUE  
NATIONALE



**Joëlle Bergevin-Scott, inf.**

Soutient le développement de la relève

Elle inspire ses collègues et étudiants par sa rigueur, son souci du détail et son engagement envers la relève.

Joëlle incarne les valeurs de la profession en formant les infirmières et infirmiers de demain en Outaouais, tout en mettant au cœur de sa pratique son sentiment d'appartenance à la profession.



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec



### OBJECTIFS

- Comprendre les principales caractéristiques du trouble de la personnalité limite (TPL) ainsi que celles du trouble bipolaire ou maladie affective bipolaire (MAB).
- Avoir une meilleure idée de ce qui distingue ces deux troubles l'un de l'autre.

### APPLICATION À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

- Bien comprendre ces psychopathologies permet aux infirmières de mieux accompagner leurs patients.
- Enseigner est une intervention fondamentale dans la prise en charge du TPL et de la MAB.

### POINTS À RETENIR

- Bien que le TPL et la MAB puissent parfois se ressembler dans leur présentation, il se distinguent par leur début, leur évolution, leurs facteurs déclencheurs ainsi que plusieurs caractéristiques.
- La pharmacothérapie joue un rôle central dans la prise en charge de la MAB, alors que le TPL requiert plutôt la psychothérapie et les interventions psychosociales.

## Trouble de la personnalité limite et trouble bipolaire : quelle est la différence?

Trouble de la personnalité limite (TPL) et trouble bipolaire ou maladie affective bipolaire (MAB) constituent des termes lourds de sens. Ils suscitent généralement la crainte ou du moins, l'appréhension. Ces diagnostics à la signification souvent confuse, inscrits couramment dans les dossiers de patients, sont teintés de stigmatisation. Qu'est-ce que le TPL? Qu'est-ce que la MAB? Pourquoi confond-on souvent ces deux conditions? Qu'est-ce qui les distingue l'une de l'autre? Pourquoi est-ce si important d'établir la distinction entre les deux? Vous trouverez les réponses à ces questions, et même plus, dans les lignes qui suivent.

par **THEO J. NARLOCH, inf.**

### QU'EST-CE QU'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ?

Selon le DSM-5 (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*), un trouble de la personnalité est défini par plusieurs critères, présentés dans l'**Encadré 1**.

Simplement dit, un trouble de la personnalité se caractérise par une manière d'être qui dévie significativement de ce qui est attendu par sa culture à long terme. Les comportements et les façons de penser qui en découlent engendrent une détresse ou un dysfonctionnement significatif. À noter que ces traits de personnalité ne sont pas la conséquence d'une condition physique ou d'un autre trouble de santé mentale.

À partir de cette définition, le DSM-5 a identifié trois grands groupes composés d'un total de dix différents troubles de la personnalité (**Tableau 1**).

Il est pertinent de noter que les troubles de la personnalité tels que définis dans le DSM-5 n'ont pas de réelle base scientifique. Ils sont plutôt basés sur des prototypes cliniques tirés de théories de psychanalyse. Effectivement, la recherche portant sur la personnalité est claire : un système catégorique (comme celui du DSM) n'est pas tout à fait approprié pour définir la personnalité. Une approche dimensionnelle serait plus valide et plus utile d'un point de vue clinique (Mulder, 2021).

**Encadré 1**  
**CRITÈRES CARACTÉRISTIQUES DU TROUBLE GÉNÉRAL DE LA PERSONNALITÉ**

<b>A</b>	<p>Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la cognition (c.-à-d. la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements);</li> <li>2. l'affectivité (c.-à-d. la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle);</li> <li>3. le fonctionnement interpersonnel;</li> <li>4. le contrôle des impulsions.</li> </ol>
<b>B</b>	Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.
<b>C</b>	Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
<b>D</b>	Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
<b>E</b>	Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.
<b>F</b>	Ce mode durable n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. drogue donnant lieu à abus ou médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. un traumatisme crânien).

Source : APA (2022).

**Tableau 1**  
**TROIS GROUPES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ**

GRUPE	CARACTÉRISTIQUES
<b>A</b>	Il se caractérise par des comportements bizarres et excentriques. Ce groupe inclut le trouble de la personnalité paranoïde, schizotypique et schizoïde.
<b>B</b>	Il se caractérise par de l'impulsivité et des comportements souvent erratiques. Ce groupe inclut le trouble de la personnalité histrionique, narcissique, limite et antisociale.
<b>C</b>	Il se caractérise par une manière d'être anxieuse et craintive. Ce groupe inclut le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive, évitante et dépendante.

Source : APA (2022).

**QU'EST-CE QUE LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE?**

Le terme « personnalité limite » a été utilisé pour la première fois en 1938 par Adolph Stern, un psychiatre et psychanalyste américain. Selon lui, ce trouble se situait à la limite entre la névrose (une ancienne façon de désigner l'ensemble des troubles dépressifs et anxieux) et la psychose. Ainsi, il pensait que les patients qui en souffraient avaient besoin d'un suivi plus étroit que la norme. Avec le temps, on a pu constater que cette conceptualisation n'était pas tout à fait exacte, mais le nom est resté.

Les personnes subissant cette condition ont tendance à beaucoup utiliser les services de santé. Au Québec, les personnes ayant un TPL utilisent près de trois fois plus les services d'urgence et d'hospitalisation que les personnes atteintes d'un trouble anxio-dépressif (INSPQ, 2015). Il est estimé que les coûts sociétaux de cette condition sont plus élevés que ceux liés aux troubles anxieux et dépressifs, à l'épilepsie, au Parkinson et même au diabète (Leichsenring et al., 2024). Il n'est donc pas étonnant que le TPL soit le trouble de la personnalité le plus étudié.

Le TPL se caractérise par des modèles relationnels instables, une image de soi instable, de l'impulsivité et une instabilité affective présents au long cours – depuis l'adolescence ou le début de l'âge adulte (American Psychiatric Association [APA], 2022).

Pour qu'une personne reçoive le diagnostic du TPL, elle doit répondre à au moins cinq des neuf critères suivants – l'acronyme DESPAIRER peut être utile pour s'en rappeler (**Encadré 2**).

**Encadré 2**  
**CRITÈRES DIAGNOSTICS POUR LE TPL (AU MOINS 5/9)**

<b>Disturbed identity</b> (perturbation de l'identité)	Perturbation de l'identité. Une instabilité marquée et persistante de l'image de soi.
<b>Emotionally unstable</b> (instabilité affective)	Instabilité affective ou sauts d'humeur. Tout se vit de manière intense.
<b>Suicide ou automutilation</b>	Comportements de suicide ou d'automutilation répétés.
<b>Paranoïa ou dissociation</b>	Dans des situations de stress, survenue transitoire d'idéations de persécution ou de symptômes dissociatifs.
<b>Abandon</b>	Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires.
<b>Impulsivité</b>	Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables (drogues, dépenses, sexualité, boulimie, etc.).
<b>Rage</b>	Colères intenses et inappropriées. Bagarres répétées, colère constante, etc.
<b>Emptiness (vide)</b>	Sentiment chronique de vide.
<b>Relationships (relations)</b>	Mode de relations instables et intenses, caractérisé par l'alternance de positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.

Source : Caplan et Stern (2008).

Ainsi, le TPL peut se présenter de plusieurs façons (**Encadré 3**). En effet, à la lumière des critères du DSM-5, un TPL peut être diagnostiqué avec 256 combinaisons différentes!

À quel point est-ce commun? Les résultats varient d'une étude à l'autre. Il est estimé que près de 3 % de la population répond aux critères de ce trouble (APA, 2022). Toutefois, ce taux est quatre fois plus élevé auprès des utilisateurs des services de première ligne. Pour de nombreuses raisons (notamment le biais de genre dans le diagnostic), les femmes ont tendance à plus se faire diagnostiquer un TPL que les hommes, mais des échantillons non cliniques suggèrent que la prévalence entre les deux sexes serait comparable (Leichsenring et al., 2024).

**Encadré 3**  
**CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES AU TPL**

Une image de soi instable, difficultés d'identité
Relations personnelles instables au long cours
Peur de l'abandon
Épisodes dissociatifs
Pas de périodes d'euphorie prolongée Toutefois, les patients avec un TPL vont souvent accuser une dépression de longue date – « Je suis déprimé depuis toujours... »

**QU'EST-CE QUE LA MAB?**

La MAB, quant à elle, est un trouble de l'humeur. Elle se caractérise par une succession d'épisodes maniaques (ou hypomaniaques) et dépressifs. Il existe la MAB de type 1, la MAB de type 2 et le trouble cyclothymique.

La MAB de type 1 se caractérise par la présence d'au moins un épisode maniaque.

De son côté, la MAB de type 2 se caractérise par la présence d'au moins un épisode dépressif et d'au moins un épisode hypomaniaque (épisode maniaque de moindre intensité). Ainsi, même si elle occasionnera un changement assez dramatique dans le comportement de l'individu, ce dernier demeurera plus ou moins fonctionnel.

Finalement, le trouble cyclothymique est une forme atténuée de la MAB. Il se caractérise par des périodes de déprime et d'euphorie ne répondant pas aux critères d'un véritable épisode dépressif ou maniaque. Il s'agit d'un diagnostic qui est rarement posé, donc presque jamais rencontré en cours de pratique.

De la sorte, en théorie, TPL et MAB sont deux conditions significativement différentes. Pourtant, elles sont fréquemment confondues dans la pratique. Précisément, une étude a relevé qu'environ 24 % des personnes recevant un diagnostic de MAB répondraient en fait aux critères du TPL. Une autre a constaté que 40 % des personnes atteinte d'un TPL reçoivent un diagnostic de MAB à un moment de leur vie (Paris, 2004).



### QU'EST-CE QU'UN ÉPISODE MANIAQUE?

Selon le DSM-5, il s'agit d'une période d'au moins une semaine (ou moins si une hospitalisation est nécessaire) pendant laquelle la personne présente une humeur anormalement élevée ainsi qu'une augmentation de l'énergie dirigée vers un but la majorité du temps. D'autre part, au moins trois des sept symptômes suivants doivent être présents :

1. Grandiosité ou estime de soi augmentée
2. Diminution du besoin de sommeil (p. ex., la personne se sent reposée après avoir dormi seulement trois heures)
3. Plus grande volubilité que de coutume ou désir constant de parler
4. Fuite des idées ou tachypsychie (avoir les pensées qui défilent tellement vite qu'il est difficile pour la personne de suivre leur cours)
5. Augmentation de l'activité dirigée vers un but ou agitation psychomotrice (la personne ne tient pas en place)
6. Distractibilité
7. Implication excessive dans des activités à potentiel dommageable

Aussi, une grande proportion des personnes présentera des symptômes psychotiques pendant un épisode maniaque : délires, hallucinations auditives, etc.

### POURQUOI TOUTE CETTE CONFUSION?

Il est d'abord important de noter que l'attribution des deux diagnostics est possible; la présence de l'un n'exclut pas l'autre. Toutefois, dans les faits, seulement 10 % des personnes souffrant d'un TPL ont une MAB; 10 % des personnes atteintes de MAB de type 1 ont un TPL et 20 % des personnes atteintes de MAB de type 2 répondent aux critères d'un TPL (Zimmerman et Morgan, 2013).

Généralement, il n'est pas particulièrement difficile de distinguer un TPL d'une MAB de type 1. Les épisodes maniaques qui caractérisent ce dernier sont assez spectaculaires et difficiles à manquer. D'ailleurs, ils nécessitent une hospitalisation dans la grande majorité des cas.

Toutefois, lorsqu'il est question de distinguer la MAB de type 2 du TPL, c'est plus compliqué. Effectivement, les épisodes hypomaniaques sont plus courts et moins intenses; les personnes consultent rarement pendant cette période. Elles consultent plutôt lorsqu'elles sont déprimées. Ainsi, étant donné qu'un diagnostic d'hypomanie est souvent posé rétrospectivement, il est peu fiable, à moins d'avoir accès à des informations collatérales de la part de proches témoins de l'épisode.

Aussi, il existe des similarités frappantes dans la présentation de ces deux conditions. En effet, dans les deux cas, il est possible de retrouver des humeurs altérées, de l'automutilation et des comportements suicidaires, ainsi que de l'impulsivité (drogues, désinhibition, dépenses, etc.). De plus, l'instabilité affective et les difficultés de gestion de la colère du TPL peuvent évoquer un épisode maniaque. Par conséquent, les symptômes résiduels entre des épisodes thymiques peuvent mener à une présentation qui rappelle celle d'un trouble de personnalité (Paris et Black, 2015).

D'ailleurs, les symptômes de TPL et de MAB peuvent tellement se ressembler que certains experts ont même avancé l'hypothèse que le TPL serait peut-être une forme de MAB, soit une sorte de trouble bipolaire de type 4 à fluctuations ultrarapides. Toutefois, la littérature scientifique ne soutient pas cette idée (Bayes, Parker et Paris, 2019).

Cela mène à la question qui suit...

### COMMENT LES DISTINGUER?

Plusieurs caractéristiques distinguent ces deux troubles de santé mentale (**Tableau 2**).

### POURQUOI EST-IL SI IMPORTANT DE DISTINGUER CES DEUX CONDITIONS?

La raison pour laquelle il est si important de faire la distinction entre la MAB et le trouble de la personnalité réside dans leur traitement. Bien que la présentation de ces deux conditions puisse présenter plusieurs similarités, leurs traitements sont significativement différents.

Pour la MAB, la base du traitement repose sur la pharmacothérapie – plus précisément, les stabilisateurs de l'humeur (tels que le lithium) et/ou des antipsychotiques. Les interventions psychosociales occupent un rôle important, mais seulement une fois que l'humeur est stabilisée. Ces interventions visent à traiter les difficultés avec lesquelles les personnes subissant la MAB doivent composer (perte d'emploi, anxiété, faible estime de soi, trouble de l'usage de substances, etc.) (Paris et Black, 2015).

À l'inverse, pour le TPL, la pharmacothérapie n'a pas ou que peu d'effets thérapeutiques. En effet, l'utilisation de stabilisateurs de l'humeur ou d'antipsychotiques n'entraîne pas de réel effet sur les fluctuations de l'humeur caractéristiques de cette population. Pour ce qui est de l'impulsivité, ces médicaments ont un effet modeste et non spécifique en raison de la sédation qu'elles peuvent induire. Ainsi, la pierre angulaire du traitement de ce trouble repose sur la psychothérapie et les interventions psychosociales (notamment la thérapie dialectique comportementale en groupe et individuelle). La pharmacothérapie ne devrait être réservée que pour le traitement de comorbidités sévères (Leichsenring et al., 2024). Contrairement à la croyance populaire qu'un trouble de la personnalité ne peut être traité, beaucoup de patients aux prises avec un TPL répondent remarquablement à ces modalités de traitement (Paris et Black, 2015).

De la sorte, lorsqu'une personne souffrant de TPL reçoit un mauvais diagnostic, elle se voit priver de traitements efficaces (psychothérapie) et bénéficie d'une réponse à l'efficacité très limitée (médicaments). Non seulement la pharmacothérapie est peu utile dans le traitement du TPL, mais les molécules qui sont prescrites s'accompagnent souvent de nombreux effets secondaires (gain de poids, sédation, etc.). Qu'arrive-t-il lorsqu'un patient reçoit un médicament qui ne procure pas les effets escomptés? En théorie, le diagnostic devrait être réévalué. Toutefois, en pratique, la dose est souvent augmentée ou d'autres traitements pharmacologiques sont ajoutés, au détriment du patient (Paris et Black, 2015).

**Tableau 2**  
**SYNTHÈSE DES DIFFÉRENCES ENTRE TPL ET MAB**

CARACTÉRISTIQUE	TPL	MAB
Déclenchement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flou</li> <li>• À l'adolescence ou au début de l'âge adulte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altération plus ou moins importante du fonctionnement</li> <li>• Souvent au début de l'âge adulte, mais peut débuter à n'importe quel âge</li> </ul>
Héritabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte composante génétique (héritabilité estimée à 50 %)</li> <li>• Antécédents familiaux de dépression et de troubles du contrôle des impulsions (TPL, personnalité antisociale, abus de substances)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très forte composante génétique (héritabilité estimée de 80 à 90 %, soit plus que le cancer du sein ou le Parkinson) (Burmeister, McInnis et Zöllner, 2008)</li> <li>• Antécédents familiaux de MAB diagnostiqués ou soupçonnés dans la majorité des cas</li> </ul>
Traumas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très communs durant l'enfance (l'abus sexuel est particulièrement spécifique au développement du TPL comparativement à d'autres formes d'abus comme la négligence ou la violence) (Bayes et al., 2019)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très communs durant l'enfance</li> </ul>
Identité et relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de repères, difficultés d'identité (syndrome du caméléon)</li> <li>• Changements fréquents d'emplois, d'amitiés, de relations et même d'orientation ou d'identité sexuelle (Paris et Black, 2015)</li> <li>• Difficultés à maintenir des relations stables : attachement rapide, dépendance anxieuse, peur marquée de l'abandon (Paris et Black, 2015)</li> <li>• Expériences dissociatives lors de stress intense : sentiment de sortir de son corps ou impression que le monde est irréel (Bayes et al., 2019)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité à maintenir des relations stables lors de périodes euthymiques</li> </ul>
Évolution	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes continus et périodes d'exacerbation atteignant un pic à l'âge adulte et s'atténuant avec l'âge (en particulier ce qui est lié à l'impulsivité comme les crises de colère, les comportements risqués et les tentatives de suicide)</li> <li>• Fluctuations de l'humeur rapides</li> <li>• Difficultés persistantes d'occuper un emploi et d'avoir des relations stables (Paris et Black, 2015)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble épisodique</li> <li>• Périodes de dépression et de manie clairement définies dans le temps (souvent de plus en plus rapprochées et difficiles à traiter avec l'âge) (Paris et Black, 2015)</li> <li>• Possibilité de bon fonctionnement et d'une humeur stable entre les épisodes de crise (mais pas toujours)</li> </ul>
Facteurs précipitants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress interpersonnel (les comportements erratiques sont souvent la conséquence directe d'un conflit avec un proche ou un partenaire romantique, d'un abandon réel ou imaginé, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress interpersonnel ou non</li> <li>• Manque de sommeil</li> <li>• Changements de vie significatifs négatifs ou positifs (changement d'emploi, déménagement, etc.) (Bayes et al., 2019)</li> </ul>
Suicide et automutilation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très répandu (60 % seront sujets aux tentatives de suicide; 80 % seront sujets à l'automutilation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commun, mais moins répandu (30 % seront sujets aux tentatives de suicide [MAB de type 2]; 50 % seront sujets à l'automutilation [MAB de type 2]) (Bayes et al., 2019)</li> </ul>

**COMMENT CET ARTICLE INFLUENCERA-T-IL LA PRATIQUE INFIRMIÈRE ?**

Le rôle des infirmières est d'accompagner les patients. Ainsi, il est important d'avoir une connaissance adéquate de ces deux conditions (définition, étiologie, évolution de la maladie, traitements, pronostics, etc.) qui affectent la vie des patients afin de pouvoir mieux les soutenir.

D'autre part, ces connaissances se révèlent également essentielles en vue de pouvoir les enseigner. Saviez-vous que selon les lignes directrices canadiennes de la MAB, l'enseignement est la seule intervention psychosociale de première ligne? (Yatham et al., 2018). Véritablement, les bénéfices de l'enseignement (nature de la maladie, traitements, stratégies d'adaptation pour le patient et sa famille, etc.) dans la prévention de

rechutes de MAB sont plus profitables que la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie dialectique comportementale et de nombreuses autres modalités de psychothérapie.

La psychoéducation joue aussi un rôle central dans le rétablissement du TPL. Prenons par exemple le *Good Psychiatric Management* (GPM), modèle basé sur l'idée que l'aide aux patients souffrant d'un TPL ne doit pas nécessairement provenir d'un spécialiste. Le simple fait de fournir un suivi régulier, d'offrir une oreille attentive, de valider le vécu du patient ainsi que de prodiguer des conseils pratiques peuvent se révéler aussi efficaces que des psychothérapies spécialisées (et souvent peu accessibles) (Gunderson, Masland et Choi-Kain, 2018).

En somme, nul besoin d'être psychiatre ou psychologue pour aider les patients. Prendre simplement le temps de parler avec le patient de son expérience, de lui faire réaliser qu'il n'est pas seul à vivre cette situation et de lui donner de l'espoir peut entraîner un profond impact thérapeutique.

Finalement, en tant qu'infirmières, notre position nous procure une proximité unique avec nos patients. Elle nous permet d'apprendre à les connaître sous un angle auquel les autres professionnels de la santé n'ont pas nécessairement accès. Ainsi, connaître les caractéristiques de ces deux conditions nous permet de participer de manière plus productive aux discussions interdisciplinaires.

## EN CONCLUSION

Le TPL représente un trouble de la personnalité aux caractéristiques qui peuvent rappeler celles de la MAB. Bien que ces deux conditions partagent plusieurs similarités et qu'elles ne sont pas mutuellement exclusives, elles se distinguent par leur évolution, leurs facteurs précipitants et surtout leur traitement.

Les infirmières doivent impérativement connaître ces différences, afin de non seulement mieux orienter leurs patients vers les services appropriés, mais aussi les accompagner de manière optimale et leur donner un enseignement bonifié, le tout dans une perspective d'implication interdisciplinaire qui met à plein profit le potentiel de la profession infirmière. •



### LES LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES POUR LA MAB

Une lecture intéressante disponible gratuitement en français et en anglais sur le site du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment :

[www.canmat.org/sdm\\_downloads/2018-bipolar-guidelines/](http://www.canmat.org/sdm_downloads/2018-bipolar-guidelines/)

## L'AUTEUR

THEO J. NARLOCH

Inf.

Infirmier clinicien à l'unité d'hospitalisation pour troubles psychotiques de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

## RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association (APA). (2022). «Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR». Washington: APA.

Bayes, A., Parker, G. et Paris, J. (2019). «Differential diagnosis of bipolar II disorder and borderline personality disorder». *Current Psychiatry Reports*, 21(125). Repéré à <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1120-2>

Burmeister, M., McInnis, M.G. et Zöllner, S. (2008). «Psychiatric genetics: Progress amid controversies». *Nature Reviews Genetics*, 9(7), 527-540. Repéré à <https://doi.org/10.1038/nrg2381>

Caplan, J.P. et Stern, T.A. (2008). «Mnemonics in a nutshell: 32 aids to psychiatric diagnosis—Clever, irreverent, or amusing, a mnemonic you remember is a lifelong learning tool». *Current Psychiatry*, 7(10), 27-33.

