

La Gérontoise

Volume 25, numéro 2 - Automne 2014

Les problèmes de santé
chroniques : prévention
et soins complexes

AQiiG  30 ANS

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gérontologie

La Gérotoise
Automne 2014, vol. 25, no. 2

AQIIG

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

Présidente de l'AQIIG
Francine Lincourt Éthier

Rédaction

Directrice et rédactrice en chef
Linda Thibeault

Conseillère clinique
Johanne Senneville

Révisseuses linguistiques
Olivette Soucy
Huguette Bleau
Marie-Hélène Massé

Secrétaire
Ghislaine Carrière

Création graphique et mise en page
73DPI

Collaborateurs
Denis Cormier
Bineta Gueye
Francine Lincourt Éthier
Johanne Lussier
Bruno Pilote
Diane Saulnier
Olivette Soucy
Linda Thibeault

Production

impression
Quadriscan

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

Politique éditoriale

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

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

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

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

Politique publicitaire

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

Politique d'abonnement

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

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

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

4

Mot de la présidente

Francine Lincourt Éthier

6

Recherche

Une approche intégrée dans la prévention et la gestion des maladies chroniques auprès des personnes âgées

Bruno Pilote

30

Témoignage

Les proches aidants d'aînés: entre la générosité et risques d'épuisement.

Bineta Gueye

42

J'ai lu

Olivette Soucy

5

Éditorial

Linda Thibeault

15

Expériences cliniques

La guérison d'une brûlure de radiothérapie grave reconnue comme non guérissable.

Johanne Lussier

Pistes d'actions pour mieux tenir compte des réalités des personnes âgées lesbiennes, gaies, bisexuelles et transidentitaires (LGBT)

Denis Cormier

37

L'AQIIG fête ses 30 ans

Remise de l'Insigne de reconnaissance de l'AQIIG

En marge du souper conférence à Québec

Mot de la présidente



Chères collègues,

L'année 2014 marquant le 30^e anniversaire de l'Association se termine. Quelle année, riche en différentes activités démontrant le dynamisme « inépuisable » du groupe! Notre colloque de juin dernier fut un franc succès! Et ce, grâce à la collaboration de toutes les administratrices de votre CA, du comité scientifique, sous la présidence de Madame Line Beudet avec la coordonnatrice « hors pair » qu'est Madame Diane Saulnier, toutes deux membres de l'AQIIG et de notre secrétaire contractuelle, Madame Luce Brazeau. Je tiens d'ailleurs ici à remercier Madame Brazeau pour son travail remarquable à l'AQIIG durant plusieurs années ; nous lui souhaitons une bonne retraite bien méritée. Nous accueillons Madame Ghislaine Carrière, sa remplaçante. Bienvenue parmi nous! Et surtout, MERCI CHERS MEMBRES pour votre soutien constant; c'est grâce à vous que votre Association est plus vivante que jamais!

Au cours de cette année, plusieurs transformations ont été effectuées entre autres : un nouveau logo, une image plus moderne de votre Association sur le WEB, dans la présentation de la revue *La Gérotoise* et pour un système de gestion « en ligne ». Plusieurs d'entre vous avez vécu certains irritants avec ce dernier, soit pour les renouvellements d'adhésion, une nouvelle adhésion ou encore pour les inscriptions à nos activités. Nous en sommes désolées. Nous avons travaillé sans relâche tout au cours de l'été et de ces derniers mois pour régler tous ces « pépins » qui, semble-t-il, font partie de ce type de renouveau informatique. Soyez assurés que la vigilance est de mise pour que tout fonctionne bien!

Le 20 novembre dernier, accompagnée de deux administratrices, j'ai eu le plaisir de participer au souper conférence de Québec pour une troisième année consécutive. Madame Nancy Lachance, travailleuse sociale, présentait *Consentement et droit de refuser pour une personne âgée*. Par qui, quand et comment. La conférence se retrouve sur le site Web de l'AQIIG. Une soirée très réussie. Merci à nos collaborateurs de Québec. Vous avez fait un travail remarquable! Ainsi que nous l'avions fait au colloque du 6 juin dernier, nous avons profité de cette activité, pour offrir en tirage aux membres présents cinq bourses de 100 \$ pour de la formation en gérontogériatrie. Félicitations aux gagnants!

Je lance l'invitation aux membres d'autres régions. Si vous souhaitez organiser un souper conférence, c'est avec plaisir que nous vous accompagnerons et que nous vous soutiendrons dans ce projet. Je vous confirme déjà la date du souper conférence de Montréal qui aura lieu le 23 avril 2015. Surveillez la publicité!

Au plaisir de vous rencontrer!

Francine Lincourt Éthier
Présidente

Éditorial

Le Québec vieillit. Nous le constatons de plus en plus dans les milieux de soins et dans la population en général. Parmi le nombre croissant de personnes âgées, plusieurs demeureront en bonne santé. Cependant, certaines maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires ou les broncho-pneumopathies obstructives chroniques seront les causes principales de leur décès. C'est avec un regard porté sur les répercussions de ces maladies chroniques que monsieur Bruno Pilote présente un modèle d'intervention axé sur le suivi de personnes qui en sont atteintes. Il propose l'intégration de ce modèle dans la pratique des soins infirmiers en se concentrant particulièrement sur la prévention et la gestion de l'hypertension.

Toujours en se préoccupant des conséquences d'une atteinte chronique, l'article de madame Johanne Lussier porte précisément sur les soins de longue haleine qu'exige une brûlure de radiothérapie, tout comme la plaie qui en résulte. Souvent perçue comme non guérissable, madame Lussier relate les efforts exceptionnels d'une équipe dévouée pour réduire la douleur et soigner cette plaie.

En ayant un regard sur les personnes âgées, l'article de monsieur Denis Cormier suggère, après un historique fort intéressant, de multiples pistes visant à intégrer adéquatement les réalités des personnes âgées lesbiennes, gaies, bisexuelles et transidentitaires. Décrivant les services offerts par la Fondation Émergence, il expose tout particulièrement le programme *Pour que vieillir soit gai*, une vision très instructive et touchante portant sur cette clientèle souffrant encore de préjugés.

Le quatrième et dernier article, de Madame Bineta Gueye, décrit le soutien offert aux proches aidants, ces intervenants sur la ligne de front, qui vivent quotidiennement avec les difficultés engendrées par les maladies chroniques, qu'elles soient physiques ou cognitives. Suite à la consultation publique portant sur les conditions de vie des personnes âgées, le gouvernement québécois a débloqué des fonds pour le soutien aux proches aidants, et pour répondre à leurs préoccupations. En novembre 2009, l'*Appui pour les proches aidants* (l'Appui national) et des *Appuis régionaux*, ont été mis en place pour agir précocement auprès des proches aidants. Ils permettent de bonifier et d'assurer une continuité des services de proximité et ce, quant aux services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux.

Ce numéro de *La Gérontoise* permet de faire un retour imagé sur les 30 ans de l'AQIIG, soulignés lors du colloque de juin 2014.

Enfin, le *J'ai lu* est en continuité avec les sujets de ce numéro. Il présente le tout dernier livre de monsieur Mario Paquet intitulé, *Prendre soin à domicile... une question de liens entre humains* disponible aux Presses de l'Université Laval. Ce livre rapporte les effets de la proximité des soins sur la santé et le bien-être des malades, de leur famille et des intervenants en soutien à domicile.

Cette année a été le théâtre de beaucoup de changements pour la revue, tant dans l'édition qu'au niveau du secrétariat. Pour diverses raisons, ce numéro paraît avec un certain retard. Nous nous en excusons. Nous espérons que tout sera rétabli pour notre prochaine édition du printemps 2015.

Bonne lecture !

Linda Thibeault

Administratrice et éditrice de *La Gérontoise*.