Gunderson, J., Masland, S. et Choi-Kain, L. (2018). «Good psychiatric management: A review». *Current Opinion in Psychology*, 21, 127-131. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.12.006>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2015). «Surveillance des troubles de la personnalité au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services». *Surveillance des maladies chroniques*, (11). Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1996\\_surveillance\\_troubles\\_personnalite.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1996_surveillance_troubles_personnalite.pdf)

Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O.F., Leweke, F., ... Steinert, C. (2024). «Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies». *World Psychiatry*, 23(1), 4-25. Repéré à <https://doi.org/10.1002/wps.21156>

Mulder, R.T. (2021). «CD-11 personality disorders: Utility and implications of the new model». *Frontiers in Psychiatry*, 12. Repéré à <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.655548>

Paris, J. (2004). «Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders». *Harvard Review of Psychiatry*, 12(3), 140-145. Repéré à <https://doi.org/10.1080/10673220490472373>

Paris, J. et Black, D.W. (2015). «Borderline personality disorder and bipolar disorder—What is the difference and why does it matter?». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(1), 3-7. Repéré à <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000225>

Yatham, L.N., Kennedy, S.H., Parikh, S.V., Schaffer, A., Bond, D.J., ... Berk, M. (2018). «Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder». *Bipolar Disorders*, 20(2), 97-170. Repéré à <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>

Zimmerman, M. et Morgan, T.A. (2013). «The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder». *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 155-169. Repéré à <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/zimmerman>



Êtes-vous passionné(e) par les soins infirmiers ? Si c'est le cas, vous êtes la personne que nous cherchons. Venez nous rencontrer au CIUSSS du Centre-Ouest- de-l'Île-de-Montréal !

### AVANTAGES

- Réduction pour les employés
- Régime d'assurance collective
- Régime de retraite
- Accès facile par les transports en commun
- Possibilités d'avancement professionnel
- Attention particulière portée à la diversité, à l'équité et à l'inclusion
- Midis-conférences

### QU'EST-CE QUI REND NOTRE CIUSSS AUSSI PARTICULIER ?

- Nommé régulièrement parmi les meilleurs employeurs de Montréal et du Canada.
- L'Hôpital général juif figure sur la liste des meilleurs hôpitaux du monde, y compris sur la liste des hôpitaux classés cinq étoiles du magazine Newsweek. En voie d'obtenir la certification prestigieuse d'Hôpital Magnet.
- Le CIUSSS, qui comprend l'HGJ, est un réseau d'installations complémentaires réunissant trois hôpitaux spécialisés, cinq CLSC, deux centres de réadaptation, six sites de soins de longue durée, deux centres de jour et plusieurs installations de recherche affiliées.

DESSINE TA CARRIÈRE AVEC NOUS ! [dessinetacarriere.ca](http://dessinetacarriere.ca)



12 - 18  
mai

# C'est à notre tour de prendre soin de vous

*Semaine de la profession infirmière*



## CONCOURS

Courez la chance de gagner l'un des deux forfaits  
*Envolez-vous* comprenant:

1 certificat **Air Transat**  
d'une valeur de 1500\$

+

1 **Mastercard** prépayé  
d'une valeur de 500\$



**POUR  
PARTICIPER**



# À PROPOS DU **Contrôle coercitif, le vrai visage de la violence conjugale**

par **VIRGINIE PARENT, inf., B. Sc.,  
conseillère en soins infirmiers,  
Centre intégré universitaire de santé  
et de services sociaux de l'Estrie –  
Centre hospitalier universitaire  
de Sherbrooke**

et **CÉLINE ROSSINI, chargée du  
développement et du transfert des  
connaissances, Regroupement des  
maisons pour femmes victimes de  
violence conjugale (RMFVVC)**

« Se sentir prise au piège dans une cage invisible. Ne plus pouvoir décider pour soi-même. Obéir pour éviter les représailles. Avoir peur, tout le temps. C'est le quotidien que décrivent les femmes victimes de violence conjugale. Un quotidien où elles sont privées de ressources et de leur liberté. C'est le contrôle coercitif; il est au cœur de la dynamique de violence conjugale. »

RÉPONSES EN PAGE 42

## SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



01. Les féminicides en contexte conjugal font partie des meurtres les plus prévisibles.

02. Les femmes n'ont qu'à quitter la relation pour mettre fin à la violence.

03. Aider une femme victime ne sert à rien, car elle retournera par la suite auprès de son partenaire.

04. Le dépistage préventif multiplie les chances de dépister la violence conjugale.



Université du Québec  
à Trois-Rivières

# CHOISIR L'UQTR

## pour élargir son champ d'expertise!

Vous détenez un **baccalauréat en sciences infirmières** et vous souhaitez approfondir vos compétences, vous spécialiser ou vous diriger en recherche en sciences infirmières?

## Poursuivez dans l'un de nos programmes

### 1<sup>er</sup> cycle

Certificat de pratique infirmière de première assistance en chirurgie **UNIQUE AU QUÉBEC**


### 2<sup>e</sup> cycle

#### **Continuum DESS-maîtrise**

Infirmière praticienne spécialisée (IPS) en :

- santé mentale\*
- soins de première ligne\*
- soins aux adultes (à venir prochainement)

#### **Diplômes d'études supérieures spécialisées (DESS)**

- Approche interdisciplinaire avancée en allaitement pour les professionnels de la santé 
- Sciences infirmières\*

#### **Maîtrises**

- Sciences infirmières, avec mémoire\*
- Sciences infirmières, profil clinique\*
- Sciences infirmières, santé mentale et soins psychiatrique\* (à venir prochainement)


### 3<sup>e</sup> cycle

#### **Doctorat**

- Sciences infirmières \*\* 

\* Ces programmes sont offerts conjointement en vertu d'une entente entre l'UQTR, l'UQAC, l'UQAR, l'UQO et l'UQAT.

\*\* Ce programme est offert conjointement en vertu d'une entente entre l'UQTR, l'UQAC, l'UQAR et l'UQO.

 Offert à distance



**EXPLOREZ NOS PROGRAMMES  
ET NOS ENVIRONNEMENTS  
D'APPRENTISSAGE**

# Voix des enfants et soins infirmiers

Reconnaître les enfants et porter leurs voix. Une équipe interdisciplinaire de l'Université McGill propose un cadre conceptuel qui favorise l'éthique de l'enfance dans la pratique infirmière.

Dans les institutions de santé, les infirmières jouent un rôle de défense auprès de leurs patients, qu'ils soient adultes ou enfants. Tel que défini par la *Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant* (1989), le terme « enfant » inclut toute personne âgée de moins de 18 ans. Ce rôle de défense implique d'agir dans le meilleur intérêt de l'enfant et de respecter son droit de participer aux décisions relatives à ses soins (Carnevale, 2022; Charles-Edwards, 2001). Ainsi, les infirmières qui exercent ce rôle portent la voix des jeunes patients afin de défendre leurs intérêts dans les équipes de soins (Goyer-Pétrin, 2021). Pour les soutenir dans ce rôle, cet article présente un cadre conceptuel basé sur l'éthique de l'enfance et son application en pratique clinique. Tout d'abord, il explique le besoin de reconnaître la voix des enfants, puis l'éthique de l'enfance.

par **MICHÈLE DESMARAIS, inf., M. Sc., Ph. D. (c)**, **ONDINA GALIANO, inf., B. Sc., M. Éd., M. Sc. Adm., DESSPES, CRRN, JEAN LEFEVRE-UTILE, inf., Ph. D., FRANCO A. CARNEVALE, inf., Ph. D. (psych.), Ph. D. (phil.), et MARJORIE MONTREUIL, inf., Ph. D.**

## RECONNAÎTRE LEURS VOIX

Le plein exercice du rôle de défense des infirmières est influencé par les pratiques et politiques organisationnelles des établissements de santé (Goyer-Pétrin, 2021), tout comme la manière avec laquelle les professionnels de la santé interviennent et accompagnent les enfants en se conformant aux missions des établissements de santé (Carnevale, 2020).

Lorsque des institutions ne reconnaissent pas suffisamment les enfants comme des

« agents actifs », c'est-à-dire capables de participer aux décisions concernant leur santé, elles peuvent disqualifier leurs voix et minimiser leur expérience quant aux soins dont ils bénéficient (Montreuil, Fortin et Racine, 2023). Ce contexte peut parfois s'expliquer par un ancrage associé à des approches développementales standardisées basées sur l'âge. Par exemple, à l'hôpital, certains professionnels considèrent les enfants « immatures » et ont alors tendance à discréditer leurs voix du fait

## OBJECTIFS

- Intégrer le cadre conceptuel « Voix de l'enfant » dans la pratique infirmière.
- Reconnaître l'enfant comme un agent actif capable de communiquer son expérience de soins.
- Reconnaître le rôle des enfants dans leurs soins et les décisions qui concernent leur santé, et tenir compte de leur expérience de soins.

## APPLICATION À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

- Mettre de l'avant le rôle de défense des infirmières auprès des enfants.
- Respecter les enfants, être à l'écoute de toutes formes d'expression et de communication et tenir compte de leur expérience de soins.
- Agir et prodiguer des soins dans le meilleur intérêt de l'enfant.

## POINTS À RETENIR

- Le modèle basé sur l'âge ne reconnaît pas suffisamment l'expérience unique et la capacité d'un enfant d'exprimer ses choix à travers ses attentes, ses préférences et ses préoccupations.
- Le meilleur intérêt de l'enfant nécessite de prodiguer des soins adaptés à l'expérience et à la manière de communiquer de l'enfant.

que ce sont des êtres humains « en devenir » et donc, incapables de comprendre suffisamment leur situation pour participer aux décisions concernant leur santé.

Bien que ces approches s'avèrent utiles dans plusieurs contextes cliniques, elles peuvent engendrer des attentes prédéfinies, puisqu'elles tiennent compte notamment des stades de développement standard, laissant ainsi peu de place à l'unicité des expériences vécues par chaque enfant (Carnevale, 2022; Reny et Desmarais, 2024). Parmi certains enjeux liés à ces approches, le concept de maturité ou d'immaturité pose des défis lorsqu'il légitimise ou disqualifie la voix de l'enfant (Carnevale, 2023). Comment considérons-nous une personne suffisamment « mature » pour prendre ses propres décisions? Si une personne est considérée « mature » uniquement en raison de son âge, qu'en est-il du contexte et des expériences particulières des enfants? Une fois la maturité atteinte, quelle place reste-t-il pour continuer de s'épanouir? (Carnevale, 2023; Carnevale et al., 2021; Phelan, 2011). Autrement dit, lorsque nous reconnaissons et portons la voix de l'enfant, ce dernier peut ainsi se sentir acteur de son expérience de santé et de ses traitements (Delassus, 2018).

#### ÉTHIQUE DE L'ENFANCE

Les connaissances évoluent et le besoin de reconnaître la voix des enfants progresse (Desmarais et Montreuil, 2020; Greene et Hogan, 2005; Montreuil et al., 2020). En effet, la *Convention des Nations Unies sur les droits*

*de l'enfant* de 1989 a fait valoir l'importance que les enfants puissent s'exprimer dans tous les domaines les concernant, par exemple leur santé, leur éducation ou les mesures de protection à leur endroit. En sciences infirmières, la terminologie « soins infirmiers pédiatriques » est parfois remplacée par « soins infirmiers des enfants » afin de centrer les soins sur les enfants (Carnevale, 2022). Ce changement terminologique vise à nuancer l'approche biomédicale et axée sur la maladie par une approche centrée sur l'enfance et l'expérience des enfants.

Dans la continuité des études de l'enfance, une initiative a été développée : le programme de recherche sur l'éthique de l'enfance « Voix de l'enfant », dirigé par une équipe interdisciplinaire de chercheurs de l'Université McGill et leurs partenaires (Université de Sherbrooke, Dalhousie University, Western University).

Ces travaux peuvent notamment guider la pratique des infirmières face à des situations complexes de soins (Université McGill, 2024). L'éthique de l'enfance est une manière de conceptualiser la place des enfants en reconnaissant leurs contextes particuliers et leurs expériences individuelles (Carnevale, 2020). L'un des concepts clés de cet avancement théorique est le rôle et la participation des enfants pour ce qui est de leurs soins, et ce, quel que soit le mode d'expression : la parole, le mouvement ou toutes autres formes comme le dessin (Carnevale, 2020; Carnevale et al., 2024). Ce rôle actif des enfants s'avère une avenue prometteuse qui permettra la prise en compte de leurs perspectives



Des **emplois infirmiers**  
disponibles partout  
au Québec

[oiiq.org/offres-emploi](https://oiiq.org/offres-emploi)



et l'adaptation autant que possible de leurs soins à leurs expériences et à leurs besoins (Esser et al., 2016).

Selon la manière de conceptualiser le rôle des enfants dans leurs soins – par exemple, la perspective développementale basée sur l'âge par opposition à l'éthique de l'enfance – les infirmières pourraient intervenir différemment en situations de soins complexes dans lesquelles des dilemmes éthiques seront parfois source de tensions et de conflits entre les professionnels ou les bénéficiaires.

L'un des exemples donnés par Carnevale (2022) est le suivant : une enfant atteinte d'un cancer terminal confiée à l'infirmière qu'elle ne veut plus recevoir de traitements de chimiothérapie. Elle lui demande de ne pas en parler à ses parents, car elle ne veut pas les décevoir. Comment l'infirmière devra-t-elle réagir pour, d'une part, reconnaître les attentes, les préférences et les préoccupations de l'enfant et, d'autre part, maintenir un lien de confiance avec ses parents? Face à ce type de défi, les infirmières pourront guider leurs interventions à l'aide du cadre conceptuel de l'éthique de l'enfance.

### CADRE CONCEPTUEL

À partir de l'éthique de l'enfance, plusieurs auteurs et chercheurs proposent un cadre conceptuel en sciences infirmières. Délaissant le modèle dominant basé sur l'âge, ce cadre reconnaît aux enfants les capacités de participer aux discussions qui les concernent (Carnevale, 2022). En fait, l'éthique de l'enfance conçoit le développement des enfants selon des paradigmes de diversité ou d'hétérogénéité et non de maturité ou d'immaturité, lesquels sont véhiculés par les idées préconçues de normalité basée sur l'âge.

L'éthique de l'enfance reconnaît ainsi la diversité et l'unicité des expériences vécues par les enfants pour mieux reconnaître leur implication dans leurs soins. C'est pourquoi ce cadre conceptuel s'avère pertinent en pratique clinique.

### Pratique clinique

En pratique clinique, les infirmières jouent un rôle clé de défense auprès des enfants afin que leurs voix soient entendues (Penticuff, 1990). Il ne s'agit pas seulement de les écouter, mais aussi de les reconnaître en favorisant leur participation et leur expression quant à leurs soins (Fucci, 2020).

L'infirmière doit considérer les enfants mineurs comme des êtres capables de participer aux discussions concernant leurs soins et les intégrer dans les décisions. Il s'agit avant tout de respecter les enfants, et aucunement de leur permettre de décider de leurs soins. D'ailleurs, au Québec, un enfant de moins de 14 ans n'est pas autorisé à accepter ou à refuser seul des soins. L'autorisation parentale ou d'un tuteur est nécessaire. Toutefois, selon Carnevale (2022, 2023), il faut se rappeler que l'enfant doit, dans la mesure du possible, participer à ses soins afin d'exprimer sa voix, ses expériences, ses préoccupations et ses espoirs. En effet, cette autorisation doit toutefois tenir compte du meilleur intérêt de l'enfant et, si possible, de l'assentiment de l'enfant. L'assentiment est considéré comme un processus continu et interactif dans lequel l'enfant participe activement au processus de soins, y compris la prise de décision, aux côtés de ses parents et de l'équipe de soins (Montreuil et al., 2023). L'enfant peut donner son accord de manière explicite ou implicite.

En intégrant ce cadre conceptuel de l'éthique de l'enfance, le personnel infirmier encourage des soins centrés sur les enfants en favorisant, d'une part, des décisions éclairées selon la volonté exprimée par les enfants et en démontrant, d'autre part, que le corps et l'esprit constituent un tout indissociable (Carnevale, 2022).

En effet, quand les enfants communiquent, l'expression par le corps, c'est-à-dire non verbale, s'avère tout aussi importante que l'expression verbale (Carnevale et al., 2024). S'ils sont engagés dans une relation de confiance, ils s'exprimeront de différentes manières. Leur assentiment peut s'affirmer par la parole ou par des réactions faciales et corporelles. Cette reconnaissance de leurs voix favorise la mise en place de plans de soins et de traitements infirmiers personnalisés.

En cohérence avec une perspective de soin humaniste (Létourneau et Cara, 2023; Pepin, Bourbonnais et Ducharme, 2024), le modèle conceptuel de l'éthique de l'enfance fait le rapprochement entre l'importance de l'expérience en santé d'une personne et l'importance de reconnaître la voix des enfants. Cette reconnaissance permet aux infirmières de mettre de l'avant les dimensions subjectives de l'expérience humaine « considérées comme essentielles à la connaissance et à la valorisation de la personne » (Pepin et al., 2024, p. 208).

**UNIES  
DÉTERMINÉES  
MOBILISÉES**

EN SANTÉ



FÉDÉRATION  
INTERPROFESSIONNELLE  
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

Ainsi, pour revenir au cas présenté, l'infirmière à laquelle une enfant a confié vouloir arrêter ses traitements doit amorcer une réflexion éthique. Les questions suivantes l'aideront dans son cheminement :

- Quelle est la signification de l'expérience ou du vécu de cet enfant en ce qui concerne sa santé?
- Comment favoriser le meilleur intérêt de l'enfant en incluant sa perspective à propos de ses soins?
- Comment informer les parents, puis évaluer le meilleur intérêt de l'enfant et les étapes futures?
- De quelle façon l'équipe de soins définit-elle le meilleur intérêt de l'enfant?
- Comment l'infirmière peut-elle favoriser l'expression de l'enfant lors de ses soins?
- De quelle manière les lois influencent-elles les soins infirmiers des enfants?

## EN CONCLUSION

Les infirmières occupent une place privilégiée pour intervenir et accompagner les enfants et leur famille afin de favoriser la participation des enfants à leurs soins, tout en préservant leur dignité humaine. Le cadre conceptuel développé par l'équipe interdisciplinaire « Voix de l'enfant » peut guider les infirmières à travers les enjeux et les dilemmes éthiques auxquels elles font face dans leur pratique clinique auprès des enfants et de leur famille. •

## LES AUTEURS

### MICHÈLE DESMARAIS

Inf., M. Sc., Ph. D. (c)

Professeure au Cégep André-Laurendeau et assistante de recherche à l'Université McGill

### ONDINA GALIANO

Inf., B. Sc., M. Éd., M. Sc. adm., DESSPES, CRRN

Professeure au Cégep André-Laurendeau et chargée de cours à l'Université de Montréal

### JEAN LEFEVRE-UTILE

Inf., Ph. D. (éthique)

Infirmier-chercheur et docteur en éthique en pédopsychiatrie à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris)

### FRANCO A. CARNEVALE

Inf., Ph. D. (psych.), Ph. D. (phil.)

Professeur titulaire à l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill

Président du Comité d'éthique clinique des Hôpitaux Shriners pour enfants – Canada

Consultant en éthique clinique pour le Phare, Enfant et Familles

Conseiller en soins infirmiers à l'Hôpital de Montréal pour enfants

### MARJORIE MONTREUIL

Inf., Ph. D.

Professeure adjointe à l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill

Chercheuse à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

## RÉFÉRENCES

- Carnevale, F.A. (2020). «A "thick" conception of children's voices: A hermeneutical framework for childhood research». *International Journal of Qualitative Methods*, 19. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1609406920933767>
- Carnevale, F.A. (2022). «The VOICE children's nursing framework: Drawing on childhood studies to advance nursing practice with young people». *Nursing Inquiry*, 29(4), e12495. Repéré à <https://doi.org/10.1111/nin.12495>
- Carnevale, F.A. (2023). «Listening authentically to youthful voices: A conception of the moral agency of children» (p. 315-332). Dans R. Starzomski, J.L. Storch et P. Rodney (dir.), *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice* (3<sup>e</sup> éd.). Toronto: Pearson Education Canada.
- Carnevale, F.A., Collin-Vézina, D., Macdonald, M.E., Ménard, J.-F., Talwar, V. et Van Praagh, S. (2021). «Childhood ethics: An ontological advancement for childhood studies». *Children & Society*, 35(1), 110-124. Repéré à <https://doi.org/10.1111/chso.12406>
- Carnevale, F.A., Rosberg, M., Campbell, S., Morin, D. et Lavoie, K. (2024). «"I feel seen": Creating safe spaces to foster self-understanding and agential expression among youth through social circus». *Journal of Childhood Studies*, 49(2), 1-20. Repéré à <https://doi.org/10.18357/jcs21639>
- Charles-Edwards, I. (2001). «Children's nursing and advocacy: Are we in a muddle?». *Paediatric Nursing*, 13(2), 12-16.
- Delassus, É. (2018). «Parler de sa propre voix: être acteur de sa maladie à l'enfance et l'adolescence». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(7-8), 432-437. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.04.007>
- Desmarais, M. et Montreuil, M. (2020). «Suicide in children: Concept analysis using Rodgers's evolutionary approach». *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34(1), 19-31. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jcap.12296>
- Esser, F., Baader, M.S., Betz, T. et Hungerland, B. (dir.). (2016). «Reconceptualising agency and childhood: New perspectives in childhood studies». Abingdon-on-Thames, UK: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Fucci, S. (2020). «L'écoute des enfants dans les contextes de soins: une question de participation». *Revue des sciences sociales*, 63, 88-95. Repéré à <https://doi.org/10.4000/revss.5096>
- Goyer-Pétrin, G. (2021). «L'advocacy pour le changement social et l'action politique». [Avis présenté à l'OIIQ dans le cadre des États généraux de la profession infirmière]. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884406/70.pdf/069b98b3-f03a-2ce3-1ca6-1f10a1295b43>
- Greene, S. et Hogan, D. (2005). «Researching children's experiences: Approaches and methods». Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Haut-Commissariat des droits de l'homme (HCDH) aux Nations Unies. (1989). «Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant». Genève: HCDH. Repéré à <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
- Létourneau, D. et Cara, C. (2023). «La communication vue à travers différents prismes de la discipline infirmière: vitrine sur les paradigmes, les écoles de pensée et le modèle humaniste-caring». Dans A.-M. Martineau et S. Fournelle (dir.), *La communication: noyau central de la pratique infirmière*. Montréal: Éditions JFD inc.
- Montreuil, M., Fortin, J. et Racine, E. (2023). «Children's assent within clinical care: A concept analysis». *Journal of Child Health Care*, 27(2), 266-278. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1367493520976300>
- Montreuil, M., Thibeault, C., McHarg, L. et Carnevale, F.A. (2020). «Moral experiences of crisis management in a child mental health setting: A participatory hermeneutic ethnographic study». *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 44, 80-109. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09639-4>
- Penticuff, J.H. (1990). «Ethics in pediatric nursing: Advocacy and the child's "determining self"». *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 13(3), 221-229. Repéré à <https://doi.org/10.3109/01460869009009037>
- Pepin, J., Bourbonnais, A. et Ducharme, F. (2024). «La pensée infirmière» (5<sup>e</sup> éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Phelan, S.K. (2011). «Constructions of disability: A call for critical reflexivity in occupational therapy». *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 164-172. Repéré à <https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.3.4>
- Reny, P. et Desmarais, M. (2024). «L'intervention en situation de deuil». Dans P. Reny (dir.), *Savoir communiquer pour mieux aider* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal: ERPI.
- Université McGill. (2024). «Bienvenue à Voix de l'enfant – Études interdisciplinaires en éthique de l'enfance». Montréal: Université McGill. Repéré à <https://www.mcgill.ca/voice/fr>

OIIQ  
+ VOUS

**Soyez le + dans les  
projets de l'Ordre.**

Nous recherchons votre :

- expertise
- savoir
- avis

**Impliquez-vous!**





### OBJECTIFS

- Décrire l'évolution du rôle de l'IPS au Québec et son impact sur le système de santé.
- Reconnaître les défis liés à la transition vers la pratique des IPSSA.
- Présenter l'apport du programme Cardio-Pulse à la transition, à l'intégration et à la spécialisation des IPSSA en cardiologie.