Une approche intégrée dans la prévention et la gestion des maladies chroniques auprès des personnes âgées

Bruno Pilote,
Inf. M. Sc., Étudiant au doctorat en sciences infirmières
de l'Université Laval à Québec

Cet article présente un modèle d'intervention axé sur le suivi de personnes atteintes de maladies chroniques ainsi que sur son intégration dans la pratique des soins infirmiers. Dans un premier temps, il décrit la réalité actuelle concernant le vieillissement de la population, incluant celle des Canadiens et des Québécois. Un parallèle entre le vieillissement des populations et l'accroissement du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques est effectué et le portrait global de l'une des maladies chroniques les plus prépondérantes au monde, soit l'hypertension artérielle (HTA) est fourni. Parallèlement au rôle des infirmières dans l'accompagnement et le soutien des personnes âgées, cet article présente le modèle d'intervention auprès de personnes atteintes de maladies chroniques « expanded chronic care model ».

Le vieillissement de la population

Des informations relatives au vieillissement de la population sont actuellement disponibles dans les bases de données de Santé Canada ainsi que dans celles de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Ces données intéressent certains aspects particuliers du vieillissement au Canada. Elles proviennent d'échantillons très larges de la population canadienne incluant la population québécoise. Étant donné que ces enquêtes s'intéressent entre autres au vieillissement de la population et que la présente étude concerne les personnes âgées, il apparaît pertinent de tracer le portrait actuel du vieillissement de la population canadienne, en spécifiant celui de la population québécoise de plus de 65 ans.

Cette section expose clairement le problème du vieillissement au Canada et au Québec. Elle présente, entre autres, les données issues des

rapports rédigés par Statistique Canada ainsi que ceux réalisés par l'ISQ. Ces rapports exposent les données obtenues dans le cadre de recensements. Ils déclinent les résultats obtenus par province et par territoire du Canada, incluant chacune des régions du Québec. Il est intéressant de porter une attention particulière à certaines données concernant les personnes âgées de plus de 65 ans. Finalement, cette section compare les chiffres concernant le vieillissement de la population avec ceux obtenus pour d'autres pays industrialisés. Elle se terminera par une courte conclusion partielle traitant de la problématique du vieillissement au Québec et au Canada.

Le phénomène du vieillissement au Canada

Selon le plus récent recensement effectué au Canada, celui de 2011, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans est en augmentation (Statistique Canada, 2012). Cette portion de la population représentait 14,8 % de l'ensemble de la population canadienne. Tangiblement, il s'agit de près de 5 millions de canadiens dont l'âge dépassait 65 ans en 2011. Une tendance à la hausse comparativement aux données obtenues lors du même exercice effectué en 2006. Tel que présenté dans la figure 1 et 2, la proportion et le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans ne cessera de croître. En effet, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans a augmenté de 14,1 % entre 2006 et 2011 (Statistique Canada, 2012). Cette progression du nombre de personnes de plus de 65 ans devrait encore s'accroître dans les prochaines années spécialement pour deux raisons. D'une part, dans tous les groupes d'âge au Canada, les personnes âgées de 60 à 64 ans ont enregistré la progression la plus forte entre 2006 et 2011, soit une progression de 29,1 %.

D'autre part, le phénomène des « baby-boomers » nés entre 1946 et 1965 représente la masse critique de la population canadienne; c'est à partir de 2011 qu'ils commencent à franchir le cap des 65 ans (Statistique Canada, 2012). Ces deux faits combinés, à propos de la population canadienne, suggèrent que le vieillissement de la population s'accroîtra au Canada dans les années à venir.

Le vieillissement des populations n'est pas propre au Canada puisque la proportion de personnes âgées a également augmenté entre 2006 et 2011 dans tous les pays industrialisés, sauf en Russie (Statistique Canada, 2012). Ces faits suggèrent que plusieurs pays dans le monde doivent et devront composer avec tous les défis liés au vieillissement qui est donc un phénomène provincial, national et mondial. Au plan provincial, le Québec est en effet, parmi l'ensemble des provinces et des territoires du Canada, l'un des endroits où la proportion de personnes âgées était la plus élevée en 2011 (Statistique Canada, 2012).