### APPLICATION À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

- Mieux cerner les besoins des IPSSA qui commencent leur pratique professionnelle.
- Disposer d'un modèle pour concevoir des programmes visant à soutenir la transition, l'intégration et la spécialisation des IPSSA dans divers domaines de pratique.

### POINTS À RETENIR

- Comprendre la nature multidimensionnelle de la transition que vivent les IPSSA pour bien les accompagner.
- Structurer adéquatement la transition, l'intégration et la spécialisation des IPSSA lors de leur arrivée dans les milieux cliniques.

## Au cœur de la transition :

### Cardio-Pulse, un programme spécialisé pour les nouvelles infirmières praticiennes spécialisées en soins aux adultes (IPSSA) en cardiologie

La pratique infirmière avancée, en particulier le rôle des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), a beaucoup évolué au Québec. De nos jours, les IPS bénéficient d'une autonomie accrue leur permettant d'exercer leur plein champ d'exercice afin de répondre aux besoins de diverses clientèles. Mais sont-elles suffisamment préparées et outillées pour évoluer dans toutes les spécialités? L'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) a lancé un nouveau programme de formation afin d'accompagner les nouvelles recrues en cardiologie, d'optimiser leur formation, de les soutenir et de favoriser leur insertion professionnelle.

par **CLAUDIE ROUSSY, inf., M. Sc., IPSSA**, **Olivier LAROCHE, inf., M. Sc., IPSSA**, **GÉRALDINE BERWALD-GRÉGOIRE, inf., M. Sc., IPSSA**, **SOPHIA MERISIER, inf., Ph. D. (c)**, et **SONIA HEPPELL, inf., M. Sc., IPSSA**

### UNE MISE EN CONTEXTE

Le rôle des IPS a été officialisé en 2002 par le projet de loi n° 90, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. En plus des 14 activités réservées aux infirmières, les IPS ont obtenu le droit d'exercer cinq activités supplémentaires auparavant réservées aux médecins : prescrire des examens diagnostiques, utiliser des techniques diagnostiques invasives ou comportant des risques de préjudice, prescrire des médicaments et autres substances, prescrire des traitements médicaux, ainsi qu'utiliser des techniques ou

appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice. Ces activités pouvaient être exercées auprès de patients ayant un diagnostic établi et dans des domaines très spécialisés. En congruence, les premiers programmes de formation pour les IPS portaient sur les spécialités suivantes : cardiologie, néphrologie et néonatalogie.

En 2020, plusieurs initiatives parmi les mesures visant à améliorer l'accessibilité aux soins pour la population québécoise ont transformé le rôle des IPS. Sur le plan législatif, l'adoption du projet de loi 43 a marqué une étape clé en permettant aux

IPS de poser des diagnostics médicaux, de déterminer des traitements et d'assurer le suivi des grossesses. Récemment, dans le cadre de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, l'IPS s'est vu ajouter une neuvième activité professionnelle lui permettant de prendre part au processus d'aide médicale à mourir. Sur le plan académique, une restructuration des programmes de formation a été réalisée : les spécialisations en cardiologie et en néphrologie ont été remplacées par une approche plus généraliste, axée sur les soins aux adultes.

La pratique infirmière spécialisée en soins aux adultes s'exerce auprès d'une clientèle présentant des problèmes de santé chroniques, aigus ou critiques, complexes ou très complexes, nécessitant des soins spécialisés ou ultraspecialisés qui ne peuvent être résolus par les soins de proximité (OIIQ, 2021). L'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes (IPSSA) travaille principalement en milieu hospitalier, notamment dans les urgences, les unités d'hospitalisation, les cliniques externes et les cliniques spécialisées. Les domaines cliniques de l'IPSSA sont très variés; elle peut exercer auprès d'une clientèle en cardiologie, en oncologie et en pneumologie, par exemple (OIIQ, 2021). En élargissant les domaines de pratique accessibles aux IPSSA, il est devenu impératif pour les milieux cliniques qui les accueillent d'assurer leur spécialisation.

Ce transfert de responsabilité influence la transition vers la pratique professionnelle des IPSSA nouvellement diplômées. Autrefois formées pour prodiguer des soins spécialisés dès leur entrée en fonction, elles doivent désormais acquérir des connaissances spécifiques en cours de pratique, tout en s'adaptant à des milieux cliniques exigeants et, qui plus est, en faisant face aux défis bien connus de cette transition : le manque de confiance en leurs compétences, la confusion quant à leur rôle, le sentiment d'isolement et une gamme d'émotions souvent dominée par l'anxiété et le stress (Chen et al., 2016; Hill et Sawatzky, 2011).

Ce transfert de responsabilité a également mis en lumière certaines lacunes, comme l'absence d'un référentiel de compétences standardisées spécifique à la pratique des IPS et essentiel pour structurer les programmes de formation dans les milieux cliniques, puis soutenir les IPS novices dans leur développement professionnel. De plus, le manque de programmes d'intégration adaptés représente un enjeu pour les milieux cliniques qui, auparavant, accueillait des IPS spécialistes, mais qui reçoivent désormais des IPS généralistes. Pour répondre à ces défis et assurer des soins sécuritaires et de qualité, l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) a lancé en septembre 2020 le programme Cardio-Pulse, qui vise à soutenir la **transition**, la **spécialisation clinique** en cardiologie ainsi que l'**intégration socioprofessionnelle** des IPSSA nouvellement embauchées. Cet article a pour but de présenter le programme, les grandes étapes de sa réalisation ainsi que ses retombées.

### LE CADRE THÉORIQUE

Le programme **Cardio-Pulse**, d'une durée de 12 mois, a été conçu par des IPS en s'appuyant sur le modèle de développement et de déploiement des compétences en pratique infirmière, proposé par Charette et ses collaborateurs (2019). Présenté à la **figure 1**, ce

modèle repose sur une vision pédagogique centrée sur l'approche par compétences. Il valorise l'utilisation de méthodes pédagogiques actives tout en reconnaissant l'importance de l'expérience pratique et de la réflexion dans le processus de développement des compétences. La compétence y est définie comme un « savoir-agir complexe, fondé sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'un ensemble de ressources internes et externes au sein d'une famille de situations » (Tardif, 2006). Conformément à ce modèle, le développement des compétences doit être encadré par un référentiel clair. Ce dernier constitue un point d'ancrage essentiel, assurant la cohérence entre les programmes de formation initiale et continue, ainsi que l'alignement des attentes entre les apprenants et les formateurs. Le modèle met en évidence que le déploiement des compétences, influencé par le contexte spécifique de la pratique, vise à garantir la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. Cette perspective reflète l'engagement du programme Cardio-Pulse à soutenir les IPSSA dans leur progression professionnelle, tout en répondant aux standards élevés de la pratique clinique.

### UN RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

En s'appuyant sur le modèle de Charette et ses collaborateurs (2019), la première étape de l'élaboration du programme **Cardio-Pulse** a consisté à concevoir un référentiel de compétences spécifiquement adapté à la pratique clinique des IPS en cardiologie. Celui-ci a été développé à partir du référentiel de la maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Montréal,



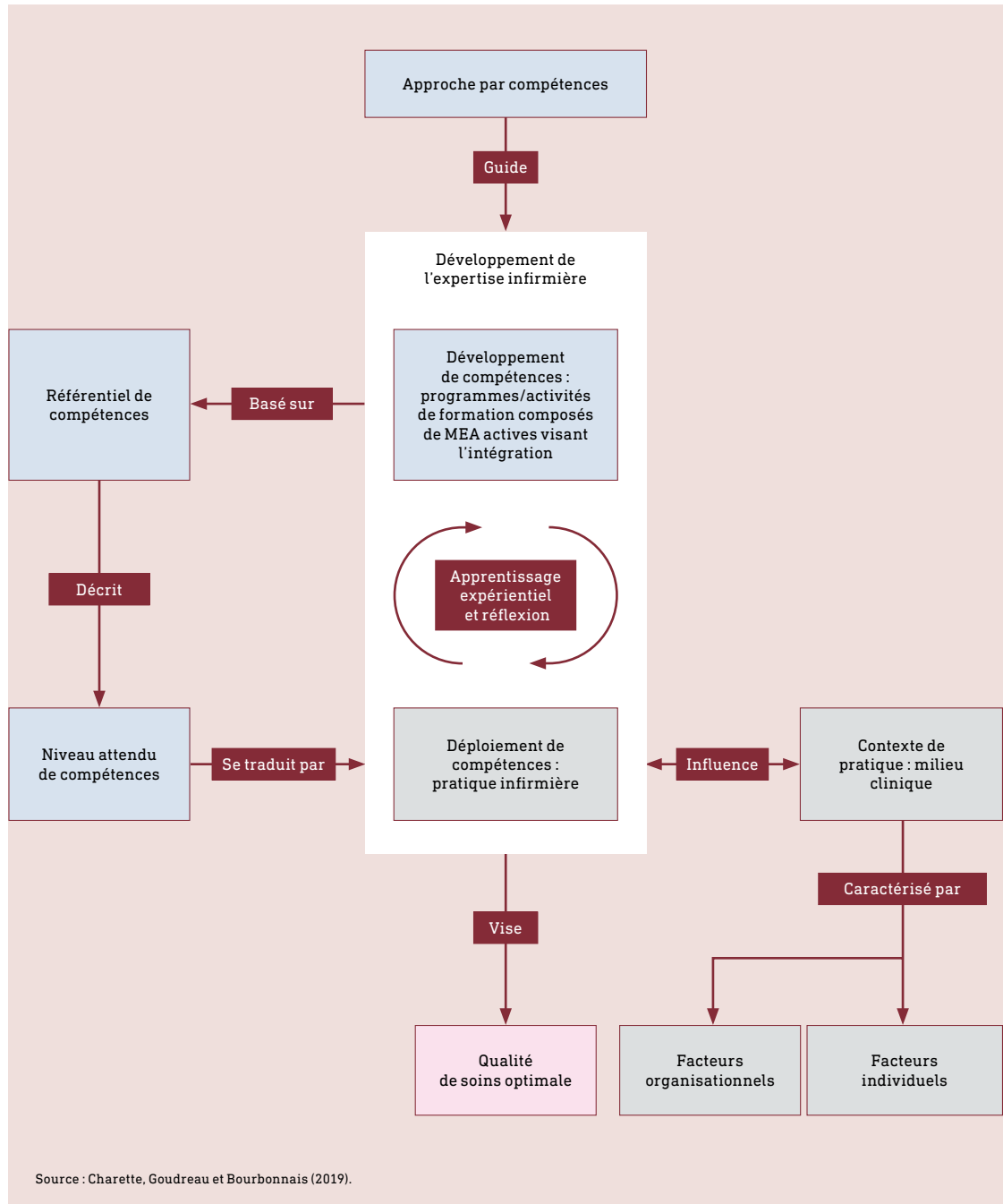
  
**SOINS**  
 INTERMÉDIAIRES

**UN MONDE  
 D'OPPORTUNITÉS DANS  
 LE SECTEUR DE LA SANTÉ**

- Horaires flexibles
- Rémunération attrayante
- Variété de contrats
- Respect et humanité
- Réseau étendu

 514-369-2424 poste 246  
 info@soinsintermediaire.com  
 www.soinsintemediaires.com

**Figure 1**  
**MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT ET DÉPLOIEMENT DE COMPÉTENCES EN PRATIQUE INFIRMIÈRE**



lequel met en avant sept compétences essentielles : le raisonnement clinique, la priorisation, le soutien aux apprentissages de la personne, le leadership clinique, la collaboration, le professionnalisme et l'éthique. Chaque compétence est définie par des indicateurs de développement, soit des éléments d'observation concrets permettant d'évaluer le niveau de compétence des IPSSA, qu'elles soient novices, débutantes ou compétentes. Ce cadre structuré a permis de clarifier le parcours d'apprentissage en établissant des repères progressifs et cohérents, alignés sur les attentes de la pratique clinique.

Ce parcours s'appuie sur des méthodes d'enseignement et d'apprentissage actives (MEA), conformément aux recommandations de Charette et al. (2019), qui ont été choisies pour répondre à trois objectifs clés : la **transition**, la **spécialisation clinique** et l'**intégration socioprofessionnelle** des IPSSA (Tableau 1).

Ce triple objectif vise à accompagner les IPS dans une appropriation progressive et cohérente de leurs rôles et responsabilités en pratique infirmière avancée. Bien que les dimensions soient présentées ici distinctement, elles sont interconnectées et s'entrecroisent dans la réalité de l'apprentissage. Une activité centrale agit comme un fil

**Tableau 1**  
**STRATÉGIES ET ACTIVITÉS DU PROGRAMME CARDIO-PULSE DE L'ICM**

DIMENSIONS	MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT ET D'APPRENTISSAGE ACTIVES (MEA)
Transition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation sur le mentorat</li> <li>• Mentorat en dyade</li> <li>• Groupe de mentorat</li> <li>• Journal réflexif</li> <li>• Exercices réflexifs</li> <li>• Contrat d'engagement et de confidentialité</li> </ul>
Spécialisation clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissage par les pairs :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Groupe de préceptorat : discussion de cas cliniques</li> <li>– Supervision indirecte</li> <li>– Coaching</li> <li>– Collaboration et présentation au Colloque annuel infirmier en cardiologie</li> <li>– Dîners-causeries</li> <li>– Ateliers</li> </ul> </li> <li>• Auto-évaluation selon le référentiel de compétences pour l'atteinte d'objectifs individualisés à l'apprenant</li> <li>• Rétroaction à 360 degrés</li> <li>• Plan de développement professionnel continu</li> <li>• Journal de bord hebdomadaire virtuel (bilan d'exposition clinique)</li> <li>• Orientation dans les différents secteurs de soins avec une IPSSA expérimentée et/ou un médecin spécialiste</li> <li>• 150 h accréditées de formation continue sous forme de :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Conférences</li> <li>– Simulation</li> <li>– Examens oraux structurés (EOS), examens cliniques objectifs structurés (ECOS)</li> <li>– Clubs de lecture scientifique</li> <li>– Réunions morbidité-mortalité (RMM)</li> </ul> </li> </ul>
Intégration socioprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite du milieu</li> <li>• Présentation aux équipes</li> <li>• Activités sociales (cinq à sept, consolidation d'équipe, activités sportives, party de Noël, etc.)</li> <li>• Contrat d'engagement pédagogique</li> <li>• Suivi régulier des indicateurs mesurés avec la conseillère cadre en soins infirmiers-IPS (CCSI-IPS)</li> </ul>

conducteur, liant les différentes composantes pour créer une expérience d'apprentissage cohérente et enrichissante. Cette approche holistique reflète l'engagement du programme à soutenir les IPSSA dans leur transition vers l'autonomie professionnelle et la maîtrise de leurs compétences en cardiologie.

### La transition

La transition de rôle vécue par les IPSSA nouvellement diplômées est complexe et s'accompagne de nombreux défis autant professionnels qu'identitaires (Chen et al., 2016). En début de pratique, l'IPSSA est confrontée à une période charnière où elle doit apprendre à jongler avec ses nouvelles responsabilités professionnelles, tout en développant son autonomie de pratique au sein d'une équipe et souvent, dans un environnement qui lui est peu familier (Chang, Mu et Tsay, 2006; Cusson et Viggiano, 2002; Kelly et Mathews, 2001). Sans surprise, ce lot de changements qui concrétise le début d'un parcours professionnel stimulant et suscitant une grande fierté s'accompagne aussi d'un sentiment de vulnérabilité et de doute, lequel peut entraîner un impact sur le bien-être holistique des nouvelles recrues (Hande et Jackson, 2024; Meleis et al., 2000).

### Le mentorat

Il est donc essentiel de prendre en compte ce que les IPSSA vivent en début de carrière afin de mieux les accompagner dans le développement de leur identité professionnelle. C'est pourquoi le programme **Cardio-Pulse** accorde une place centrale au mentorat, qui repose sur la création d'un partenariat volontaire entre une IPS novice et une IPS expérimentée, cette dernière agissant comme un modèle positif au sein de cette dyade (Hayes, 2005). Ce partenariat vise à offrir un soutien personnalisé, à guider l'IPSSA novice dans cette transition complexe et à renforcer une relation de confiance et de réciprocité. Par ailleurs, ce rôle bénéficie également à la mentore, qui enrichit ses propres compétences grâce à cette interaction.

Pour la mentore, cette expérience exige de maintenir à jour ses connaissances et compétences cliniques et non cliniques, ce qui lui permet ainsi d'offrir un enseignement fondé sur des données probantes (Huybrecht et al., 2011; Wolak et al., 2009). Elle doit également mobiliser des stratégies de communication efficaces et son savoir expérientiel pour offrir un soutien optimal dans les moments d'incertitude comme de réussite – des éléments reconnus comme valorisants pour les

deux parties (Beecroft et al., 2006; Block et al., 2005; Chen et Lou, 2014; Zhang et al., 2016).

Pour la mentorée, ces rencontres constituent des occasions précieuses de réseautage et procurent un sentiment de sécurité propice à la confiance en soi, au développement de son autonomie et à l'épanouissement de son identité professionnelle (Burgess et al., 2020). En favorisant la socialisation, en multipliant les activités d'apprentissage et en encourageant une écoute active, le mentorat crée un environnement suscitant l'épanouissement professionnel (Hayes, 2005). Les études démontrent que l'intégration d'un mentorat structuré tout au long d'un programme de résidence améliore le développement professionnel, la réussite académique ainsi que la satisfaction personnelle et professionnelle des IPS novices (Joe et al., 2023).

Afin de maximiser les retombées de cette approche, le programme Cardio-Pulse intègre une formation obligatoire destinée aux mentors et mentorés. Élaborée par l'ICM, elle met l'accent sur les rôles et responsabilités des deux parties. Chaque participant reçoit également un guide pratique comprenant des outils structurés, inspirés du cycle de réflexion de Gibbs (1988), en vue de favoriser des échanges constructifs. Le guide du mentor propose des questions pour animer les discussions, tandis que celui de la mentorée inclut un journal réflexif, lui permettant d'analyser régulièrement ses forces et de définir ses objectifs d'amélioration (Blake, 2005; Dunlap, 2006; Mühle, 2019). Ces moments d'introspection, essentiels au développement de l'expertise, sont au cœur de l'approche pédagogique.

Le mentorat en dyade, préconisé dans le programme Cardio-Pulse, favorise des rencontres individualisées où la mentorée peut s'exprimer librement et en toute transparence (Cree-Green et al., 2020). En début de parcours, ces rencontres sont fréquentes et durent généralement entre 30 et 60 minutes, puis elles s'espacent progressivement à mesure que la mentorée gagne en expérience et en autonomie. Elles

peuvent être réalisées en présentiel ou en virtuel, offrant ainsi une flexibilité d'organisation.

Dès la première rencontre, un contrat d'engagement mutuel et de confidentialité est signé entre les deux parties pour clarifier les attentes et établir un cadre d'échanges respectueux et sécuritaires. Avant chaque rencontre, la mentorée consigne dans son journal réflexif des sujets ou des préoccupations qu'elle souhaite aborder, ce qui permet d'orienter les discussions et d'optimiser les rétroactions (Dunlap, 2006). Après chaque séance, la mentorée partage, dans un questionnaire d'appréciation en ligne, sa rétroaction confidentielle à la CCSI-IPS et à la cheffe d'équipe, ce qui procure ainsi des pistes d'amélioration continue pour enrichir l'expérience de mentorat.

Enfin, au terme de la première année de pratique, l'IPSSA novice, désormais débutante, est invitée à collaborer à un projet de pratique infirmière avancée avec le soutien de sa mentore, qui agit en tant que coach. Le projet peut prendre diverses formes : un projet de recherche, une participation à un comité, ou encore le développement d'une formation ou d'une conférence. Cette implication permet à la mentorée non seulement de développer des compétences clés telles que la communication, la vulgarisation, la collaboration et l'érudition, mais aussi de renforcer son rôle et son identité professionnelle comme IPS.

### La spécialisation clinique

Le volet spécialisation clinique du programme a comme objectif principal le développement des compétences des IPSSA nouvellement diplômées dans les contextes variés et complexes propres à la cardiologie. La première année de pratique représente une période intense et exigeante pour les IPSSA, qu'elles aient ou non une expérience préalable en cardiologie. Une première expérience relève souvent d'une pratique à titre d'infirmière clinicienne en

**Le CISSS de Lanaudière**  
recherche du personnel infirmier

**Nos secteurs :**

- > Bloc opératoire
- > Chirurgie
- > Hébergement
- > Médecine
- > Psychiatrie
- > Soins intensifs
- > Et bien plus!

Équipes dévouées  
Milieux stimulants  
Perspectives d'emploi

*Joins-toi à nous!*

ciyss-lanaudiere.gouv.qc.ca/carrieres

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière Québec

**PRIMEUR**

**Dès avril 2025, nos employés devraient bénéficier des avantages sociaux du réseau public, tout en profitant de ce qui fait notre force depuis toujours :**

- Aucun TSØ, notre modèle de gestion depuis plus de 15 ans
- Programmes de référencement interne \$
- Défis stimulants et belles possibilités d'avancement
- Administrée et gérée par la Famille Savoie, fondatrice et propriétaire de l'entreprise familiale Les Résidences Soleil

Découvrez nos opportunités et postulez directement

**450 672-3975 - rh@residencessoleil.ca**  
555, ch. Tiffin, Saint-Lambert

**Joignez-vous à une famille qui prend soin de vous autant que vous prenez soin des autres!**

cardiologie ou d'un stage réalisé dans le cadre du programme de formation universitaire.

### Le préceptorat

Dans cette optique, le préceptorat, qui s'inscrit dans le cadre du programme Cardio-Pulse, constitue une modalité qui vise principalement l'accompagnement et la mise en place d'un système de soutien facilitant la spécialisation clinique en cardiologie ainsi que la maîtrise progressive des responsabilités associées au rôle de pratique infirmière avancée.

Des recherches confirment que le préceptorat suscite un environnement favorable au développement de la pratique infirmière tout en augmentant la satisfaction professionnelle (Letourneau et McCurry, 2019). Baldwin et ses collaborateurs (2020) affirment que le préceptorat vise à offrir une formation et un accompagnement de haut niveau à toutes les infirmières nouvellement diplômées afin de les aider à développer leur confiance et à se sentir pleinement compétentes pour prodiguer des soins exemplaires à la population. Ils ajoutent que le préceptorat doit également fournir aux IPSSA nouvellement diplômées le soutien essentiel pour les aider à prendre conscience de leur développement personnel et professionnel, ce qui favorise ainsi leur évolution dans leur rôle.

Le préceptorat présente plusieurs avantages pour l'apprenante, mais également pour la préceptrice et l'établissement. Pour la novice, il améliore son intégration à la nouvelle profession et contribue particulièrement au développement de son jugement clinique et à l'atteinte de son autonomie professionnelle plus rapidement. Le préceptorat utilise et exploite des situations d'apprentissage efficaces et adapté aux besoins des IPSSA en prenant en considération leur expérience antérieure (Baldwin et al., 2020). De plus, le préceptorat facilite la transition de rôle de l'infirmière praticienne novice (CASN, 2012).

Pour le précepteur, le préceptorat procure le sentiment d'être une personne de confiance, en plus d'être associé au développement d'un sentiment d'accomplissement et de croissance personnelle (Chen et al., 2011). Cette forme de soutien clinique permet également de reconnaître et de mettre en valeur l'expertise du précepteur, tout en contribuant à l'amélioration de la qualité des soins et à l'augmentation de la productivité, ce qui constitue des avantages pour l'établissement (MSSS, 2008).

Les IPSSA nouvellement diplômées sont orientées dans les différents secteurs cliniques de l'ICM (unité de cardiologie générale, unité de chirurgie cardiaque, cliniques spécialisées, urgence, etc.) et travaillent ainsi étroitement avec les IPSSA expertes, préceptrices qui y sont affectées. Cette collaboration permet aux IPSSA novices de s'inspirer de divers modèles

professionnels façonnant leur développement. Un journal de bord virtuel hebdomadaire est mis à leur disposition de sorte qu'elles puissent documenter leur expérience et les situations cliniques rencontrées dans les différents secteurs cliniques. Par conséquent, les préceptrices sont à même de suivre l'exposition des IPSSA novices et de l'ajuster au besoin afin qu'elles bénéficient d'une variété de situations cliniques diversifiées et enrichissantes.

Dans le programme Cardio-Pulse, tout au long de l'année, les nouvelles IPSSA bénéficient d'un suivi individualisé par la CCSI-IPS. Ces rencontres, conçues en fonction du profil unique de chaque IPSSA novice, constituent des occasions de discuter des objectifs d'apprentissage et d'adapter des modalités de soutien clinique pour poursuivre le développement des compétences référentielles.

Des rencontres de rétroaction à 360 degrés ont lieu aux 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> mois du programme. Avant chacune des rencontres, l'IPSSA s'autoévalue à l'aide du référentiel de compétences. L'autoévaluation est ensuite analysée et la CCSI-IPS en discute avec elle. Chaque IPSSA élabore également, en collaboration avec la CCSI-IPS, un plan de développement professionnel continu (DPC), qui définit des objectifs spécifiques de développement en lien avec les compétences visées. Comme il est mis à jour à chaque rencontre, il représente ainsi un guide pour l'évolution professionnelle de l'IPSSA.

### La formation clinique

Des discussions de cas cliniques en groupe, en collaboration avec diverses préceptrices, constituent un autre volet essentiel du programme. Elles offrent aux nouvelles IPSSA la possibilité d'examiner des cas complexes et de renforcer leurs compétences cliniques. Ces discussions sont de nature formative et non évaluative, de sorte que les IPSSA puissent s'engager, en toute aisance, dans un processus d'apprentissage collaboratif.

Les IPSSA de l'ICM ont également développé des activités d'apprentissage sous forme de conférences, d'ateliers et de dîners-causeries auxquels les IPSSA novices sont conviées. Les activités d'apprentissage développées par les pairs visent principalement à développer et à consolider les connaissances en cardiologie. Ces formations accréditées, totalisant plus de 150 heures, sont réparties uniformément en cours d'année et sont obligatoires dans le cadre du volet spécialisation du programme. Les thèmes présentés sont évidemment centrés sur le domaine de la cardiologie (p. ex. : la maladie coronarienne, les arythmies et l'insuffisance cardiaque), mais abordent aussi des sujets pertinents qui ciblent différentes compétences



Possibilité de groupes privés en établissements de santé!

## TECHNIQUES D'IMMOBILISATION EN ORTHOPÉDIE

Certification collégiale - Programme offert par deux cégeps!

Apprenez l'ABC des différentes techniques d'immobilisation en orthopédie avec cette formation de 90 heures.

▶ 60 heures à distance en mode asynchrone

▶ 30 heures en laboratoire d'intégration sur trois jours consécutifs en présence

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS DÈS MAINTENANT!

Régions de l'Ouest



cstjean.qc.ca

Régions de l'Est



cegeprdl.ca/tio

transversales telles que les soins palliatifs, la discussion du niveau de soins ou encore l'entretien motivationnel.

Le volet spécialisation du programme comporte aussi des activités comme des examens oraux structurés (EOS) et des examens cliniques objectifs structurés (ECOS), qui permettent aux nouvelles IPS de s'exercer dans des situations cliniques fictives, mais réalistes, inspirées de leur pratique actuelle et future. De plus, une activité de préparation à l'examen de certification IPSSA est offerte par une IPSSA d'expérience. Cette session de préparation inclut des mises en situation et des stratégies de révision pour mieux préparer les nouvelles IPS aux exigences de l'examen.

### La simulation clinique

La simulation clinique constitue un autre aspect important du programme promouvant la spécialisation. Elle vise à reproduire des situations où l'apprenant interagit avec une personne représentant un patient standardisé, un acteur, un pair ou un enseignant, jouant un rôle déterminé.

Dans le cadre du programme Cardio-Pulse, ce type de simulation permet d'exercer certaines compétences ou d'appliquer des habiletés techniques dans un cadre contrôlé, en plus de donner l'opportunité aux nouvelles IPSSA de perfectionner leurs compétences en communication et en collaboration, d'exercer leur raisonnement clinique et de se préparer à la prise en charge de situations cliniques plus complexes ou à risque élevé, et ce, en bénéficiant de l'encadrement d'un précepteur expérimenté. À titre d'exemples, des simulations sur la discussion de niveaux de soins, l'annonce de mauvaises nouvelles et la gestion de situations cliniques critiques ont été développées.

En somme, le volet spécialisation clinique du programme offert aux IPSSA novices à l'ICM offre un encadrement structuré et des ressources variées pour favoriser leur progression vers l'autonomie clinique. Grâce à un ensemble d'activités de formation, de soutien et de simulation, les IPSSA novices sont bien préparées pour s'adapter aux exigences de la pratique en cardiologie et contribuer pleinement à la prestation de soins de haute qualité aux patients.

### L'intégration socioprofessionnelle

L'intégration socioprofessionnelle a pour objectif de soutenir les IPSSA novices dans leur adaptation à leur nouvel environnement de travail en cardiologie, en facilitant leur insertion dans les équipes de soins et leur familiarisation avec leurs principaux collaborateurs. Elle englobe également le développement des compétences essentielles pour évoluer efficacement dans ce milieu, tout en s'ajustant aux normes et aux attentes spécifiques de la pratique cardiologique.

Une semaine d'accueil est organisée afin que les IPSSA novices puissent rencontrer les membres clés de leur équipe et s'acclimater à leur nouvel environnement. Au cours de

l'année, des activités sociales, telles que des cinq à sept, sont également mises en place afin de renforcer le sentiment d'appartenance et de créer des liens plus personnels avec les collègues. De plus, une activité annuelle de type consolidation d'équipe est proposée à toute l'équipe des IPSSA afin de renforcer la cohésion d'équipe et de favoriser des relations de collaboration harmonieuses.

En somme, l'intégration socioprofessionnelle des IPSSA novices repose sur un accompagnement structuré qui allie développement de l'identité professionnelle et renforcement des liens sociaux.

### LES RETOMBÉES DU PROGRAMME

Divers indicateurs sont évalués dans le cadre du programme Cardio-Pulse à plusieurs moments charnières au cours de l'année, soit à l'arrivée puis à 3, 6 et 12 mois. Ces évaluations visent à suivre la transition des IPSSA novices et à mesurer l'efficacité du programme. Les données sont recueillies au moyen de questionnaires virtuels autoadministrés, remplis par les participantes.

Le suivi de la progression des compétences des novices s'appuie sur le référentiel de compétences développé par l'ICM (2020a). L'échelle de transition de rôle de l'IPS novice de Barnes, Covelli et Rubright (2021, 2023) permet d'évaluer la qualité de leur expérience de transition, tandis que l'échelle du phénomène de l'imposteur de Clance (1986) mesure l'évolution de ce phénomène au fil du programme. La construction de l'identité professionnelle est analysée à l'aide de l'échelle de l'ambiguïté du rôle de Rizzo, House et Lirtzman (1970), et le sentiment de confiance, à partir de l'échelle de Grundy (1993). L'attrition anticipée, pour sa part, se mesure à l'aide de l'échelle de Hinshaw et Atwood (1986).

Par ailleurs, la qualité des relations mentales et le soutien social sont mesurés respectivement par l'échelle de mentorat de Freeman (Neal, 2009) et par la version courte du questionnaire de soutien social de Sarason et ses collaborateurs (1983). Enfin, un sondage d'appréciation virtuel anonyme a été réalisé pour recueillir les impressions des participantes et identifier des pistes d'amélioration dans le but d'optimiser le programme.

Les résultats des sept participantes ayant réalisé le programme entre septembre 2020 et 2024 ont révélé une forte appréciation de celui-ci, une amélioration notable de leur expérience de transition, un renforcement de leur sentiment de confiance et une progression de leurs compétences cliniques. De plus, le programme a contribué à une diminution du phénomène de l'imposteur. En outre, l'évaluation de la relation mentorale, du soutien social, de l'ambiguïté du rôle et de l'attrition anticipée a, quant à elle, donné des résultats positifs constants tout au long des douze mois, ce qui témoigne d'une solide fondation dès le départ (Tableau 2).

**Tableau 2**  
**RETOMBÉES DU PROGRAMME CARDIO-PULSE**

INSTRUMENTS DE MESURE	AUTEURS	RÉSULTATS
Référentiel de compétences IPS novice à compétente	ICM (2020a)	↑
Échelle de transition de rôle de l'IPS novice	Barnes et al. (2021, 2023)	↑
Échelle du phénomène de l'imposteur	Clance (1986)	↓
Échelle sur l'ambiguïté du rôle	Rizzo et al., (1970)	↔
Échelle du sentiment de confiance	Grundy (1993)	↑
Échelle de l'attrition anticipée	Hinshaw et Atwood (1986)	↔
Échelle de mentorat de Freeman	Neal (2009)	↔
Version courte du questionnaire du soutien social	Sarason et al. (1983)	↔
Sondage d'appréciation du programme Cardio-Pulse	ICM (2020b)	+

## EN CONCLUSION

Le programme Cardio-Pulse s'inscrit comme une initiative novatrice et essentielle pour soutenir les IPSSA dans leur transition vers la pratique professionnelle en cardiologie. En s'appuyant sur un référentiel de compétences structuré et des stratégies pédagogiques éprouvées, ce programme répond aux défis uniques de la transition, de la spécialisation clinique et de l'intégration socioprofessionnelle. Les retombées positives observées, notamment l'amélioration de la confiance, des compétences cliniques et de l'expérience globale des participantes, témoignent de la pertinence et de l'efficacité de cette approche. En favorisant une pratique sécuritaire et de haute qualité, le programme Cardio-Pulse contribue non seulement au développement des IPSSA, mais également à l'excellence des soins dispensés à la clientèle cardiologique. •



## ACCÈS AU PROGRAMME CARDIO-PULSE

Par sa mission d'enseignement, l'ICM a offert son programme Cardio-Pulse gracieusement à plusieurs partenaires du réseau québécois de la santé et de la Suisse depuis 2021. En 2022, le programme a presque entièrement été adapté en format virtuel afin de faciliter la collaboration entre les milieux et la participation de ses partenaires. L'ICM espère que le partage de son expérience pourra inspirer d'autres initiatives similaires en vue de soutenir l'intégration de la spécialité IPSSA tant au Québec qu'à l'international.



## LES AUTEURS

**SONIA HEPPLEL**  
Inf., M. Sc., IPSSA

Retraitée

**CLAUDIE ROUSSY**  
Inf., M. Sc., IPSSA

Institut de cardiologie de Montréal

**SOPHIA MERISIER**  
Inf., M. Sc.

Chef de service – Volet pratique infirmière avancée, Institut de cardiologie de Montréal

**OLIVIER LAROCHE**  
Inf., M. Sc., IPSSA

Institut de cardiologie de Montréal

**GÉRALDINE BERWALD-GRÉGOIRE**  
Inf., M. Sc., IPSSA

Institut de cardiologie de Montréal

## RÉFÉRENCES

- Baldwin, S., Coyne, T., Hynes, C. et Kelly, P. (2020). «Reflections on setting up a nursing preceptorship programme». *British Journal of Nursing*, 29(11), 627-631.
- Barnes, H., Covelli, A.F. et Rubright, J.D. (2021). «Development of the novice nurse practitioner role transition scale: An exploratory factor analysis». *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 34(1), 79-88.
- Barnes, H., Covelli, A.F. et Rubright, J.D. (2023). «A confirmatory factor analysis of the novice nurse practitioner role transition scale». *Research in Nursing & Health*, 46(1), 127-135.
- Becroft, P.C., Santner, S., Lacy, M.L., Kunzman, L. et Dorey, F. (2006). «New graduate nurses' perceptions of mentoring: Six-year programme evaluation». *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 736-747.
- Blake, T.K. (2005). «Journaling—An active learning techniques». *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2(7).
- Block, L.M., Claffey, C., Korow, M.K. et McCaffrey, R. (2005). «The value of mentorship within nursing organizations». *Nursing Forum*, 40(4), 134-140.
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C. et Mellis, C. (2020). «Facilitating small group learning in the health professions». *BMC Medical Education*, 20(suppl. 2), 457.
- Canadian Association of Schools of Nursing (CASN). (2012). «Nurse practitioner education in Canada». Ottawa: CASN.
- Chang, W.-C., Mu, P.-F. et Tsay, S.-L. (2006). «The experience of role transition in acute care nurse practitioners in Taiwan under the collaborative practice model». *Journal of Nursing Research*, 14(2), 83-92.
- Charette, M., Goudreau, J. et Bourbonnais, A. (2019). «Un modèle de développement et de déploiement de compétences pour les enseignants et les formateurs cliniques en sciences infirmières». *Avancées en formation infirmière*, 5(2).
- Chen, C.-M. et Lou, M.-F. (2014). «The effectiveness and application of mentorship programmes for recently registered nurses: A systematic review». *Journal of Nursing Management*, 22(4), 433-442.
- Chen, C.-H., Wang, J., Yang, C.-S. et Fan, J.-Y. (2016). «Nurse practitioner job content and stress effects on anxiety and depressive symptoms, and self-perceived health status». *Journal of Nursing Management*, 24(5), 695-704.
- Chen, Y.-H., Duh, Y.-J., Feng, Y.-F. et Huang, Y.-P. (2011). «Preceptors' experiences training new graduate nurses: A hermeneutic phenomenological approach». *Journal of Nursing Research*, 19(2), 132-140.
- Clance, P.R. (1986). «The impostor phenomenon: When success makes you feel like a fake». New York: Bantam Books.
- Cree-Green, M., Carreau, A.-M., Davis, S.M., Frohnert, B.I., Kaar, J.L., ... Nadeau, K.J. (2020). «Peer mentoring for professional and personal growth in academic medicine». *Journal of Investigative Medicine*, 68(6), 1128-1134.
- Cusson, R.M. et Viggiano, N.M. (2002). «Transition to the neonatal nurse practitioner role: Making the change from the side to the head of the bed». *Neonatal Network*, 21(2), 21-28.
- Dunlap, J.C. (2006). «Using guided reflective journaling activities to capture students' changing perceptions». *TechTrends*, 50(6), 20-26.
- Gibbs, G. (1988). «Learning by doing: A guide to teaching and learning methods». Oxford, UK: Oxford Brookes University—Oxford Centre for Staff and Learning Development.
- Grundy, S.E. (1993). «The confidence scale: Development and psychometric characteristics». *Nurse Educator*, 18(1), 6-9.
- Hande, K. et Jackson, H. (2024). «Navigating the pathway to advanced practice: A grounded theory of nurse practitioner role transition in a fellowship». *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 36(4), 221-232.
- Hayes, E.F. (2005). «Approaches to mentoring: How to mentor and be mentored». *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(11), 442-445.
- Hill, L.A. et Sawatzky, J.-A.V. (2011). «Transitioning into the nurse practitioner role through mentorship». *Journal of Professional Nursing*, 27(3), 161-167.
- Hinshaw, A. et Atwood, J. (1986). «Anticipated turnover among nursing staff: Final Report». Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Huybrecht, S., Loecx, W., Quaeysaegens, Y., De Tobel, D. et Mistiaen, W. (2011). «Mentoring in nursing education: Perceived characteristics of mentors and the consequences of mentorship». *Nurse Education Today*, 31(3), 274-278.
- Institut de cardiologie de Montréal (ICM). (2020a). «Référentiel de compétences IPS». Montréal: ICM.
- Institut de cardiologie de Montréal (ICM). (2020b). «Sondage d'appréciation du programme Cardio-Pulse». Montréal: ICM.
- Joe, M.B., Cusano, A., Leckie, J., Czuczman, N., Exner, K., ... Lithgow, K. (2023). «Mentorship programs in residency: A scoping review». *Journal of Graduate Medical Education*, 15(2), 190-200.
- Kelly, N.R. et Mathews, M. (2001). «The transition to first position as nurse practitioner». *Journal of Nursing Education*, 40(4), 156-162.
- Letourneau, R.M. et McCurry, M.K. (2019). «The effect of transition to practice programs on the self-assessment of newly licensed registered nurses' confidence in quality and safety competency attainment». *Nursing Education Perspectives*, 40(3), 151-156.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, D.K.H. et Schumacher, K. (2000). «Experiencing transitions: An emerging middle-range theory». *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2008). «Programme national de soutien clinique – Volet préceptorat. Cadre de référence». Québec: MSSS. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-526-01.pdf>
- Mühle, A. (2019). «Le journal réflexif comme outil pédagogique pour l'apprentissage de l'interprétation consécutive» [Mémoire]. Genève: Université de Genève.
- Neal, T.I. (2009). «Mentoring, self-efficacy and nurse practitioner students: A modified replication» [Dissertation doctorale]. Muncie, IN: Ball State University.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021). «L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique». Montréal: OIIQ.
- Rizzo, J.R., House, R.J. et Lirtzman, S.I. (1970). «Role conflict and ambiguity in complex organizations». *Administrative Science Quarterly*, 15(2), 150-163.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. et Sarason, B.R. (1983). «Assessing social support: The social support questionnaire». *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Tardif, J. (2006). «L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement». Montréal: Chenelière Éducation.
- Wolok, E., McCann, M., Queen, S., Madigan, C. et Letvak, S. (2009). «Perceptions within a mentorship program». *Clinical Nurse Specialist*, 23(2), 61-67.
- Zhang, Y., Qian, Y., Wu, J., Wen, F. et Zhang, Y. (2016). «The effectiveness and implementation of mentoring program for newly graduated nurses: A systematic review». *Nurse Education Today*, 37, 136-144.



## Réalisez des économies avec TD Assurance.

Vous pourriez obtenir des tarifs préférentiels sur l'assurance habitation et auto. De plus, découvrez d'autres produits de TD Assurance qui peuvent répondre à vos besoins.

**Pour en savoir plus ou pour obtenir une soumission, visitez**  
[tdassurance.com/oiiq](https://tdassurance.com/oiiq)



**TD Assurance** |



Le programme TD Assurance Meloche Monnex est offert par SÉCURITÉ NATIONALE COMPAGNIE D'ASSURANCE. Il est distribué par Meloche Monnex assurance et services financiers inc., au Québec, par Meloche Monnex services financiers inc., en Ontario, et par Agence Directe TD Assurance Inc. ailleurs au Canada. Notre adresse est le 50, place Crémazie, 12<sup>e</sup> étage, Montréal (Québec) H2P 1B6. En raison des lois provinciales, ce programme d'assurances auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba ni en Saskatchewan. Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs. <sup>MD</sup> Le logo TD et les autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion ou de ses filiales.

# Anxiété de performance : la peur d'être jugé

Perfectionnisme, anxiété de performance ou anxiété généralisée? Un phénomène rencontré fréquemment en situation d'évaluation.

L'anxiété est un sentiment inéluctable de l'expérience humaine qui survient en réaction à un événement perçu comme une menace. Cela dit, lorsqu'elle engendre une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement, la présence d'un trouble mental doit être envisagée (AAP, 2023). Bien que l'*anxiété de performance* ne figure pas dans les troubles psychiatriques énoncés dans le Manuel diagnostique (DSM-5-TR) de l'Association américaine de psychiatrie (AAP, 2023), ses manifestations peuvent affecter grandement la qualité de vie des personnes atteintes. Cet article permettra aux infirmières de faire la distinction entre l'*anxiété de performance*, le trouble d'adaptation, l'*anxiété généralisée*, l'*anxiété sociale* ainsi que le *trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive* et de les guider dans leurs interventions.

par **MERIEM SEDJAL, inf., M. Sc. inf.**

## L'ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE

L'*anxiété de performance* est un terme populaire dont la nosographie reste à définir (Palazzolo et Arnaud, 2013). Elle peut néanmoins se traduire par « la peur excessive de l'échec en situation d'évaluation », que ce soit par autrui ou en auto-évaluation (Giti, 2013; Paiement et al., 2021; Soucisse et Heins, 2021). À l'instar des troubles anxieux, la prévalence de l'anxiété de performance serait plus élevée chez la population féminine (Aydin, 2017; Hill et al., 2016).

Il existe deux types d'évaluation : celui dont le « focus est sur le public » et sur le désir de satisfaire aux attentes des tiers

(Jones, 2013; Jones, Latreille et Sloane, 2016; von der Embse et al., 2018), et celui dont le « focus est sur soi » et sur l'auto-évaluation de son propre rendement basé sur des standards personnels élevés (Jones et al., 2016).

L'individu aux prises avec de l'anxiété de performance se sentirait menacé par le décalage entre les exigences perçues et ses propres capacités (Burton, 1989), créant ainsi chez lui un état d'incertitude (Martens, Vealey et Burton, 1990). Outre les traits de perfectionnisme, une forte autocritique et une faible résilience prédisposeraient à l'anxiété de performance (Freire et al., 2020; Wang, 2021).

## OBJECTIFS

- Reconnaître l'anxiété de performance.
- Comprendre les situations qui peuvent provoquer de l'anxiété de performance ou d'autres troubles anxieux.
- Pouvoir intervenir de façon à aider la personne à gérer son anxiété de performance.

## APPLICATION À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

- Distinguer l'anxiété de performance du trouble d'anxiété généralisée, d'adaptation, d'anxiété sociale et de la personnalité obsessionnelle-compulsive.
- Reconnaître les manifestations psychologiques et physiques des différents troubles d'anxiété.
- Établir une relation thérapeutique avec la personne pour la soutenir et lui proposer les meilleures avenues de traitement.

## POINTS À RETENIR

- En présence d'un stresser, l'anxiété est une réaction normale à moins qu'elle perdure dans le temps, génère une souffrance significative et affecte la qualité de vie et le comportement de la personne.
- L'approche cognitivo-comportementale est la forme de psychothérapie la plus efficace pour traiter les formes d'anxiété.

La littérature fait aussi état de différentes déclinaisons conceptuelles selon les situations telles que l'anxiété académique, sportive et musicale (Soucisse et Heins, 2021) et au travail (Cheng et McCarthy, 2018; McCarthy, Trougakos et Cheng, 2016).