Le phénomène du vieillissement au Québec

Selon des rapports publiés en 2010, en 2013 et en 2014, l'espérance de vie à la naissance ne cesse de croître au Québec (ISQ, 2010, 2013, 2014). Le vieillissement de la population québécoise découle également de comportements du passé tels que la dénatalité (ISQ, 2010). Cette baisse de la natalité a entraîné, par conséquent, une augmentation relative de la part des aînés dans la population. Ces deux phénomènes conjugués modifieront et transformeront le profil démographique du Québec pour les prochaines années.

Dans cette optique, l'ISQ a effectué des projections permettant d'anticiper les modifications démographiques à venir dans la population québécoise. Ainsi, cet institut estime qu'entre 2009 et 2020, le nombre de personnes de 65 à 74 ans progressera de 50 % sous l'impulsion du même phénomène rencontré au niveau national, soit l'arrivée des différentes cohortes des « baby-boomers » (ISQ, 2010). Pendant cette même période, il y aura également une hausse de 30 % à l'intérieur de la strate d'âge des 74 à 84 ans. C'est dans ce dernier groupe où la progression sera la plus manifeste au cours de la décennie suivante. Finalement, le nombre de personnes du sous-groupe des 85 ans et plus augmentera lui aussi de 50 % d'ici 2020 (ISQ, 2010). Il faut souligner que ces trois sous-groupes de la population québécoise connaîtront la progression la plus marquée au cours des 10 prochaines années. Une augmentation qui se

poursuivra au-delà de cette période puisque, selon les projections de l'ISQ, il y aura une augmentation de 364 % à prévoir chez les personnes âgées de 80 ans et plus en 2061 comparativement à 2011 (ISQ, 2014). De façon concrète, cela représentera 1,2 millions de personnes ayant plus de 80 ans en 2061 comparativement aux 329 000 de 2011. Il nous apparaît donc pertinent, à ce moment, de diriger les attentions de cette recherche vers la population des personnes âgées de plus de 80 ans. Une augmentation de l'espérance de vie est généralement associée avec un accroissement de la morbidité, mais aussi avec une augmentation des risques de développer des maladies chroniques.

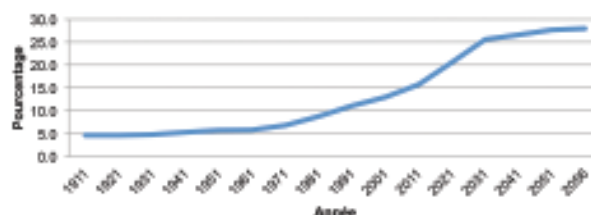


Figure 1 : Évolution en pourcentage de la population de plus de 65 ans entre 1911 et 2056

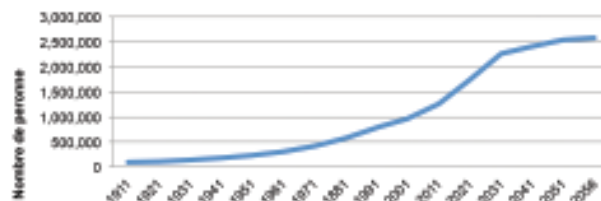


Figure 2 : Évolution du nombre de personnes de plus de 65 ans entre 1911 et 2056

Le vieillissement de la population et les maladies chroniques

On ne peut discuter du concept de maladie chronique sans définir ce qu'elle est. Une maladie chronique est une affection caractérisée par plusieurs éléments. En tout premier lieu, il s'agit d'une affection de longue durée qui souvent évolue discrètement, pouvant même être accompagnée de périodes de latence. La maladie chronique est également définie par son caractère permanent et non contagieux. Finalement, la maladie chronique ne se guérit pas, mais elle se traite. Selon Dubé (2012), la maladie chronique nécessite un traitement incluant, d'une part, une prise en charge sur plusieurs années et sur plusieurs fronts incluant l'approche médicale et infirmière et, d'autre part, une nécessité de favoriser l'engagement de la personne atteinte dans la prise en charge responsable de sa maladie, également nommée compétence d'autogestion de la maladie.

Plusieurs maladies chroniques profitent d'un suivi comportant une approche interdisciplinaire. À titre d'exemple, il y a le diabète. Dans cette maladie chronique, les nutritionnistes, les infirmières et les médecins travaillent de concert afin d'accompagner la personne dans le contrôle de cette maladie chronique. Nous retrouvons également ce type de suivi auprès des personnes prenant des anticoagulants, celles atteintes d'insuffisance cardiaque ou respiratoire. Certaines associations telles que la Société québécoise d'hypertension artérielle a même produit un guide, permettant aux professionnels de la santé de prendre en charge les patients atteints d'HTA. Nous y retrouvons notamment le rôle du patient, le rôle de l'infirmière, de l'infirmière praticienne spécialisée de première ligne (IPSPL), du médecin et du pharmacien.

Une approche collaborative, entre les professionnels de la santé et la personne, est rendue nécessaire en raison de l'étiologie complexe des maladies chroniques. Une complexité attribuable à plusieurs protagonistes, et notamment, à l'ensemble des facteurs de risque modifiables, mais aussi à ceux non modifiables. Il y a même des maladies chroniques pouvant elles-mêmes devenir un facteur de risque dans le développement d'autres maladies chroniques, telles que l'HTA qui est un facteur de risque dans le développement de maladies cardiovasculaires.

Cette complexité étiologique représente pareillement un défi important pour tous les professionnels de la santé désireux de participer activement à la prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques. Leur participation active, auprès de personnes atteintes de maladies chroniques, est nécessaire puisque ces maladies sont la première cause de mortalité dans le monde (Organisation mondiale de la santé (OSM), 2011). Le Canada ne fait pas exception en la matière; il est également confronté à ce problème sur son territoire puisque, plus de 30 % de sa population est aux prises avec une maladie chronique. Elles sont aussi la première cause de mortalité au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2013; Cazale, 2009).

Le Québec est cependant distinct sur le plan de la prévalence des maladies chroniques. Comparativement au reste du Canada, le Québec présente une prévalence de maladies chroniques légèrement plus élevée (Cazale, 2009). Cette différence est potentiellement attribuable à la distribution par âge au Québec, qui était en 2013 plus grande que celle de l'ensemble du Canada (ISQ, 2013). Il est en effet juste d'affirmer que les maladies chroniques touchent particulièrement

les personnes âgées. Alors que seulement 14 % des 25-44 ans déclarent être atteints d'une maladie chronique, c'est plus de 80 % des personnes de plus de 80 ans qui présentent au moins une maladie chronique. Ainsi, l'arthrite, les maladies cardiovasculaires, ainsi que de l'HTA sont les maladies chroniques les plus prépondérantes dans cette population (ISQ, 2010). Parmi celles-ci, l'HTA est la maladie chronique dominante chez les personnes âgées (Cazale, 2009). Elle est également l'une des maladies chroniques retenue par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin d'établir un cadre de références permettant le soutien à des stratégies de prévention et de gestion des maladies chroniques physiques en première ligne (Dubé, 2012).

Quelle que soit l'échelle d'analyse, plusieurs écrits sur les maladies chroniques arrivent aux mêmes constats à l'égard de l'accroissement de leur prévalence, notamment chez les personnes âgées. L'ensemble des écrits sur ce sujet souligne la nécessité, d'une part, de mener des actions concertées afin de soutenir les changements de comportements chez les personnes atteintes (Lapierre, 2008), et d'autre part, d'impliquer activement la personne atteinte afin qu'elle mobilise ses compétences d'autogestion. Afin de cerner davantage ce problème, il apparaît maintenant pertinent de préciser les différents aspects inhérents à l'HTA tout en apportant une attention toute particulière aux personnes âgées.