Considérant que l'approche pharmacologique – soit l'administration d'antidépresseurs sérotoninergiques – s'est avérée efficace chez les personnes souffrant de trouble anxieux (Schaffer et al., 2012), mais qu'elle

n'a pas démontré de résultat significatif auprès des personnes souffrant de trouble d'adaptation et de personnalité, il importe d'établir le bon diagnostic.

### TROIS EXEMPLES

Prenons l'exemple de trois étudiants pour lesquels le vécu expérientiel diffère et qui mériteraient une évaluation plus approfondie afin d'écartier la présence d'un trouble (**Figure 1**).

**Figure 1**  
**TROIS VIGNETTES CLINIQUES**

 <p><b>LUCAS</b> est un étudiant international. Depuis quelques semaines, il se sent de plus en plus tendu, a du mal à se concentrer et fait de l'insomnie. Il vous confie que s'il n'obtient pas 90 % à son prochain examen, son visa d'étude ne sera pas renouvelé. Il appréhende de rentrer chez lui car les conditions socio-économiques y sont très précaires et il craint pour son avenir.</p>	 <p><b>RAPHAËLLE</b> vous consulte. Son sommeil est altéré depuis l'annonce des modalités d'évaluation de son stage. Elle avoue avoir toujours été très anxieuse à l'idée de prendre la parole devant une assemblée ou un étranger. Elle a peur de trembler, de transpirer et de dire des choses inappropriées qui entraîneraient une humiliation certaine.</p>	 <p><b>LÉA</b> se sent épuisée à la fin de la session et avec tous les travaux qu'elle doit rendre. Elle vous explique qu'elle a passé un temps considérable à lire afin de bien maîtriser son sujet de sorte qu'elle n'a pas encore commencé à rédiger, ce qui contrarie ses coéquipiers. Elle vous confie que s'il n'en tenait qu'à elle, elle opterait uniquement pour des travaux individuels, ce qui lui éviterait de perdre du temps à corriger les sections des autres.</p>
---	--	---

#### Lucas, trouble d'anxiété généralisée

Lucas manifeste plusieurs symptômes tels des préoccupations envahissantes et des manifestations physiques – tensions, problèmes de concentration et troubles du sommeil – qui suscitent des questionnements sur la possibilité d'un *trouble d'adaptation* ou encore d'un *trouble d'anxiété généralisée (TAG)*.

Afin de distinguer un TAG d'une anxiété non pathologique, une attention doit être portée sur la capacité de la personne à contrôler ses préoccupations. Sont-elles circonscrites à la sphère académique ou concernent-elles plusieurs aspects de sa vie (AAP, 2023)?

La durée et la fréquence des préoccupations de Lucas serviront également à déterminer s'il s'agit d'un TAG. Ainsi, des préoccupations quotidiennes à l'égard de plusieurs sphères de sa vie et qui durent depuis plus de six mois sont associées à un TAG (AAP, 2023). Contrairement au trouble d'adaptation qui disparaît spontanément lors de la résolution du *stresseur*, le TAG survient généralement sans facteur précipitant et évolue de manière chronique (AAP, 2023).

#### Raphaëlle, anxiété sociale

Chez Raphaëlle, l'observation attentive par autrui lorsqu'elle est en situation sociale provoque chez elle une anxiété anticipatoire d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété et d'être jugée négativement. Pour confirmer la présence d'un trouble d'*anxiété sociale*, les symptômes doivent être présents depuis plus de six mois, être disproportionnés par rapport à la menace réelle, et être associés à de l'évitement ou encore à une souffrance significative (AAP, 2023).

#### Léa, trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive

Pour Léa, le perfectionnisme, le désir de contrôle mental et interpersonnel prédominant au point de créer chez elle de la souffrance et de provoquer un impact fonctionnel.

L'approche catégorielle du DSM-5 (AAP, 2023) identifie le perfectionnisme comme une composante de la personnalité obsessionnelle-compulsive, également appelée personnalité anankastique (Organisation mondiale de la Santé, 2010). Elle s'accompagne d'une préoccupation pour l'ordre et une volonté de contrôle mental et interpersonnel, et ce, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et d'une efficacité.

Pour répondre au diagnostic de *trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive (POC)*, le schéma dysfonctionnel de perfectionnisme rigide doit être persistant et s'accompagner de quatre critères parmi huit : une préoccupation accordée aux détails et à l'ordre au point de perdre de vue l'essentiel de la tâche, un perfectionnisme qui empêche l'achèvement des tâches, une importance excessive accordée au travail et à la productivité, une rigidité face aux questions morales ou éthiques, une incapacité à se départir d'objets usés ou inutiles, une difficulté à déléguer ou à travailler en équipe, une avarice et de l'entêtement (AAP, 2023).

Il existe par ailleurs d'autres modèles proposant d'autres critères de personnalité *perfectionniste*. Ainsi, le modèle descriptif de la personnalité (First, 2016) est basé sur cinq grands traits (*Five Factor Model of Personality* ou *Big Five*). Selon sa classification, le caractère *conscientieux* doit s'accompagner d'au moins

deux des trois caractéristiques suivantes : la persévération, l'évitement de l'intimité et l'affectivité restreinte (First, 2016).

Pour les perfectionnistes, la réussite est un indicateur de leur valeur et une assise structurelle de leur identité. Ils sont intolérants aux situations d'évaluation, ce qui leur redonne un sentiment de contrôle et de pouvoir. En raison d'une vision dichotomique, toute erreur devient une menace à leur ego (Béliveau et Langlois, 2021).

Cette clientèle est donc souvent amenée à vivre de l'anxiété de performance et à en subir son lot de conséquences. Selon Young, Klosko et Weishaar (2017), le perfectionnisme fait partie des schémas cognitifs inadaptes. Le perfectionniste est convaincu qu'il doit atteindre et maintenir un niveau d'exigences très élevées pour éviter des critiques.

Considérant le caractère egosyntonique du trouble de la POC, c'est-à-dire perçu comme cohérent et

donc compatible avec le soi idéal (Pollak, 1987; Stein et Hollander, 1993), s'investir dans un processus de changement peut sembler exigeant pour un perfectionniste. Apprendre à se définir autrement et développer de nouvelles stratégies d'adaptation nécessitent une réorganisation qui amène son lot d'incertitude et d'inconfort. Cette démarche se nomme le désespoir créatif selon Hayes, Strosahl et Wilson (1999) et ne peut se faire que si le rapport coûts/bénéfices paraît profitable à la personne.

### MANIFESTATIONS ASSOCIÉES À L'ANXIÉTÉ

On distingue quatre grandes classes de manifestations associées à l'anxiété de performance : cognitives (Jones, 2013; Liu, 2016), émotionnelles (Hjeltnes et al., 2015; Kuykendall, 2015), physiologiques (Jones, 2013; Liu, 2016) et comportementales (Giti, 2013) (**Tableau 1**).

**Tableau 1**  
**MANIFESTATIONS ASSOCIÉES À L'ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE**

COGNITIVES	ÉMOTIONNELLES	PHYSIOLOGIQUES	COMPORTEMENTALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préoccupations excessives</li> <li>• Difficultés de concentration</li> <li>• Problèmes de mémoire</li> <li>• etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété</li> <li>• Culpabilité</li> <li>• Honte</li> <li>• Tristesse</li> <li>• Irritabilité</li> <li>• Colère</li> <li>• etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles du sommeil</li> <li>• Fatigue</li> <li>• Céphalées</li> <li>• Nausées</li> <li>• Tensions musculaires</li> <li>• etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absentéisme</li> <li>• Procrastination</li> <li>• Sous ou surinvestissement dans une tâche</li> <li>• etc.</li> </ul>

**ENVIE DE DÉFIS ?**

PLACEMENT EN RÉGIONS ÉLOIGNÉES ET NORDIQUES

- + Formation en rôle élargi réputée
- + Flexibilité d'horaire selon tes besoins
- + Conditions avantageuses et soutien 24/7
- + Plusieurs mandats disponibles en régions

Débute l'aventure dès maintenant !  
877-333-7439 | [mon@monplus.ca](mailto:mon@monplus.ca) | [www.monplus.ca](http://www.monplus.ca)

mon+

### Manifestations physiologiques

Les manifestations *physiologiques* sont issues du processus d'excitation du système nerveux sympathique. La libération d'adrénaline et de noradrénaline permet à l'organisme de faire face à la menace, perçue ou imaginée (Maxime, Prigent et Annane, 2017; Servant, 2012), ce qui augmente la fréquence et le débit cardiaque via la stimulation des récepteurs  $\beta_1$ , provoquant une hausse de la pression artérielle, de même qu'une bronchodilatation via l'activation de récepteurs  $\beta_2$  (Bessaguet, Suteau et Desmoulière, 2024).

Cette réaction d'*alarme* optimise l'apport en oxygène et en nutriments aux organes vitaux ainsi qu'aux muscles squelettiques, favorisant leur contraction. Cela dit, une tension musculaire prolongée aura pour effet de fatiguer les myofilaments et de causer des tremblements.

Cet état peut également entraîner une sensation de palpitations et d'oppression thoracique. En détournant la circulation sanguine par le biais d'une vasoconstriction et en augmentant la résistance périphérique (stimulation des récepteurs  $\beta_1$ ), des sensations d'engourdissement et de froideur pourront être ressenties aux extrémités (Bessaguet et al., 2024).

En contrepartie, l'activation de l'axe adrénérgique inhibe le système nerveux parasympathique et ses fonctions digestives telles que les sécrétions glandulaires et le péristaltisme (Bessaguet et al., 2024), ce qui pourra causer une xérostomie, des nausées, de la constipation, de la diarrhée et des gaz. Le corps, alors en mode catabolique, va chercher à éliminer la chaleur produite par la stimulation des récepteurs muscariniques des glandes sudoripares par la libération de l'acétylcholine, d'où un effet de sudation (Claverie et Canini, 2023).

Lorsque l'anxiété atteint son paroxysme, il n'est pas rare d'observer des *attaques de panique* chez certains individus. Selon de récentes études (Okuro et al., 2020), les personnes souffrant de troubles paniques présenteraient une dysrégulation adrénérgique du locus coeruleus et une sensibilité anormalement élevée au  $\text{CO}_2$  contribuant à un « faux signal » de suffocation et à une réaction d'hyperventilation (Okuro et al., 2020; Ripamonte et al., 2024). Or, les épisodes

d'hyperventilation réduisent les niveaux de  $\text{CO}_2$  dans le sang, causant une alcalose respiratoire et provoquant divers symptômes tels que des paresthésies, des étourdissements, des sensations d'irréalité et de confusion (Briggs, Stretch et Brandon, 1993).

### SOINS ET TRAITEMENTS

À ce jour, l'approche cognitivo-comportementale semble encore la forme de psychothérapie la plus efficace (Brugués, 2011) pour la prise en charge de l'anxiété de performance. Plusieurs interventions éducatives peuvent être mises en place pour soutenir le développement des savoirs par le patient et favoriser son autonomisation.

Selon Cyrulnik et Jorland (2012), la résilience favoriserait la sublimation d'un vécu aversif ou de failles narcissiques. Elle permettrait de donner un sens à son expérience grâce à un processus de mentalisation par le biais de représentations psychiques et de symbolisation des affects.

En adoptant la théorie que les difficultés et les expériences traumatisantes sont des occasions d'apprentissage (Goussot, 2014), le rôle de l'infirmière consiste à *soutenir la personne dans sa démarche de connaissance d'elle-même*. Pour ce faire, la première clef consiste à établir une alliance thérapeutique qui favorisera son engagement émotionnel et lui permettra ensuite d'extérioriser ses ressentis.

Tel que déjà mentionné, l'intolérance à l'incertitude est l'une des sources d'anxiété de performance. Pourtant, la gestion de l'incertitude s'est avérée une stratégie adoptée par plusieurs résidents en médecine (Agoues-Richard, 2023). Tel un appel à la prudence, l'incertitude a permis une plus grande ouverture et flexibilité lors du processus décisionnel. La valorisation de l'incertitude est devenue alors l'outil d'un raisonnement diagnostique heuristique, catégoriel et conjectural.

Une autre stratégie consiste à expérimenter le *good-enough*. Sachant que certaines tâches sont plus importantes et nécessitent plus d'investissements que d'autres, le *good-enough* permet à la personne de s'exposer progressivement à des situations d'imperfection autorisée jusqu'à l'atteinte d'un état de confort relatif (Nevalainen, Mantyranta et Pitkala, 2010).



## Travailler dans le milieu collégial, c'est possible!

Que ce soit en tant que **personnel enseignant** ou **personnel de soutien à l'enseignement**, vous aurez l'occasion de faire la différence auprès des personnes étudiantes en leur transmettant votre savoir.

Notre Cégep se démarque :

- Population étudiante motivée (excellents résultats à l'examen de l'OIIQ);
- Technologie de pointe en simulation clinique haute-fidélité;
- Jusqu'à deux mois de vacances l'été.

**Contribuez à la réussite de la relève!**

Quant à Burton (1989), il propose d'aider la personne à gérer son anxiété en reconsidérant son succès en des termes de dépassement de soi. Ainsi, plutôt que de se fixer des « objectifs compétitifs » comme être le meilleur, le focus vise plutôt à maîtriser un concept ou une technique. Cette stratégie permet de réduire significativement l'anxiété et d'augmenter le sentiment de compétence, de satisfaction et de persévérance.

Sur le plan thérapeutique, la place des traitements pharmacologiques reste fortement limitée en dehors du traitement des comorbidités (Szeleszczuk et Frączkowski, 2022). Bien que les bêtabloqueurs, tel que le propranolol, soient utilisés au besoin dans des situations bien définies et occasionnelles, par exemple lors d'une présentation orale ou d'une performance musicale, leurs efficacités demeurent limitées en plus

d'être associées à des effets secondaires et à des contre-indications (Szeleszczuk et Frączkowski, 2022).

## EN CONCLUSION

L'anxiété est une réponse naturelle aux menaces perçues. Il existe plusieurs formes d'anxiétés. L'anxiété de performance, bien qu'elle ne soit pas catégorisée comme un trouble mental, provoque une peur de l'échec qui entraîne des effets cognitifs, émotionnels et physiques. La prise en charge passe souvent par des approches cognitivo-comportementales, le soutien à la résilience, et l'acceptation de l'incertitude. Les infirmières, en établissant une relation de confiance, aident à développer des stratégies d'adaptation et à renforcer l'estime de soi. •

## L'AUTEURE

### MERIE SEDJAL

Inf., M. Sc. inf.

Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale

Centre de santé et de consultation psychologique de l'Université de Montréal

## Références

- Agoues-Richard, C. (2023). «Stratégies de gestion de l'incertitude chez les résidents en médecine» [Essai doctoral]. Montréal: Université du Québec à Montréal. Repéré à <https://archipel.uqam.ca/16664/1/D4361.pdf>
- Association américaine de psychiatrie (AAP). (2023). «DSM-5-TR – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux» (5<sup>e</sup> éd.). Paris: Elsevier Masson.
- Aydin, U. (2017). «Test anxiety: Do gender and school-level matter?». *European Journal of Educational Research*, 6(2), 187-197. Repéré à [https://pdf.ej-er.com/EU-JER\\_6\\_2\\_187\\_Aydin.pdf](https://pdf.ej-er.com/EU-JER_6_2_187_Aydin.pdf)
- Béliveau, J.-P. et Langlois, F. (2021). «Les multiples conceptualisations et manifestations de l'anxiété de performance». *Revue québécoise de psychologie*, 42(3), 1-20. Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/rapsy/2021-v42-n3-rapsy06621/1084577ar/>
- Bessaguet, F., Suteau, V. et Desmoulière, A. (2024). «Le stress». *Actualités Pharmaceutiques*, 63(637), 59-61.
- Briggs, A.C., Stretch, D.D. et Brandon, S. (1993). «Subtyping of panic disorder by symptom profile». *British Journal of Psychiatry*, 163, 201-209.
- Brugués, A.O. (2011). «Music performance anxiety-part 2: A review of treatment options». *Medical Problems of Performing Artists*, 26(3), 164-171.
- Burton, D. (1989). «Winning isn't everything: Examining the impact of performance goals on collegiate swimmers' cognitions and performance». *The Sport Psychologist*, 3(2), 105-132.
- Cheng, B.H. et McCarthy, J.M. (2018). «Understanding the dark and bright sides of anxiety: A theory of workplace anxiety». *Journal of Applied Psychology*, 103(5), 537-561.
- Claverie, D. et Canini, F. (2023). «La réponse biologique de stress». *Revue Défense Nationale*, (HS-4), 25-31. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-defense-nationale-2023-HS4-page-25.html>
- Cyrułnik, B. et Jorland, G. (2012). «Résilience. Connaissances de base». Paris: Éditions Odile Jacob.
- First, M.B. (2016). «DSM-5 – Diagnostics différentiels». Paris: Elsevier Masson
- Freire, G.L.M., Sousa, V.C., Alves, J.F.N., Moraes, J.F.V.N., Oliveira, D.V. et Nascimento Junior, J.R.A. (2020). «Are the traits of perfectionism associated with pre-competitive anxiety in young athletes?». *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 20(1), 37-46. Repéré à <https://doi.org/10.6018/cpd.406031>
- Giti, S.M. (2013). «Beyond social phobia: A review of the background, manifestations and varied therapeutic approaches for performance anxiety» [Thèse de doctorat]. Los Angeles: Alliant International University. Repéré à <https://www.erudit.org/en/journals/rapsy/2021-v42-n3-rapsy06621/1084583ar/abstract/>
- Gousot, A. (2014). «Pédagogie et résilience». Paris: L'Harmattan.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. et Wilson, K.G. (1999). «Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change». New York: Guilford Press.
- Hill, F., Mammarella, I.C., Devine, A., Caviola, S., Passolunghi, M.C. et Szűcs, D. (2016). «Maths anxiety in primary and secondary school students: Gender differences, developmental changes and anxiety specificity». *Learning and Individual Differences*, 48, 45-53. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2016.02.006>
- Hjeltnes, A., Binder, P.-E., Moltu, C. et Dundas, I. (2015). «Facing the fear of failure: An explorative qualitative study of client experiences in a mindfulness-based stress reduction program for university students with academic evaluation anxiety». *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1). Repéré à <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.27990>
- Jones, E.S. (2013). «Performance anxiety in sport: Revisiting the process goal paradox and measurement development» [Thèse de doctorat]. Wales, UK: University of Glamorgan/Prifysgol Morgannwg. Repéré à [https://pure.southwales.ac.uk/ws/portalfiles/portal/3519656/E...S...Jones\\_2013\\_2064878.pdf](https://pure.southwales.ac.uk/ws/portalfiles/portal/3519656/E...S...Jones_2013_2064878.pdf)
- Jones, M.K., Latreille, P.L. et Sloane, P.J. (2016). «Job anxiety, work-related psychological illness and workplace performance». *British Journal of Industrial Relations*, 54(4), 742-767.
- Kuykendall, L.E. (2015). «The well-being consequences of work-contingent self-esteem» [Thèse de doctorat]. Lafayette, IND: Purdue University. Repéré à <http://search.proquest.com/docview/1747139715/abstract/3AE4BC594963411DPQ/1>
- Liu, P.-C. (2016). «Music performance anxiety among college piano majors in Taiwan» [Thèse de doctorat]. Boston: Boston University College of Fine Arts. Repéré à <http://search.proquest.com/docview/1841275181/abstract/C7C361908C2E49F5PQ/1>
- Martens, R., Vealey, R.S. et Burton, D. (1990). «Competitive anxiety in sport». Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Maxime, V., Prigent, H. et Annane, D. (2017). «Stress et hormones» (p. 421-429). Dans C. Martin, B. Riou et B. Valle. *Physiologie humaine appliquée* (2<sup>e</sup> éd.). Paris: John Libbey Eurotext.
- McCarthy, J.M., Trougakos, J.P. et Cheng, B.H. (2016). «Are anxious workers less productive workers? It depends on the quality of social exchange». *Journal of Applied Psychology*, 101(2), 279-291.
- Nevalainen, M.K., Mantyranta, T. et Pitkala, K.H. (2010). «Facing uncertainty as a medical student—A qualitative study of their reflective learning diaries and writings on specific themes during the first clinical year». *Patient Education and Counseling*, 78(2), 218-223. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.011>
- Okuro, R.T., Freire, R.C., Zin, W.A., Quagliato, L.A. et Nardi, A.E. (2020). «Panic disorder respiratory subtype: Psychopathology and challenge tests—An update». *Brazilian Psychiatric Association*, 42(4), 420-430.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). «Troubles mentaux et du comportement» (chap. V). Dans *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (10<sup>e</sup> révision)*. Paris: Masson.
- Païement, A.-M., Desroches, O.-A., Maheu, L., Leduc, F.-É et Longpré, P. (2021). «L'anxiété de performance au travail: une étude exploratoire». *Revue québécoise de psychologie*, 42(3), 139-172.
- Palazzolo, J. et Arnaud, J. (2013). «Anxiété et performance: de la théorie à la pratique». *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(6), 382-388.
- Pollak, J.M. (1987). «Relationship of obsessive-compulsive personality to obsessive-compulsive disorder: A review of the literature». *Journal of Psychology*, 121(2), 137-148.
- Ripamonte, G.C., Fonseca, E.M., Frias, A.T., Patrone, L.G.A., Vilela-Costa, H.H., ... Gargaglioni, L.H. (2024). «Locus coeruleus noradrenaline depletion and its differential impact on CO<sub>2</sub>-induced panic and hyperventilation in male and female mice». *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 134, 1-13.
- Schaffer, A., McIntosh, D., Goldstein, B.I., Neil A.R., McIntyre, R.S., ... Yatham, L.N. (2012). «The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders». *Annals of Clinical Psychiatry*, 24(1), 6-22.
- Servant, D. (2012). «Gestion du stress et de l'anxiété» (3<sup>e</sup> éd.). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Soucisse, M.M. et Heins, M.-P. (2021). «L'anxiété de performance à l'enfance et l'adolescence: état des connaissances cliniques et scientifiques». *Revue québécoise de psychologie*, 42(3), 43-73.
- Stein, D.J. et Hollander, E. (1993). «The spectrum of obsessive-compulsive related disorders». *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 241-262.
- Szeleszczuk, L. et Frączkowski, D. (2022). «Propranolol versus other selected drugs in the treatment of various types of anxiety or stress, with particular reference to stage fright and post-traumatic stress disorder». *International Journal of Molecular Sciences*, 23(17), 1-23. Repéré à <https://doi.org/10.3390/ijms231710099>
- Von der Embse, N., Jester, D., Roy, D. et Post, J. (2018). «Test anxiety effects, predictors, and correlates: A 30-year meta-analytic review». *Journal of Affective Disorders*, 227(2), 483-493.
- Wang, L. (2021). «How self-reflection and resilience can affect pre-competition anxiety? Evidence from national competitive table tennis in adolescent players». *Current Psychology*, 42, 12034-12044. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02473-1>
- Young, J.E., Klosko, J.S. et Weishaar, M.E. (2017). «La thérapie des schémas – Approche cognitive des troubles de la personnalité» (2<sup>e</sup> éd.). Bruxelles: De Boeck Supérieur.