L'hypertension artérielle

Cette partie vise à circonscrire plusieurs aspects concernant l'HTA. Elle présente tout d'abord les statistiques relatives à cette maladie chronique ainsi que ses causes et ses conséquences sur la santé. Elle décrit, par la suite, l'état actuel concernant le contrôle de l'HTA. Cette section met également en lumière l'importance devant être accordée à l'atteinte de valeurs cibles de tension artérielle en fonction de l'âge de la personne. Elle décrit, consécutivement, les bénéfices, mais aussi les différents moyens devant être mis en œuvre afin d'atteindre les valeurs cibles de tension artérielle.

Les statistiques concernant l'hypertension artérielle

Cette sous-section de l'article s'intéresse tout d'abord à préciser la bonne pratique clinique lors de la prise de la mesure de la tension artérielle. Par la suite, elle dresse un panorama mondial, mais spécifiquement canadien de la prévalence de cette maladie chronique. Finalement, elle montre un portrait de la prévalence de l'HTA chez les personnes âgées.

La tension artérielle est mesurée en millimètres de mercure (mmHg). La normale chez un adulte est définie comme étant une tension artérielle systolique inférieure ou égale à 120 mmHg et une tension artérielle diastolique inférieure ou égale à 80 mmHg (Kaplan, 2010). Généralement, la personne présentera un problème d'HTA lorsque la tension artérielle systolique sera égale ou supérieure à 140 mmHg au repos ou que la tension artérielle diastolique sera égale ou supérieure à 90 mmHg (James & al., 2014; N. Kaplan, 2010). Ceci exclut les personnes diabétiques et les personnes souffrant d'insuffisance rénale. Selon les bonnes pratiques cliniques, il est essentiel de s'assurer de suivre certaines étapes (si nécessaire et si possible) lors de la prise de la tension artérielle d'une personne âgée, il faut également s'assurer qu'elle ne présente pas des symptômes orthostatiques.

En toute circonstance, il faut :

1. S'assurer que la personne soit assise confortablement et que ses pieds touchent par terre;
2. S'assurer qu'elle n'a pas envie d'uriner ou qu'elle vient tout juste de fumer;
3. Prendre une première mesure quand la personne est assise;
4. Faire lever la personne et attendre une minute avant de prendre une nouvelle mesure;
5. Répéter cette mesure après trois minutes, toujours en position debout.

En toute circonstance, il faut que le brassard soit de la bonne taille (longueur, 80 % de la circonférence du bras et en largeur, 40 % de la circonférence du bras). Il faut lors d'une première visite, prendre la tension artérielle aux deux bras et retenir la plus élevée des deux. Outre d'être en position assise et le dos appuyé, il faut également que la personne ait les jambes décroisées et le bras supporté durant la prise de mesure.

L'OMS a souligné l'urgence d'agir à l'égard de l'HTA puisque celle-ci se manifeste insidieusement. Cette organisation souligne que 9,4 millions de

décès par année dans le monde sont imputables aux complications de l'HTA (OMS, 2013). La prévalence de cette maladie chronique se distribue mondialement dans une fourchette, comprise entre 3,4 %, dans une population rurale indienne, à 72,5 % dans une population polonaise (Kearney, Whelton, Reynolds, Whelton, & He, 2004). Plus largement, l'OMS estime que l'HTA est une maladie chronique touchant près de 40 % de la population mondiale (Ibrahim & Damasceno, 2012; Kearney & al., 2004; OMS, 2013; Tibazarwa & Damasceno, 2014). Selon Chockalingam et al. (2008), l'HTA est, de par le monde, le facteur de risque prépondérant de maladie. En toute circonstance, il devrait faire l'objet d'une attention toute particulière, et le contrôle de cette maladie chronique devrait être la priorité mondiale en terme de santé.