# À PROPOS DU **Contrôle coercitif, le vrai visage de la violence conjugale**

par **VIRGINIE PARENT, inf., B. Sc.,  
conseillère en soins infirmiers,  
Centre intégré universitaire de santé  
et de services sociaux de l'Estrie  
– Centre hospitalier universitaire  
de Sherbrooke**

et **CÉLINE ROSSINI, chargée du  
développement et du transfert des  
connaissances, Regroupement des  
maisons pour femmes victimes de  
violence conjugale (RMFVVC)**

« Se sentir prise au piège dans une cage invisible. Ne plus pouvoir décider pour soi-même. Obéir pour éviter les représailles. Avoir peur, tout le temps. C'est le quotidien que décrivent les femmes victimes de violence conjugale. Un quotidien où elles sont privées de ressources et de leur liberté. C'est le contrôle coercitif; il est au cœur de la dynamique de violence conjugale. »

QUESTIONS EN PAGE 21

## SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



### 01. Les féminicides en contexte conjugal font partie des meurtres les plus prévisibles.

Réponse :  Vrai

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2021), environ 30 % des femmes dans le monde ont subi, au cours de leur vie, des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime. Au Canada comme ailleurs, c'est le plus souvent aux mains d'un partenaire (actuel ou ancien) que les femmes meurent assassinées – une situation qui pourrait être évitée.

Dans son essai portant sur 358 crimes conjugaux, la criminologue britannique Jane Monckton Smith (2019) explique que les féminicides en contexte conjugal font partie des « meurtres les plus prévisibles ». Selon la chercheuse, il s'agit de prêter attention aux signaux d'alarme : la présence de contrôle coercitif en est un majeur.

Les infirmières, en particulier, jouent un rôle crucial dans la détection de signes de violence conjugale, même lorsque la consultation est initiée pour un problème de santé différent. Lors de l'accueil d'une patiente, il est essentiel de demeurer à l'affût des indicateurs comme l'isolement social, la présence d'un contrôle sur ses activités quotidiennes, des restrictions financières, des appels incessants et des menaces, ainsi que la crainte pour sa sécurité ou celle de ses proches. Ces signes peuvent révéler un contrôle coercitif. En étant formés à repérer ces signaux d'alerte, les professionnels de la santé, notamment les infirmières, peuvent jouer un rôle décisif pour prévenir des tragédies.

### 02. Les femmes n'ont qu'à quitter la relation pour mettre fin à la violence.

Réponse :  Faux

La violence conjugale ne cesse pas nécessairement après la séparation. Au contraire, elle peut s'intensifier lorsque la victime décide de partir ou conteste le contrôle exercé par son partenaire intime.

La période de séparation est un facteur de risque élevé d'homicide : dans près d'un tiers des cas, le meurtre ou la tentative de meurtre constitue le premier acte de violence physique de l'agresseur. Ainsi, l'absence de violences physiques visibles ne signifie pas qu'il n'y a pas de danger.

La surveillance des allées et venues, le harcèlement par messages, les procédures judiciaires abusives liées à la séparation ou la manipulation des enfants sont autant de stratégies utilisées par l'agresseur pour maintenir son emprise après la séparation.

Le rôle parental est souvent détourné comme outil de contrôle. L'agresseur peut demander du temps parental pour imposer un contact avec l'ex-partenaire, refuser de se conformer aux ordonnances de garde, menacer la mère de lui retirer du temps parental, saper son autorité ou encore lui imposer une communication soutenue.

### 03. Aider une femme victime ne sert à rien, car elle retournera par la suite auprès de son partenaire.

Réponse :  Faux

Certaines victimes de violence conjugale choisissent de rester avec leur partenaire malgré des signes évidents de maltraitance, ou bien décident de retourner auprès de lui après une séparation. Ce comportement peut être difficile à comprendre pour les professionnels qui les accompagnent, car il semble logique que la relation abusive prenne fin avec la séparation physique du partenaire violent.

Cependant, quitter un partenaire violent constitue souvent un processus long et difficile, surtout lorsque des enfants sont impliqués. Une victime peut s'y prendre jusqu'à huit fois avant de parvenir à quitter définitivement une relation violente.

On pourrait croire que le simple fait de quitter le partenaire met la victime hors de danger, mais en réalité, on oublie la recrudescence de la violence qui en découle. En effet, la période suivant la séparation est souvent la plus

dangereuse, car l'agresseur, cherchant à récupérer le contrôle, adopte un comportement de plus en plus harcelant et violent, notamment sur les plans physique et judiciaire.

La décision de partir est complexe. La victime peut craindre de ne pas être crue, éprouver de la honte ou redouter les représailles de son partenaire si elle dévoile la situation. Elle peut aussi ne pas reconnaître la violence qu'elle subit, en particulier si elle n'est pas physique.

Ainsi, quitter une relation empreinte de violence se déroule selon un processus; sans que l'infirmière s'en doute, son intervention pourrait représenter l'élément déclencheur. Un mot, un geste soutenant et bienveillant suffisent pour que la personne entame une réflexion qui lui procurera la force de partir. En réitérant son soutien à la personne, quelle que soit sa décision, l'infirmière conserve le lien de confiance qu'elle a créé. Et c'est à son propre rythme que la personne pourra ainsi chercher l'aide dont elle a besoin.

#### 04. Le dépistage préventif multiplie les chances de dépister la violence conjugale.

Réponse :  Vrai

Le dépistage préventif de la violence conjugale par les professionnels de la santé, notamment les infirmières, est essentiel pour repérer les situations de violence conjugale vécues par les personnes victimes. La plupart des femmes ne parlent pas spontanément des violences qu'elles subissent. Ainsi, une intervention précoce, même en l'absence de signes visibles de violence, favorise l'accès aux services de soutien et contribue à prévenir l'escalade des violences.

Certaines études examinées par O'Doherty et al. (2015) ont démontré que le dépistage préventif multiplie par trois à quatre les chances d'identifier les victimes de violence conjugale.

Le dernier rapport du coroner du Québec (Bureau du coroner, 2024) recommande de renforcer la formation des infirmières afin qu'elles puissent mieux identifier les facteurs de risque et intervenir de manière précoce. Dans cette même optique, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2023) préconise une approche proactive du dépistage en l'intégrant à l'évaluation régulière des patientes.

Pour ce faire, il est primordial de reconnaître les manifestations subtiles et insidieuses du contrôle coercitif dans les contextes de violence conjugale afin de mieux dépister et intervenir. Trop peu d'infirmières intègrent ce dépistage dans leurs évaluations (Alvarez et al., 2017). Cette lacune s'explique souvent par une méconnaissance des ressources, un manque de formation ou un malaise à aborder la question – autant d'occasions manquées de protéger la santé et la sécurité des femmes et des enfants (Lapierre et al., 2020).

Aborder la question délicate de la violence entre partenaires intimes requiert des compétences en savoir-être lors d'une consultation thérapeutique. Compte tenu de la sensibilité et de la complexité du sujet, les personnes victimes sont plus enclines à se confier lorsque le lien de confiance est établi et qu'elles se sentent en sécurité.

L'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique compte parmi les activités réservées aux infirmières, et le dépistage de la violence conjugale devrait être reconnu comme un élément essentiel de cette démarche, laquelle permet d'identifier et d'accompagner les victimes de manière appropriée (OIIQ, 2018). Il ne s'agit donc pas d'une option, mais d'une responsabilité professionnelle incontournable.

Grâce à leur relation privilégiée avec leurs patientes et à leur présence tout au long du continuum de soins, les infirmières occupent une position stratégique pour prévenir, dépister et intervenir auprès des victimes de violence conjugale, compte tenu qu'il est extrêmement rare qu'elles dévoilent spontanément les violences. En intégrant cette dimension dans leurs évaluations, les infirmières jouent un rôle déterminant dans l'identification précoce des victimes, leur accompagnement et leur orientation vers des ressources adaptées (INSPQ, 2023).

De plus, en abordant ouvertement le sujet, elles ont également l'opportunité de non seulement sensibiliser leurs patientes aux dynamiques relationnelles malsaines, mais aussi de contribuer activement à la prévention de la violence entre partenaires intimes et à la promotion de normes sociales égalitaires.

#### BIBLIOGRAPHIE

- Alvarez, C., Fedock, G., Grace, K.T. et Campbell, J. (2017). «Provider screening and counseling for intimate partner violence: A systematic review of practices and influencing factors». *Trauma, Violence & Abuse*, 18(5), 479-495.
- Bureau du coroner. (2024). «Agir ensemble pour sauver des vies – Troisième bilan du Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale». Gouvernement du Québec: Bureau du coroner. Repéré à [https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/Veille\\_recherche\\_prevention/Comit%C3%A9\\_violence\\_conjugale/Trois%C3%A8me\\_bilan\\_du\\_Comit%C3%A9\\_d\\_examen\\_des\\_d%C3%A9c%C3%A8s\\_li%C3%A9s\\_%C3%A0\\_la\\_violence\\_conjugale.pdf](https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/Veille_recherche_prevention/Comit%C3%A9_violence_conjugale/Trois%C3%A8me_bilan_du_Comit%C3%A9_d_examen_des_d%C3%A9c%C3%A8s_li%C3%A9s_%C3%A0_la_violence_conjugale.pdf)
- Canadian Women's Foundation. (2022). Supporting women who are experiencing domestic violence. Toronto. Site: <https://canadianwomen.org/>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023). «Violence conjugale». Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale>
- Lapierre, J., Lessard, G., Hamelin-Brabant, L., Lévesque, S., Vissandjée, B. et Moubarak, N. (2020). «Violence conjugale et pratique infirmière». *Perspective infirmière*, 17(3), 24-40.
- Maryland Network Against Domestic Violence (MNADV). (2024). «Lethality Assessment Program – Maryland model for first responders». Bowie, MD: MNADV. Repéré à <https://vawnet.org/material/lethality-assessment-program-maryland-model-first-responders-learning-read-danger-signs>
- Monckton Smith, J. (2019). «Intimate partner femicide: Using Foucauldian analysis to track an eight stage progression to homicide». *Violence Against Women*, 26(11), 1267-1285. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1077801219863876>
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G. et Taft, A. (2015). «Screening women for intimate partner violence in healthcare settings». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD007007). Repéré à <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2018). «Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière» [Affiche]. Montréal: OIIQ.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS[WHO]). (2021). «Violence against women prevalence estimates, 2018». Genève: World Health Organization. Repéré à <https://www.who.int/publications/i/item/9789240066783>
- Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale. Plateforme: [www.controlecoercitif.ca](http://www.controlecoercitif.ca)
- Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale. (s.d.). «Quoi dire, quoi faire pour soutenir une victime». Repéré à <https://controlecoercitif.ca/fr/bibliotheque-de-contenus/quoi-dire-quoi-faire-pour-soutenir-une-victime>
- Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale. (2022). «Comprendre, repérer et intervenir face au contrôle coercitif – Boîte à outils». Repéré à <https://maisons-femmes.qc.ca/campagnes-de-sensibilisation/ameliorer-la-pratique-judiciaire-pour-accroitre-la-securite-des-femmes-victimes-de-violence-conjugale/>
- Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale. (2024). «Et si c'était plus qu'un conflit de couple?». Repéré à [https://maisons-femmes.qc.ca/wp-content/uploads/2024/09/RMFVVC\\_Fascicule\\_Conflit-de-couple-et-violence-conjugale.pdf](https://maisons-femmes.qc.ca/wp-content/uploads/2024/09/RMFVVC_Fascicule_Conflit-de-couple-et-violence-conjugale.pdf)
- Secrétariat à la condition féminine (SCF). (2018). «Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale – 2018-2023». Gouvernement du Québec: SCF. Repéré à <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/SCF/publications/plans-strategiques/plan-violence18-23-access.pdf>
- Stark, E. (2007). «Coercive control: How men entrap women in personal life». New York: Oxford University Press.
- Statistique Canada. (2023). «Tendances en matière de violence familiale et de violence entre partenaires intimes au Canada». Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/241024/dq241024b-fra.htm>



#### RESSOURCES UTILES

##### SOS violence conjugale (24/7)

1 800 363-9010 – 24/7  
438 601-1211 – TEXTO

##### Maisons d'aide et d'hébergement (24/7)

- Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale : [www.maisons-femmes.qc.ca](http://www.maisons-femmes.qc.ca)
- Fédération des maisons d'hébergement pour femmes : [www.fmfh.ca](http://www.fmfh.ca)

# VOS COLLÈGUES VOUS REMERCIENT!

La Fondation de l'OIIQ et ses boursiers remercient chaleureusement les infirmières et infirmiers qui ont fait un don lors de l'inscription au Tableau 2025-2026.

En offrant un soutien financier, vous encouragez les études en sciences infirmières et le développement professionnel de collègues, partout au Québec. L'an dernier, une trentaine de professionnels ont bénéficié de bourses d'études de la Fondation.



Découvrez comment la Fondation soutient le développement de la profession à [fondationoiiq.org](http://fondationoiiq.org)



Fondation de l'Ordre  
des infirmières et  
infirmiers du Québec

*Pour mieux soigner.*



# Formation continue

## Planifiez vos activités 2025

Près de 100 formations selon plusieurs modes d'enseignement, c'est ce que vous propose l'OIIQ pour mieux répondre à vos besoins de développement professionnel.

### En salle

**Avec formateur, en présentiel**

Une formule classique et indémodable

### À distance

**Avec formateur, en virtuel**

Un peu comme une formation en salle, mais sans déplacement

### En ligne

**Sans formateur, en virtuel**

À faire de façon autonome, où vous le voulez, quand vous le voulez

### Articles-questionnaires

**Sans formateur, en virtuel**

Pour valider vos apprentissages après lecture d'articles de *Perspective infirmière*

Découvrez les formations OIIQ  
et inscrivez-vous sur [oiiq.org/formation](https://oiiq.org/formation).

## Cas clinique SOPHIE DUGUAY

Vous êtes infirmière dans une clinique de santé sexuelle. Vous préparez votre prochaine rencontre en prenant connaissance du dossier de Sophie Duguay, 23 ans, laquelle a fait une demande de rendez-vous. Il est inscrit au dossier que Sophie est une femme trans et qu'elle prend actuellement un mélange d'œstrogènes et de spironolactone (agit comme un bloqueur de testostérone). Sophie n'est pas une patiente connue de la clinique et vous notez aussi que le rendez-vous a été annulé et reporté à quatre reprises sans autres précisions au dossier.

Vous vous questionnez sur la meilleure façon d'établir une relation de confiance avec cette personne en vue de déterminer les besoins réels sans présumer de ceux-ci.

# La pratique infirmière auprès des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre

## OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Après avoir lu cet article, vous serez en mesure :

### 01. DE DÉFINIR

les principaux thèmes associés aux réalités des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre.

### 02. D'EXPLIQUER

les responsabilités professionnelles et déontologiques des infirmières envers les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre.

### 03. DE DÉCRIRE

la contribution de l'infirmière aux initiatives visant à assurer des soins équitables et exempts de discrimination envers les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre.

### 04. DE DÉMONTRER

l'application de la norme de documentation dans un contexte de soins impliquant des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre.

par **ÉLIANE CHAPUT, M. A. (sociologie), Ph. D.(c)**

Les personnes issues de la communauté LGBTQ+ (lesbiennes, gais, bisexuels, personnes trans, personnes queers et autres diversités sexuelles et de genre) représentent entre 4 et 10 % de la population mondiale (Sondage Ipsos, 2023). Ces personnes sont confrontées à des défis importants en matière de santé physique et mentale. En effet, elles subissent des disparités considérables, notamment en raison de facteurs de risque spécifiques à leur identité, tels que la discrimination systémique, les préjugés interpersonnels et la violence (Lund et Burgess, 2021). Ces obstacles à l'accès aux soins entraînent un risque accru de développer des déterminants sociaux de santé négatifs, mettant en lumière les inégalités profondes vécues par ces populations (Weinstein et al., 2017).

Les professionnels de la santé, notamment les infirmières, sont appelés à exercer auprès de ces personnes et jouent un rôle clé dans l'atténuation de ces inégalités. À travers une pratique professionnelle éclairée et respectueuse des réalités spécifiques des personnes LGBTQ+, les infirmières ont la responsabilité non seulement de garantir des soins équitables et exempts de discrimination, mais aussi de contribuer activement à la création d'un environnement de soins inclusif, affirmatif et culturellement compétent. Cela implique de comprendre les principaux concepts et enjeux liés à la diversité sexuelle et de genre, et de soutenir des initiatives visant à réduire les inégalités en santé. Dans cette optique, cet article explore la responsabilité des infirmières à l'égard des personnes LGBTQ+, en détaillant les obligations professionnelles et déontologiques, ainsi que les actions concrètes qui peuvent être mises en place pour promouvoir une prise en charge respectueuse et inclusive des membres de cette communauté.

### LES PRINCIPAUX CONCEPTS ET ENJEUX LIÉS À LA DIVERSITÉ SEXUELLE ET DE GENRE

Pour définir les thèmes relevant des réalités LGBTQ+ et les bonnes pratiques à mettre en place pour adopter une approche inclusive à l'égard de cette communauté, il importe de différencier l'identité de genre de l'attraction sexuelle et romantique. Ces deux thèmes sont indépendants l'un de l'autre et touchent deux dimensions différentes d'une personne.

#### L'identité de genre : au-delà des stéréotypes sexuels

Au sens du *Code civil du Québec* (art. 70.1), la mention de sexe d'une personne désigne le sexe de celle-ci constaté et inscrit au certificat de naissance. Dans ce même article, il est cité que cette mention de sexe peut aussi représenter l'identité de genre de la personne si le sexe à la naissance ne correspond pas à l'identité de la personne. Il importe donc de bien distinguer ces deux concepts, car ils ne sont pas interchangeables.

La mention de sexe, déterminée par les organes génitaux présents lors de la naissance, s'appelle plus précisément le **sexe assigné à la naissance**. Les enfants qui naissent avec un pénis sont assignés masculins et ceux qui naissent avec une vulve sont assignés féminins. Cela se traduit par un F ou un M inscrit sur le certificat de naissance et conséquemment, sur tous les autres documents d'identité de la personne.

Quant à l'identité de genre, elle renvoie au sentiment profond qu'une personne a de son appartenance à un genre particulier, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance. Cette construction identitaire est souvent influencée par les stéréotypes de genre présents dans la société, qui assignent des rôles et des comportements spécifiques en fonction du sexe et définissent ainsi ce qui est « masculin » ou « féminin ». Cependant, ces catégories ne reflètent pas la diversité et la complexité des identités de genre. Des études récentes soulignent d'ailleurs l'importance de dépasser ces stéréotypes pour reconnaître et valoriser un éventail d'expressions de genre qui défient les normes traditionnelles (Dubrulle, Gaugue et Denis, 2022).

La socialisation de genre, c'est-à-dire le processus qui façonne l'identité de genre selon son sexe à la naissance, joue un rôle crucial dans la construction de l'identité de genre, opérant notamment à travers les relations interpersonnelles vécues par l'enfant avec son entourage. De nombreuses études sur le sujet affirment que l'identité de genre se construit entre 18 mois et trois ans (Crooks et Baur, 2017; Langis et Germain, 2015) et que la constance du genre (référer de façon constante au même genre) se cristallise entre cinq et sept ans (Boyd et Bee, 2017; Crooks et Baur, 2017; Papalia et Martorell, 2018). Les parents, par exemple, influencent cette construction en proposant un environnement physique spécifique et en encourageant des comportements conformes au sexe assigné (Rouyer, Mיעyaa et Le Blanc, 2014). Cette socialisation différenciée des jeunes enfants, qu'ils soient filles ou garçons, ainsi que les attentes et les attitudes des parents à leur



#### DÉFINITIONS

**Identité de genre** : sentiment profond, intime de son genre qui n'est pas nécessairement lié aux organes génitaux ni à l'expression de genre d'une personne.

**Expression de genre** : manière d'une personne de s'exprimer par son habillement, son apparence, sa façon de parler et de bouger, ses goûts et ses passe-temps.

**Personne trans** : personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance. Une femme trans est une femme assignée homme à la naissance, alors qu'un homme trans est un homme assigné femme à la naissance. Le terme trans est en opposition au terme cis.

**Personne cis** : personne dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance. Le terme cis est en opposition au terme trans.

**Personne non binaire** : terme parapluie englobant plusieurs réalités d'identités de genre qui sortent de la classification binaire traditionnelle « masculin » ou « féminin ». Il peut

inclure des personnes qui se perçoivent comme ayant un genre fluide, une combinaison de genres ou même aucun genre spécifique.

**Attraction sexuelle et romantique** : expression plus complète que l'orientation sexuelle. Elle fait référence aux multiples attirances que peuvent vivre les personnes.

**Personne bispirituelle** : les personnes bispirituelles peuvent appartenir à la diversité sexuelle et de genre, mais cette désignation s'inscrit aussi dans une approche plus globale de l'identité et du rôle culturel et spirituel de la personne. C'est un terme par et pour les membres des Premières Nations, les Inuit et les Métis (Youssef, 2021).

**Bipoc** : terme utilisé pour faire référence aux personnes noires, aux autochtones et aux personnes de couleur. Il est le résultat de l'acronyme anglais *black, indigenous and people of color*.

Sources : Drouin, 2022; Office québécois de la langue française.

égard, se poursuivent tout au long de l'enfance. Elle se manifeste à travers une multitude de facteurs, souvent perçus comme insignifiants lorsqu'examinés individuellement, mais dont les effets cumulés peuvent exercer une influence déterminante sur cette étape clé du développement de la personne (Descarries et Mathieu, 2010). Les études sur les personnes trans démontrent que plus de 97 % d'entre elles connaissaient leur identité de genre avant 14 ans (TransYouthCan, 2020). Malgré cette reconnaissance précoce, beaucoup ne choisissent de dévoiler leur véritable identité de genre qu'à l'âge adulte. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce décalage :

- **Pressions sociales et familiales** : les normes sociétales et les attentes familiales peuvent dissuader les individus de partager leur identité de genre plus tôt. La crainte de réactions négatives, de rejet ou de discrimination joue un rôle significatif dans cette décision (Beauregard, 2013).
- **Risques de discrimination et de violence** : la peur de subir des violences verbales, physiques ou psychologiques en raison de leur identité de genre pousse de nombreuses personnes trans à différer leur dévoilement jusqu'à ce qu'elles se sentent en sécurité pour le faire (Parenteau, 2016).

Les recherches actuelles encouragent une compréhension multifactorielle de l'identité de genre, intégrant des facteurs biologiques, sociocognitifs et culturels, et déconstruisant les représentations binaires (hommes versus femmes) traditionnelles (Jurek, Souiller et Medjkane, 2022). Adopter une approche inclusive nécessite de remettre en question ces stéréotypes et de reconnaître que l'identité de genre est une expérience unique à chaque individu. Ces éléments soulignent l'importance de créer des environnements inclusifs et sécuritaires, où chacun peut exprimer librement son identité sans crainte de jugement ou de discrimination.

## Cas clinique (suite)

Sophie se présente à la clinique pour son rendez-vous tel que prévu, accompagnée d'une autre personne. Vous remarquez qu'une des deux personnes a de la barbe, porte du maquillage et a les cheveux longs, et que l'autre personne porte une robe fleurie avec des souliers à talons hauts. Vous présumez donc que les deux personnes sont un couple de femmes lesbiennes.

Toutefois, afin d'éviter de mégenrer les deux personnes, vous décidez d'adopter une approche permettant de valider vos perceptions.

Vous vous questionnez sur la meilleure façon de poursuivre afin d'agir en tout respect.

Quelles interventions seraient, selon vous, appropriées?

## L'expression de genre

L'expression de genre est la manière dont une personne manifeste son genre par son apparence, son comportement et son style vestimentaire. Cette expression est une performance publique de la masculinité ou de la féminité selon les normes d'une société. Elle peut ou non correspondre aux attentes sociétales liées au sexe assigné à la naissance. Elle varie d'un individu à l'autre, même parmi ceux partageant la même identité de genre. Les stéréotypes culturels influencent souvent la perception de l'expression de genre, mais il est important de ne pas présumer de l'identité de genre d'une personne en se basant uniquement sur son apparence ou son comportement.

Les stéréotypes de genre, qui dictent ce qui est considéré comme « approprié » pour les hommes et les femmes, sont des constructions sociales variant selon les époques et les cultures. Par exemple, l'association du bleu aux garçons et du rose aux filles est une convention relativement récente et n'a pas toujours été la norme (Butler et Trouble, 1990; Paoletti, 2012). En effet, avant le 20<sup>e</sup> siècle, le rose était souvent associé aux garçons en raison de sa vivacité, tandis que le bleu, perçu comme plus doux, était lié aux filles. De plus, beaucoup d'hommes et de femmes ne correspondent pas à ces stéréotypes qui peuvent limiter la liberté des individus à exprimer leur genre selon leurs préférences et leur confort.

Il est donc essentiel de reconnaître que l'expression de genre ne se limite pas à une vision binaire de « masculin » et « féminin ». Certaines personnes adoptent une expression de genre fluide ou androgyne, combinant ou non des éléments traditionnellement associés aux deux genres. De plus, de nombreuses cultures dans le monde reconnaissent et valorisent des expressions de genre qui transgressent les normes occidentales (Fausto-Sterling, 2000).

## Exemples

Une **personne non binaire** peut très bien correspondre aux stéréotypes de genre masculin ou féminin, même si elle ne se considère ni exclusivement homme ni exclusivement femme. De même, une femme trans, comme une femme cisgenre, peut présenter des attributs que la société associe au genre masculin en raison des stéréotypes. Ces exemples illustrent l'importance de ne pas présumer du genre d'une personne en fonction de son expression de genre.

Nous verrons plus loin comment s'assurer de ne pas mégenrer les individus, c'est-à-dire utiliser les mauvais pronoms et le mauvais genre en présence d'une personne avec qui vous interagissez.



## LEXIQUE SUR LA DIVERSITÉ SEXUELLE ET DE GENRE

Publié par le Bureau de la traduction du Canada, ce lexique présente l'équivalent en français et en anglais de 155 notions portant sur la diversité sexuelle et de genre. Cette ressource est pertinente pour l'infirmière, car elle lui assure de connaître, du moins, les pronoms et les accords utilisés par la personne en vue de s'adresser à elle de façon appropriée.

Pour le consulter : [btb.termiumplus.gc.ca/publications/diversite-diversity-fra.html](https://btb.termiumplus.gc.ca/publications/diversite-diversity-fra.html)

**Tableau 1**  
**LES TYPES DE TRANSITION**

TYPE	DESCRIPTION
<b>TRANSITION SOCIALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consiste à modifier la manière dont une personne se présente et interagit avec les autres afin de refléter son identité de genre, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopter un nouveau prénom ou des pronoms qui correspondent à son identité de genre.</li> <li>• Modifier son style vestimentaire, sa coiffure ou d'autres aspects de son apparence.</li> <li>• Informer son entourage (famille, amis, collègues, école ou employeur) de son identité de genre.</li> </ul> </li> </ul> <p>Cette transition peut représenter une étape cruciale dans le processus d'affirmation de la personne, bien qu'elle puisse également être confrontée à des résistances sociales ou des discriminations. Selon Olson et al. (2016), les personnes trans qui reçoivent le soutien de leur entourage dans leur transition sociale présentent des niveaux de santé mentale similaires à ceux de leurs pairs cisgenres.</p>
<b>TRANSITION LÉGALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consiste à modifier les documents officiels afin de refléter l'identité de genre de la personne, entre autres par le changement du prénom et du genre sur l'acte de naissance et les pièces d'identité, comme le permis de conduire, la carte d'assurance maladie ou le passeport. Au Québec, il est possible d'avoir F, M ou X comme mention de genre sur les papiers d'identité. Il est également possible que le nom d'usage et les pronoms soient précisés dans le dossier de la patientèle. Les jeunes de 14 ans et plus peuvent également entreprendre des démarches sans avoir besoin du consentement des parents.</li> </ul> <p>Les personnes trans qui accèdent à des documents concordant avec leur identité rapportent des niveaux plus faibles de discrimination et une meilleure santé mentale (James et al., 2016).</p>
<b>TRANSITION MÉDICALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut inclure des interventions pour aligner les caractéristiques physiques avec l'identité de genre, comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisation de traitements hormonaux (testostérone ou œstrogènes) pour induire des changements physiques comme sur la pilosité, la répartition des graisses ou le ton de la voix (Coleman et al., 2011).</li> <li>• Des chirurgies d'affirmation de genre, telles qu'une modification de la poitrine (mastectomie ou augmentation mammaire), une phalloplastie ou d'autres chirurgies esthétiques.</li> <li>• Des soins de santé connexes, comme l'épilation laser, les soins capillaires ou les traitements vocaux.</li> </ul> </li> </ul> <p>Selon Deutsch (2016), l'accès à des soins affirmatifs de genre est associé à une amélioration significative de la santé mentale et physique des individus trans. Il importe aussi de mentionner que tous ces soins sont encadrés par le <i>Standard of care for the health of transgender and gender diverse people</i>, qui est produit par la World Professional Association for Transgender Health (2012).</p> <p>Il est impossible de présumer des organes génitaux des personnes. De façon générale, il est préférable d'éviter de questionner les personnes trans sur leurs transitions médicales, puisqu'il s'agit d'un sujet très intime et personnel. C'est d'ailleurs une des sources d'anxiété des personnes trans et non binaires lorsqu'elles consultent des professionnels de la santé (Picard et Jutant, 2022). Plusieurs ont vécu des situations où les soignants posent des questions intrusives sur leur transition médicale alors que cela n'a pas de lien avec la raison de leur consultation. Cependant, dans un contexte de santé sexuelle par exemple, ce sont des informations pertinentes. Si de l'information concernant les transitions médicales est requise, il est important d'expliquer à la personne la raison justifiant ces questions ainsi que la pertinence de ces informations en vue de la prestation d'un soin approprié, afin de démontrer que ce n'est pas simplement par curiosité.</p>

### Les types de transitions

La transition de genre est un processus personnel et unique permettant à une personne de mieux aligner son expression de genre avec son identité de genre. Ce processus peut être essentiel pour le bien-être psychologique et physique des individus trans et non binaires. Elle peut inclure des dimensions sociales, légales et médicales, qui sont souvent interreliées, mais indépendantes les unes des autres. Comme pour tous les types de transition, il arrive que des personnes trans ne fassent pas de transition sociale même si

elles connaissent leur identité de genre et savent que celle-ci est différente de celle qui leur a été assignée à la naissance. Chaque personne peut choisir d'entreprendre une, plusieurs ou aucune de ces transitions de plusieurs façons différentes, en fonction de ses besoins, de ses ressources et de son contexte de vie (Coleman et al., 2022). Le **Tableau 1** présente justement les différents types de transitions.



### TRANSITION SOCIALE ET UTILISATION DES PRONOMS

Le système grammatical de la langue française est traditionnellement binaire et est divisé en deux genres : masculin et féminin. Dans une optique inclusive, plusieurs tentatives ont été faites pour dépasser cette binarité, dont l'invention de plusieurs néo-pronoms qui permettent de témoigner des genres qui existent dans notre société. La communauté francophone de la diversité de genre a emboîté le pas; la création la plus commune est « iel ». Ce dernier est employé pour évoquer une personne quel que soit son genre. Cependant, le choix des pronoms n'est pas un déterminant de l'identité de genre. Par exemple, il est possible qu'une personne utilise le pronom « elle » même si elle est non binaire.

### TRANSITION MÉDICALE ET ENFANTS

Au Canada, les prépubères n'ont accès à aucune transition médicale. Seule la transition sociale et légale est accordée avec le consentement des parents. À la puberté, il est possible pour les enfants de prendre des médicaments qui ralentissent la puberté, mais ils sont surtout utilisés chez les enfants cis qui souffrent d'une puberté précoce. Chez les enfants trans, la puberté est arrêtée à son tout début, au stade Tanner 2, donc à l'arrivée de la puberté vers 11 ou 12 ans selon la physiologie de l'enfant (Salas-Humara et al., 2019). L'enfant peut ainsi poursuivre son cheminement tout en évitant la détresse que pourrait causer l'avènement de caractéristiques physiques qui ne correspondent pas à son identité de genre. Ces bloqueurs d'hormones sont complètement réversibles. L'hormonothérapie d'affirmation de genre commence autour de 15 ou 16 ans chez les jeunes trans qui le souhaitent. Les hormones prennent plusieurs années avant d'avoir un plein effet. Elles sont en grande partie réversibles durant les premières années et certains effets sont en partie réversibles même après plusieurs années.

**TREMBLANT,  
VOTRE  
TERRAIN  
DE JEU  
4 SAISONS**



[tremblant.ca](http://tremblant.ca)

### L'attraction sexuelle et romantique

L'attraction sexuelle et romantique désigne les différentes formes d'attraction que peuvent éprouver les individus envers d'autres personnes; elle va au-delà de l'orientation sexuelle. L'orientation sexuelle fait généralement référence à l'attraction d'une personne envers une autre en fonction de son sexe ou de son genre, mais l'attraction sexuelle et romantique englobe une palette plus large d'expériences (Klein, 2014). Elle inclut non seulement l'attraction physique (sexuelle), mais aussi l'attraction émotionnelle et affective (romantique), qui ne sont pas nécessairement liées à des critères de genre ou de sexe. Il est important de souligner que l'identité de genre d'une personne n'a pas de lien direct avec son attraction sexuelle ou romantique. Une personne peut avoir une identité de genre spécifique tout en éprouvant des attractions variées, indépendamment de cette identité. Cette réalité permet de mieux comprendre la diversité des expériences humaines, au-delà des catégories traditionnelles de genre et d'orientation. Il est aussi possible pour une personne d'avoir plusieurs types d'attractions sexuelles et romantiques. Une personne peut être attirée sexuellement par les hommes et les femmes, mais romantiquement seulement par les femmes. Donc, elle pourrait être en relation affective et romantique avec les femmes seulement, mais attirée sexuellement par les hommes et les femmes. Il existe différentes formes d'attraction sexuelle et romantique, et il est important de noter qu'une relation de couple n'est

pas nécessairement un reflet de ces attractions (Clark et Zimmerman, 2022).

Dans un cadre non médical, il n'est généralement pas nécessaire de connaître ou de comprendre les attractions sexuelles et romantiques des personnes que vous côtoyez, sauf si une relation intime est envisagée. En revanche, dans un contexte clinique, ces informations peuvent se révéler pertinentes. Il est essentiel de ne pas présumer de l'orientation sexuelle, des pratiques sexuelles ou des attractions des patients. Une compréhension des pratiques sexuelles est cruciale pour évaluer les risques d'ITSS et établir un plan de santé sexuelle sécuritaire adapté. Par ailleurs, pour choisir une méthode de contraception appropriée, il est nécessaire de savoir qui compose le couple ou les partenaires (par exemple, deux lesbiennes; un homme trans et une femme cisgenre; deux femmes trans, etc.). Ces discussions doivent se faire indépendamment de l'identité de genre des patients. Une des sources d'anxiété pour les personnes trans et non binaires lorsqu'elles consultent dans le milieu de la santé réside dans le fait qu'elles sont souvent présumées hétérosexuelles et doivent répondre à des questions inadaptées (Borgogna et al., 2019). Il est donc recommandé de poser des questions ouvertes qui ne supposent pas les pratiques sexuelles ou romantiques des individus ni la nature de leurs relations, telles que : « Avez-vous plusieurs partenaires? Avez-vous des pratiques sexuelles impliquant la pénétration? » et ainsi de suite.



## Rejoignez notre équipe



### Hôpitaux Shriners pour enfants Canada

Soins pédiatriques ultraspécialisés pour les enfants atteints de maladies orthopédiques et neuromusculaires : incluant la chirurgie de reconstruction et la réadaptation.

Étant un établissement privé conventionné, nous offrons les mêmes conditions que le secteur public:

**| Régime de retraite | assurance collective | 13 jours fériés | 9.6 jours de maladie  
| programme d'assistance aux employés | 4 semaines de vacances après un an  
| stationnement gratuit ou carte de transport en commun à tarif réduit.**

Les quarts de travail se déroulent selon des horaires flexibles durant les heures officielles, du lundi au vendredi et, avec une flexibilité entre collègues. Le tout dans un environnement compatissant, collaboratif et centré sur la famille.

***Nous changeons des vies grâce à des soins pédiatriques spécialisés innovants, à une recherche de classe mondiale et à une formation médicale exceptionnelle. Rejoignez-nous.***



**Hôpitaux  
Shriners  
pour enfants®  
Canada**

## LES RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES DE L'INFIRMIÈRE

Face à des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre, les infirmières doivent agir en respect de leurs obligations professionnelles et déontologiques. Elles doivent également respecter les normes et directives

émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2023) de même que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (**Encadré 1**), lesquelles touchent concrètement la pratique infirmière de plusieurs façons quand il s'agit de la patientèle issue de la diversité sexuelle et de genre.

### Encadré 1 OBLIGATIONS CIVILES, PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES

#### Charte québécoise des droits et libertés

Depuis 2016, l'article 10 prend en compte l'identité de genre et l'expression de genre, ce qui signifie que le refus intentionnel ou persistant du respect de l'identité ou de l'expression de genre ou de mettre en place des mesures pour le bon développement des personnes, peut être considéré comme une forme de harcèlement ou de discrimination au sens de la loi.

#### Code de déontologie des infirmières et infirmiers

**Art. 2 :** L'infirmière ou l'infirmier ne peut refuser de fournir des services professionnels à une personne en raison de la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge, la religion, les convictions politiques, la langue, l'ascendance ethnique ou nationale, l'origine ou la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

L'infirmière ou l'infirmier peut cependant, dans l'intérêt du client, le référer à une autre infirmière ou un autre infirmier.

**Art. 3 :** L'infirmière ou l'infirmier ne peut poser un acte ou avoir un comportement qui va à l'encontre de ce qui est généralement admis dans l'exercice de la profession ou qui est susceptible de dévaloriser l'image de la profession.

**Art. 3.1 :** L'infirmière ou l'infirmier doit prendre les moyens nécessaires pour assurer le respect de la dignité, de la liberté et de l'intégrité du client.

**Art. 18 :** L'infirmière ou l'infirmier doit exercer sa profession selon les normes de pratique et les principes scientifiques généralement reconnus. À cette fin, il doit assurer la mise à jour et le développement de ses compétences professionnelles.

**Art. 28 :** L'infirmière ou l'infirmier doit chercher à établir et maintenir une relation de confiance avec son client.

**Art. 29 :** L'infirmière ou l'infirmier doit agir avec respect envers le client, son conjoint, sa famille et les personnes significatives pour le client.

#### Norme de documentation

**Principe 1 :** L'infirmière doit consigner les éléments de sa démarche clinique, y compris un plan thérapeutique infirmier lorsque requis, et toutes autres informations pertinentes selon l'état de santé du client.

**Principe 2 :** L'infirmière doit consigner de l'information de manière à assurer la continuité des soins et des traitements.

#### Lignes directrices – Santé et bien-être des personnes de la diversité sexuelle et de la pluralité de genre (MSSS)

**Ligne directrice 1 :** Favoriser un accueil, des milieux et des services inclusifs et sécuritaires.

##### Engagement pratique 1.1 :

Mettre en place des conditions favorisant l'inclusion.

Favoriser le respect par le personnel des changements du nom, du prénom et des préférences de pronoms des personnes trans et non binaires, et ce, même s'ils sont différents de ceux inscrits sur certains documents officiels<sup>1</sup>.

1. Le personnel n'est pas soustrait aux obligations liées à l'identification d'une personne (ex. : demander des documents officiels si requis, etc.). Néanmoins, il doit démontrer de la bienveillance et respecter les préférences de la personne (ex. : l'appeler dans la salle d'attente par ses pronom et prénom choisis, etc.).

#### Identité de la personne et collecte de données

Au sens de la plupart des politiques organisationnelles et en cohérence avec ses responsabilités professionnelles en matière de consentement, l'infirmière se doit de vérifier l'identité de la personne avant de lui dispenser un service ou un soin à l'aide de deux identifiants uniques, parmi les suivants : nom au complet (nom et prénom légaux), date de naissance, numéro de dossier ou numéro de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Cependant, des éléments d'information supplémentaire sur l'identité de la personne pourraient aussi être ajoutés à la collecte de données et consignés clairement au dossier de la personne : nom et prénom choisis (s'ils diffèrent des nom et prénom légaux), sexe assigné à

la naissance, identité de genre (si elle diffère du sexe assigné à la naissance) et marqueur de genre sur la carte de la RAMQ. Il est ensuite primordial d'informer l'équipe en place afin d'éviter que la personne soit mégenrée ou que son statut de personne trans soit révélé sans son consentement préalable.

Si les infirmières doivent consigner une note au dossier de la personne, il est attendu que ce soit fait en cohérence avec les principes de documentation issus de la norme de pratique infirmière. Elles doivent donc « consigner les éléments de la démarche clinique, y compris un plan thérapeutique infirmier lorsque requis et toutes autres informations pertinentes selon l'état de santé du client » (principe 1) et « consigner l'information de manière à assurer la continuité des soins et des

traitements » (principe 2). De plus, comme les personnes soignantes doivent se soumettre à des responsabilités déontologiques visant le respect de la dignité de la personne (*Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, articles 3.1, 28 et 29), cela doit se refléter dans les notes au dossier qui doivent être rédigées selon l'identité de genre choisie par la personne. Les discussions en équipe de soins sur la patientèle doivent également se faire avec les noms d'usage et les bons pronoms. Lors de la collecte de données, il importe donc de poser des questions complètes et claires, comme « Quel est votre nom légal? Est-ce que vous avez un nom d'usage différent de votre nom légal? Est-ce que vous voulez préciser les pronoms que vous utilisez? Si votre identité de genre diffère de celle qui est indiquée dans votre statut légal, est-ce que vous voulez qu'elle soit inscrite au dossier? ».

Le **Tableau 2** résume l'ensemble des pratiques à éviter et à privilégier lors de vos interventions avec des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre, en vue de créer un espace sécuritaire et inclusif.

### Cas clinique (suite)

Le couple se présente pour discuter des modes de contraception possibles. Vous effectuez donc votre collecte de données en leur demandant leur genre, leur âge et leur nom légal. Sophie vous dit qu'elle a aussi un nom d'usage qui diffère de son nom légal, information que vous consignez au dossier. Vous poursuivez votre collecte de données et votre évaluation clinique, et vous expliquez les raisons de vos questions. Vous faites le choix ensemble du mode de contraception approprié.

**Tableau 2**  
**PRATIQUES À ÉVITER ET À PRIVILÉGIER**

PRATIQUES À ÉVITER	PRATIQUES À PRIVILÉGIER
<ul style="list-style-type: none"> <li>Déduire le pronom de la personne en fonction de son expression de genre.</li> <li>Dire monsieur ou madame lors de l'appel de la personne pour la consultation.</li> <li>Utiliser le nom légal sans vérifier au dossier avant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier le dossier de vos patients avant de les rencontrer afin de valider le nom d'usage et le ou les pronoms. Au besoin, questionnez vos collègues.</li> <li>Se présenter en mentionnant votre ou vos pronoms afin d'offrir un espace à votre patientèle pour donner son ou ses pronoms si besoin est.</li> <li>Ne pas déduire de l'identité de genre de vos patientèles et éviter l'utilisation de monsieur ou madame dans vos interactions.</li> <li>Respecter ensuite les pronoms et les noms d'usage tout au long de la consultation. Si vous vous trompez, excusez-vous brièvement et continuez la consultation.</li> <li>Rédiger, après le rendez-vous, les notes en respectant l'identité de genre, les pronoms et le nom d'usage de votre patientèle.</li> <li>S'assurer que les informations sont évidentes au dossier et que l'équipe soignante est au courant des pronoms et noms d'usage de ces patientèles.</li> <li>Utiliser les pronoms et noms d'usage de la patientèle lors de discussions avec des collègues.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Appeler la personne dans la salle d'attente avec son nom légal et utiliser monsieur ou madame sans vérifier au dossier.</li> <li>Vérifier l'identité légale de la personne à haute voix dans une salle où se trouvent d'autres personnes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier, avant de faire l'appel dans la salle d'attente, s'il y a des informations au dossier concernant le nom d'usage et les pronoms.</li> <li>Sensibiliser le personnel administratif de gynécologie sur le nom d'usage et les pronoms de la personne pour qu'elle puisse se faire appeler de la bonne façon lorsqu'elle sera dans la salle d'attente.</li> <li>Appeler, s'il n'y a pas de spécifications, les personnes par l'heure de rendez-vous et ou le médecin traitant (à moins ce que ne soit un numéro, ce qui facilite grandement le processus). Exemple : « La personne ayant rendez-vous à 8 h 30 avec D<sup>r</sup> Tremblay est appelée à la salle 4. »</li> <li>Se présenter, une fois en consultation, avec ses pronoms et valider les informations au dossier en posant des questions claires et complètes. Inscire correctement les informations au dossier de façon claire.</li> <li>Vérifier discrètement l'identité légale d'une personne qui n'a pas fait de transition légale. Si la personne est hospitalisée, lire son bracelet pour valider son nom légal en évitant de le lui faire dire à haute voix devant d'autres personnes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Poser des questions sur les interventions chirurgicales ou l'hormonothérapie de la personne quand cela n'est pas l'objet de la consultation.</li> <li>Demander à la personne si elle a eu « l'opération » ou si elle s'est déjà fait opérer « en bas ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Préciser pourquoi vous avez besoin d'informations concernant les transitions médicales en posant la question à la patientèle.</li> </ul>

**Tableau 2**  
**PRATIQUES À ÉVITER ET À PRIVILÉGIER (suite)**

PRATIQUES À ÉVITER	PRATIQUES À PRIVILÉGIER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander à une personne qui présente une expression de genre féminine si elle utilise un moyen de contraception pour éviter des grossesses.</li> <li>• Demander à une personne de genre féminin si elle a un conjoint ou demander à une personne de genre masculin s'il a une conjointe.</li> <li>• Présumer que les deux personnes avec un bébé sont le papa et la maman.</li> <li>• Tenir pour acquis que les patients qui appartiennent à la diversité sexuelle ne veulent pas d'enfants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poser des questions ouvertes aux patients en tout temps quand vous voulez valider leur situation romantique ou parentale, comme :             <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Avez-vous un ou une partenaire? »</li> <li>• « Quel est le nom de vos parents? »</li> <li>• « Quel est votre lien avec l'enfant? »</li> </ul> </li> <li>• Ne pas tenir pour acquis les organes génitaux ni les pratiques sexuelles et romantiques de votre patientèle. Commencez par une question comme :             <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Comment puis-je vous aider aujourd'hui? » Les personnes risquent alors d'être claires sur leurs besoins, leurs pratiques et leurs organes génitaux dans un contexte de suivi en santé sexuelle.</li> </ul> </li> <li>• Ne pas tenir pour acquis que les personnes ne veulent pas d'enfants.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser automatiquement le terme vulve, vagin et seins pour parler des organes intimes d'une personne transmasculine.</li> <li>• Utiliser automatiquement le terme pénis et testicules pour parler des organes génitaux d'une personne transféminine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être attentif au vocabulaire utilisé pour parler des parties intimes de la patientèle.</li> <li>• Valider avec votre patientèle les termes à privilégier et le noter au dossier.</li> <li>• Aviser vos collègues de ces informations afin d'éviter les sentiments dysphoriques de votre patientèle.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter de s'adresser à un patient parce que vous n'êtes pas à l'aise avec le ou les pronoms utilisés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mentionner en toute humilité à la personne que vous soignez si vous n'êtes pas à l'aise avec l'utilisation de certains pronoms et accords. Exemple : « Vos pronoms ne me sont pas familiers et je crains de faire des erreurs, mais je veux m'améliorer. Merci de me corriger si je me trompe. » Cette précision permet de créer une relation sécuritaire avec la personne et lui indique que si vous vous trompez, ce n'est pas parce que vous voulez la mégenrer.</li> <li>• En vue de favoriser un climat sécuritaire pour la patientèle, il est recommandé de se présenter en mentionnant ses pronoms, comme : « Bonjour, je m'appelle Julie, j'utilise le pronom elle et je serai votre infirmière aujourd'hui ». Cette pratique témoigne d'une sensibilité à la diversité de genre et crée un espace propice pour que la personne puisse indiquer ses pronoms si elle le souhaite (American Psychological Association, 2015; Bourns, 2019).</li> </ul>

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

# Fais du CISSS de la Gaspésie TA DESTINATION!

[www.ciass-gaspesie.gouv.qc.ca/ma-carriere](http://www.ciass-gaspesie.gouv.qc.ca/ma-carriere)

Visite notre site Web et découvre tous les avantages dont tu pourrais bénéficier!  
Crédit d'impôt pour nouveaux diplômés • Séjour exploratoire • Conditions avantageuses

## Cas clinique (suite et fin)

Vous terminez l'entretien en dirigeant une des personnes vers une infirmière praticienne spécialisée (IPS) pour un suivi et l'installation d'un stérilet. Vous déposez le dossier à l'attention de l'IPS et vous vous assurez de la continuité de soins. Vous prenez quelques minutes pour réfléchir aux éléments d'information qui devraient être transmis à votre collègue en vue de la prochaine visite.

Vous vous assurez que les informations sur les pronoms, le nom d'usage et l'identité de genre sont clairement indiquées au dossier.

Vous questionnez la personne sur les termes qu'elle préfère pour parler de ses parties génitales et consignez clairement l'information au dossier.



### COALITION DES FAMILLES LGBT+

En vue de sensibiliser vos collègues et votre clientèle sur les bonnes pratiques à adopter ou encore à appliquer dans vos milieux de soins, consultez les ressources de la Coalition des familles LGBT dans l'onglet « formations et outils » à l'adresse : [www.familleslgbt.org/ressources](http://www.familleslgbt.org/ressources).

En tout temps, il est recommandé de respecter les politiques de langage inclusif de vos établissements. Si une telle politique n'existe pas, la Coalition offre un service de consultation afin de vous accompagner dans le développement de ce genre de politique.

### INTERLIGNE

L'organisme Interligne offre des services d'écoute, d'intervention et de sensibilisation auprès des personnes concernées par la diversité sexuelle et de genre. Pour en savoir plus, consultez [www.interligne.co](http://www.interligne.co) ou composez le 1 888 505-1010.



# Toujours là pour les INFIRMIÈRES et les INFIRMIERS



EN SANTÉ ET  
SERVICES SOCIAUX

## EN CONCLUSION

Il est important de reconnaître que le monde de la santé demeure un lieu souvent perçu comme insécurisant par les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre. Plusieurs études révèlent que les personnes trans, notamment, tardent à consulter ou reçoivent parfois un traitement inéquitable comparativement aux personnes cisgenres (Schein et al., 2021). Cette réalité met en lumière l'importance pour les infirmières d'adopter une posture sécurisante et d'instaurer des mesures respectueuses de la dignité des personnes LGBTQ+, en conformité avec les lois et normes encadrant leur pratique (RNAO, 2022).

Les infirmières ont le pouvoir d'agir concrètement en ce sens, et ce, par le truchement d'une démarche proactive : s'informer pour assurer une pratique exempte de discrimination, sensibiliser ses collègues sur l'importance d'une approche inclusive, s'engager activement pour que le milieu de la santé devienne un espace véritablement sécuritaire et inclusif pour toutes les personnes (Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie, 2023), ou encore veiller à ce que les formulaires et outils des milieux soient exempts de biais hétéronormatifs ou cisnormatifs. De petits gestes, tels que l'affichage du drapeau de la fierté ou la mise à disposition de fascicules provenant d'organismes LGBTQ+ locaux, peuvent contribuer à rendre l'environnement plus accueillant. De plus, les infirmières peuvent solliciter des formations sur la diversité sexuelle et la pluralité de genre, en plus de participer activement à la mise à jour des documents administratifs et des pratiques linguistiques de votre milieu (MSSS, 2023). Ces gestes contribuent ainsi à bâtir un système de santé où chacun reçoit des soins empreints de dignité, de respect et d'équité. •



## COUP D'ŒIL SUR LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

Activités réservées prédominantes en lien avec cet article

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique

### Cadre réglementaire

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

### Balises déontologiques

- *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 8 et 45.

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



Faites partie d'une association professionnelle  
... même à la retraite!

Transformez vos assurances collectives et/ou vie  
Défense de vos droits et intérêts  
Bénéficiez de tarifs préférentiels avantageux  
Demeurez informé(e)s  
et bien plus avec le RIIRS!

418 626-0861 1 800 639-9519  
info@riirs.org www.riirs.org



## L'AUTEURE

### ÉLIANE CHAPUT

M. A. (sociologie), Ph. D. (c)

Professeure de sociologie au Cégep de Lanaudière

Formatrice et consultante pour la Coalition des familles LGBTQ+

Candidate au doctorat en sociologie de la santé, concentration études féministes, Université de Québec à Montréal



### QUESTIONNAIRE EN LIGNE

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

## REMERCIEMENTS

L'auteure remercie particulièrement la Coalition des familles LGBTQ+ pour leur soutien et son expertise dans l'élaboration de cet article.

## BIBLIOGRAPHIE

- Allan, S. et Lopez, Q. (2024). «A guide to practicing gender-neutral pronouns, for well-meaning cis friends and family». New York: Them. Repéré à Practicing Gender-Neutral Pronouns, A Guide For Well-Meaning Cis Friends and Family | Them
- American Psychological Association (APA). (2015). «Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people». *American Psychologist*, 70(9), 832-864.
- Beaugerard, A. (2013). «Étude critique du concept d'identité sexuelle: science, société et queer» [Dissertation doctorale]. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Borgogna, N.C., McDermott, R.C., Aita, S.L. et Kridel, M.M. (2019). «Anxiety and depression across gender and sexual minorities: Implications for transgender, gender nonconforming, pansexual, demisexual, asexual, queer, and questioning individuals». *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(1), 54-63.
- Bourns, A. (2019). «Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients». Toronto, ON: Sherbourne Health.
- Boyd, D. et Bee, H. (2017). «Les âges de la vie» (5<sup>e</sup> éd.). Montréal: ERPI.
- Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie (2023). «Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie et la transphobie, 2023-2028». Québec: Secrétariat à la Condition féminine. Repéré à <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/gouv/homophobie-transphobie/PL-plan-action-homophobie-transphobie-2023-2028-BLCHT.pdf>
- Butler, J. et Trouble, G. (1990). «Feminism and the subversion of identity». *Gender Trouble*, 3(1), 3-17.

Centre de chirurgie spécialisé dans les soins d'affirmation de genre, Montréal.  
Repéré à <https://www.grsmontreal.com>

Clark, A. N. et Zimmerman, C. (2022). «Concordance between romantic orientations and sexual attitudes: Comparing allosexual and asexual adults». *Archives of Sexual Behavior*, 51(4), 2147-2157.

Coleman, T., Bauer, G., Scanlon, K., Travers, R., Kaay, M. et Francino, M. (2011). «Challenging the binary: Gender characteristics of trans Ontarians». *Trans PULSE e-Bulletin*, 2(2), 1-3.

Coleman, E., Radix, A.E., Bouman, W.P., Brown, G.R. de Vries, A.L.C., ... Arcelus, J. (2022). «Standards of care for the health of transgender and gender diverse people – version 8». *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259.

Commission des droits de la personne et de la jeunesse. «Identité ou expression de genre». Montréal. Repéré à <https://www.cdpdj.qc.ca/fr/vos-obligations/motifs-interdits/identite-ou-expression-de-genre>

Cotton, J.C., Le Corff, Y., Martin-Storey, A., Michaud, A. et Beauchesne Lévesque, S.G. (2021). «Parcours de transition et bien-être psychosocial des personnes trans, non-binaires ou en questionnement identitaire de genre – Premier volet des résultats d'une enquête québécoise». Sherbrooke: Centre d'études et de recherches sur les transitions et l'apprentissage (CÉRTA). Repéré à <http://erta.ca/fr/publications>

Crooks, R.L. et Baur, K. (2017). «Nos sexualités» (3<sup>e</sup> éd.). Montréal: Modulo.

Descarries, F. et Mathieu, M. (2010). «Entre le rose et le bleu: stéréotypes sexuels et construction sociale du féminin et du masculin» [Étude]. Québec: Conseil du statut de la femme.

Deutsch, M.B. (éd.). (2016). «Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people». San Francisco: University of California.

Drouin, M.P. (2022). «Des mots pour exister». Montréal: Coalition des familles LGBT.

Dubrule, M., Gaugue, J. et Denis, J. (2022). «Stéréotypes de genre et construction de l'identité sexuée des femmes. Influences de la lecture d'œuvres littéraires». *Cahiers de psychologie clinique*, 59(2), 303-336.

Fausto-Sterling, A. (2000). «Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality». Basic Books.

Greenbaum, M. (2020). «Questionnaire sur le climat institutionnel vis-à-vis de l'homoparentalité, de la transparentalité, de l'homophobie et de la transphobie». Montréal: Coalition des familles LGBT+. Repéré à [https://familieslgbt.org/wp-content/uploads/2022/03/Questionnaire\\_climat\\_institutionnel.pdf](https://familieslgbt.org/wp-content/uploads/2022/03/Questionnaire_climat_institutionnel.pdf)

Groupe d'action trans de l'Université de Sherbrooke (GATUS). (2019). «Guide de transition légale du GATUS». Sherbrooke: Université de Sherbrooke – Coalition des familles LGBT. Repéré à <https://familieslgbt.org/ressource/guide-de-transition-legale-par-gatus/>

Institut pour la santé trans regroupe experts et formations un peu partout dans le monde. Repéré à <https://santetranshealth.com>

James, S., Herman, J., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. et Anafi, M.A. (2016). «The report of the 2015 US transgender survey». Cambridge, MA: Harvard University–National Center for Transgender Equality [NCTE].

Jurek, L., Souiller, L. et Medjkane, F. (2022). «L'identité de genre, entre faits naturels et faits construits, une approche intégrative et développementale». *médecine/sciences*, 38(10), 808-815.

Klein, F. (2014). «The bisexual option». Abingdon-on-Thames, UK: Routledge, Taylor & Francis Group.

Langis, P. et Germain, B. (2015). «La sexualité humaine» (2<sup>e</sup> éd.). Montréal: ERPI.

Lund, E.M. et Burgess, C.M. (2021). «Sexual and gender minority health care disparities: barriers to care and strategies to bridge the gap». *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 48(2), 179-189.

Makadon, H.J. et Potter, J. (éds.). (2008). «The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health». Minneapolis, MN: ACP Press.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023). «Lignes directrices sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et des genres». Québec: MSSS.

Olson, K.R., Durwood, L., DeMeules, M. et McLaughlin, K.A. (2016). «Mental health of transgender children who are supported in their identities». *Pediatrics*, 137(3).

Paoletti, J.B. (2012). «Pink and blue: Telling the boys from the girls in America». Bloomington, IN: Indiana University Press.

Papalia, D.E. et Martorell, G. (2018). «Psychologie du développement de l'enfant» (9<sup>e</sup> éd.). Montréal: Chenelière Éducation.

Parenteau, E. (2016). «Les interactions sociales des personnes trans dans leur milieu de travail: une analyse qualitative exploratoire» [Mémoire]. Montréal: Université du Québec à Montréal.

Picard, H. et Jutant, S. (2022). «Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans». Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé.

«Pour moi la famille» [Balado]. Repéré à <https://familieslgbt.org/balado-pour-moi-la-famille/>

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2022). «Ligne directrice sur les pratiques exemplaires – Promouvoir l'équité dans l'accès aux soins». Toronto, ON: RNAO. Repéré à <https://coilink.org/20.500.12592/n9gb18>

Rouyer, V., Mieyaa, Y. et Le Blanc, A. (2014). «Socialisation de genre et construction des identités sexuées – Contextes sociétal et scientifique, acquis de la recherche et implications pratiques». *Revue française de pédagogie*, 187, 97-137.

Saintôt, B. (2019). «Qu'est-ce que le genre? – Petit précis d'une notion large». *Revue Projet*, (1), 13-20.

Salas-Humara, C., Sequeira, G.M., Rossi, W. et Priya Dhar, C. (2019). «Gender affirming medical care of transgender youth». *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(9). Repéré à <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1538544219301245>

Scheim, A.I., Coleman, T., Lachowsky, N. et Bauer, G.R. (2021). «Health care access among transgender and nonbinary people in Canada, 2019: a cross-sectional survey». *Canadian Medical Association Journal Open*, 9(4), E1213-E1222.

Sondage Ipsos. (2023). «Enquête LGBT+ Pride 2023 globale». Paris: Ipsos.

TransYouthCan. (2020). «Who are the people served by Canadian trans youth clinics? – Characteristics of trans and non-binary youth under age 16 in clinical care». Repéré à [https://transyouthcan.ca/wp-content/uploads/2020/12/Trans-Youth-CAN-trans-youth\\_ENG-online-final.pdf](https://transyouthcan.ca/wp-content/uploads/2020/12/Trans-Youth-CAN-trans-youth_ENG-online-final.pdf)

Weinstein, J.N., Geller, A., Negussie, Y. et Baciu, A. (2017). «The state of health disparities in the United States». Dans A. Baciu, Y. Negussie, A. Geller et J.N. Weinstein (dir.), *Communities in action: Pathways to health equity*. Washington, DC: National Academies Press.

World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2012). «Standard of care for the health of transgender and gender diverse people». Marbella, Espagne: WPATH. Repéré à <https://www.wpath.org>

Youssef, S. (2021). «Célébrer les identités Two-Spirit – Ressources Two-Spirit en ligne pour les associations 2SLGBTQIA+». Baie-des-Chaleurs, QC: Projet LGBT+. Repéré à <https://lgbt-bdc.net/wp-content/uploads/2021/08/Ce%CC%81le%CC%81brer-les-identite%CC%81s-Two-Spirit.pdf>



formation  
continue



## Lisez l'article

**La pratique infirmière  
auprès des personnes  
issues de la diversité  
sexuelle et de genre**

**2-ACFA par article**

**Répondez au questionnaire  
pour valider vos acquis  
et cumulez des heures  
de formation continue.**

**Visitez  
[oiiq.org/formation](https://oiiq.org/formation)**

## RREGOP, le régime de retraite du secteur public

Le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) est un régime à prestations déterminées: vous recevrez des prestations garanties (à l'abri des fluctuations des marchés boursiers) tout au long de votre retraite. La participation au régime est obligatoire pour tous les travailleurs qui y sont assujettis de la fonction publique du Québec, des réseaux de l'éducation, de la santé et des services sociaux, et les prestations sont reçues dès le lendemain du dernier jour de travail.

La rente du RREGOP est indexée, mais cotiser à des comptes enregistrés en plus pourrait vous permettre d'optimiser votre épargne et vos avantages fiscaux: le REER permet d'économiser de l'impôt (en cotisant au RREGOP, vous réduisez toutefois le maximum des cotisations annuelles possibles dans un REER). Le CELI contribue à plus de liquidités à la retraite, et les montants retirés (rendements inclus) sont non imposables. Le CELIAPP permet des déductions d'impôt. Enfin, les cotisations au REEE sont bonifiées par les subventions et incitatifs gouvernementaux.

Le RREGOP et le RRQ sont des régimes complémentaires et coordonnés: votre rente du RREGOP diminue donc le mois suivant celui où vous réclamez votre RRQ, et ce, seulement à partir de 65 ans (âge auquel vous pouvez aussi réclamer le RRQ sans réduction). Pour être admissible à une rente sans réduction, vous devez satisfaire au moins une de ces trois conditions: avoir au moins 61 ans, au moins 35 années de service reconnues, ou avoir atteint le «facteur 90» (votre âge additionné à vos années de service reconnues équivalant à 90 ou plus et avoir au moins 60 ans).

Sinon, une réduction de 0,5% (2024) par mois d'anticipation (6% par année) sera appliquée de façon permanente sur le montant de votre rente de base parce que vous recevrez votre rente plus longtemps que si vous aviez attendu de passer le cap des 61 ans ou des 35 années de service. La valeur de votre rente du RREGOP est déterminée en fonction du salaire admissible moyen des cinq années de service durant lesquelles votre salaire est le plus élevé:

Années de service reconnues pour le calcul de la rente (maximum de 40 ans)	X	Taux d'accumulation de la rente (2% en 2024)	X	Moyenne du salaire annuel admissible des 5 années de service les mieux rémunérées	=	Rente annuelle de base
--	---	--	---	---	---	------------------------

Les années de service reconnues sont les années de travail durant lesquelles vous avez participé au régime de retraite, occupé un emploi à temps plein pendant toute l'année et eu aucune absence sans salaire non reconnue par votre régime de retraite.

Les impôts fédéral et provincial sont directement déduits de votre rente du RREGOP, de manière à refléter vos crédits d'impôt personnels. Dès que vous commencez à recevoir votre rente du RREGOP, celle-ci est indexée le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Votre employeur cotise aussi à votre régime de retraite pour vous assurer une pleine rente tout au long de votre retraite. Vous trouverez tous les montants et pourcentages à jour concernant le RREGOP sur le site de Retraite Québec. Contactez votre conseillère ou les spécialistes Banque Nationale pour en discuter.

Découvrez l'offre de la Banque Nationale pour les infirmières et infirmiers à [bnc.ca/infirmier](https://bnc.ca/infirmier).

Découvrez aussi l'offre pour les étudiants immatriculés en visitant le [bnc.ca/etudiant-infirmier](https://bnc.ca/etudiant-infirmier).



**Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec**

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



Watchiya · Bonjour

# Bienvenue chez nous Infirmier(ère)



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



EEYOU  
ISTCHEE  
Région 18

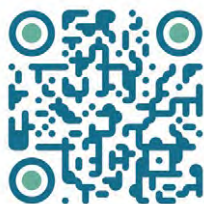
## Emplois disponibles et avantages

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

\*Centre Miyupimâtisiun (santé) Communautaire

## Profil recherché

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



Pour consulter toutes nos offres d'emplois, visitez notre site Web:

[creehealth.org/fr/  
carrieres/job-opportunities](http://creehealth.org/fr/carrieres/job-opportunities)

Pour toutes questions ou demandes d'informations:

[jobs.reg18@ssss.gouv.qc.ca](mailto:jobs.reg18@ssss.gouv.qc.ca)  
(514) 861-5955 Ext: 74300

L'AR du GLP-1  
le plus



délivré au  
Canada<sup>2\*</sup>

Un AR du GLP-1 une fois par semaine<sup>1</sup>

Pr **OZEMPIC**<sup>®</sup>  
sémaglutide injection

En savoir plus sur Ozempic<sup>®</sup> :

- HbA<sub>1c</sub>
- Changement de poids
- Résultats sur l'innocuité cardiovasculaire

Ozempic<sup>®</sup> n'est pas indiqué pour la réduction du poids ou pour réduire l'incidence des événements CV (ECIM).



Visitez [ozempic.ca/fr](https://ozempic.ca/fr)<sup>†</sup>  
pour trouver des  
ressources et du soutien  
pour vos patients

Patiente fictive.

## Les Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada recommandent l'utilisation d'AR du GLP-1 comme option en traitement d'appoint à la metformine lorsque le taux d'HbA<sub>1c</sub> n'atteint pas les valeurs cibles<sup>3</sup>.

Ozempic<sup>®</sup> (sémaglutide injection), en une prise hebdomadaire, est indiqué dans le traitement des patients adultes atteints de diabète sucré de type 2 afin d'améliorer la maîtrise de la glycémie, en association avec la metformine, lorsque le régime alimentaire et l'exercice (en plus de la dose maximale tolérée de metformine) ne permettent pas de maîtriser adéquatement la glycémie<sup>1</sup>.

Consultez la monographie d'Ozempic<sup>®</sup> au [OzempicPM-F.ca](https://OzempicPM-F.ca) pour obtenir de plus amples renseignements sur les contre-indications, les mises en garde et précautions, les conditions d'usage clinique, les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques, qui n'ont pas été mentionnés dans ce document.

Vous pouvez aussi obtenir la monographie de produit en composant le 1-800-465-4334.

**Références :** **1.** Monographie d'Ozempic<sup>®</sup> (sémaglutide injection). Novo Nordisk Canada Inc., 29 janvier 2025. **2.** IQVIA. Moniteur géographique de la prescription (AVR-OCT 2024). **3.** Lipscombe L, *et al.* Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Prise en charge pharmacologique de la glycémie du DT2 chez les adultes : Mise à jour de 2020. *Can J Diabetes* 2020;40:575-91.

AR du GLP-1, agoniste du récepteur du glucagon-like peptide-1; CV, cardiovasculaire; ECIM, événement cardiovasculaire indésirable majeur; HbA<sub>1c</sub>, hémoglobine A glycosylée.

\* La signification clinique comparative est inconnue.

† [ozempic.ca/fr](https://ozempic.ca/fr) est ouvert au grand public.



© Novo Nordisk Canada Inc.  
Ozempic<sup>®</sup> et Apis Bull Design<sup>®</sup> sont des marques déposées de Novo Nordisk A/S  
utilisées sous licence par Novo Nordisk Canada Inc.  
Novo Nordisk Canada Inc., tél. : 905-629-4222 ou 1-800-465-4334. [caf.novonordisk.ca](https://caf.novonordisk.ca)

CA25OZM00014F