L'Amérique du Nord est également aux prises avec cette problématique comme en témoignent les résultats publiés tant dans les rapports canadiens et américains. Commençons tout d'abord par les données américaines. Elles proviennent des enquêtes nationales américaines sur la santé et la nutrition. Lorsqu'on examine les données de plus près, il apparaît que la prévalence de HTA n'a pas augmenté depuis 2001 (Joffres, Hamet, MacLean, L'Italien & Fodor, 2001; Yoon, Burt, Louis & Carroll, 2012). Globalement, elle se situe toujours à 28,6 %. Au Canada, selon une récente enquête canadienne sur les mesures de la santé, la prévalence d'HTA serait plus basse, comparativement à celle des États-Unis. Elle s'établirait plutôt à 19,4 %, ce qui représente près de 5 millions de Canadiens, qui en sont atteints (Wilkins & al., 2010). Le Québec, quant à lui, présente une prévalence globale d'HTA de 23,1 % (Blais, Rochette, Hamel & Poirier, 2014). Signalons également que, selon des données épidémiologiques, un adulte d'âge moyen a 90 % de risque de souffrir d'HTA au courant de sa vie (Vasan & al., 2002). En raison du vieillissement des populations et étant donné que la prévalence de l'HTA augmente avec l'âge, chez les deux sexes confondus, il serait maintenant pertinent d'explorer la réelle prévalence de l'HTA chez les personnes âgées. Dans un premier temps, la prévalence mondiale sera explorée, et par la suite celles propres au Canada et aux États-Unis.

Il existe peu de données spécifiques sur la prévalence mondiale de l'HTA chez les personnes de plus de 60 ans et encore moins chez celles dont l'âge est de 85 ans et plus. Sur ce dernier point, il existe plutôt des données issues de certains pays tels que le Royaume-Uni. Collerton et al. (2009) ont effectué une étude clinique auprès de 1042 personnes de 85 ans. L'analyse des données obtenues dans le cadre de cette étude détermine

la prévalence d'HTA dans ce groupe à 57,5 % tous sexes confondus. Cette étude permet de récolter directement les données auprès de personnes de 85 ans. Une autre étude, espagnole cette fois, confirme que la prévalence de l'HTA augmente avec l'âge. Dans cette étude, Gutierrez-Misis et son équipe (2011) a suivi pendant 13 ans une cohorte de patients de 65 ans et plus. Ils ont pris des données en 1993, 1995, 1999 et finalement, en 2006. L'analyse des données démontre la progression de l'HTA à travers les âges. D'une prévalence d'HTA d'environ 50 % en 1993, elle est passée graduellement à plus de 80 %, treize ans plus tard.

L'augmentation de la prévalence de l'HTA avec l'âge est également un constat effectué par McDonald, Hertz, Unger et Lustik (2009) aux États-Unis. Dans cette étude, les chercheurs ont regardé plus attentivement les données recueillies, auprès de 3 810 personnes âgées de plus de 65 ans, lors de l'enquête nationale sur la santé et la nutrition. L'analyse de ces données a permis de démontrer que l'HTA est, aux États-Unis, prévalente chez 66 % des personnes de 65 à 74 ans. Cette prévalence d'HTA augmente à près de 76 % chez les personnes de 75 à 84 ans et elle culmine à 78 % chez les personnes de 85 ans et plus (McDonald & al., 2009). Ces données sont nettement supérieures à celles présentées par Kaplan, Huguette, Feeny et McFarland (2010). Pour celles-ci, la prévalence d'HTA était plutôt de l'ordre de 57 % chez les personnes de 65 à 74 ans et, près de 43 % chez les personnes de plus de 75 ans. Cette différence de prévalence peut être attribuable au fait que la détermination d'un état hypertensif était effectuée par une autodéclaration, et non par une mesure de tension artérielle effectuée directement auprès de la personne.

Yoon et al. (2012) apportent un éclairage correspondant aux données retrouvées dans l'étude de Kaplan et al. (2010) puisqu'ils mentionnent que la prévalence d'HTA aux États-Unis serait de près de 67 % chez les personnes de plus de 60 ans. Selon Statistique Canada, l'HTA est également, au Canada, une maladie chronique dont la prévalence augmente avec l'âge. Elle passe d'environ 20 % dans le groupe d'âge de 40 à 59 ans, et à 53,2 % dans la tranche d'âge incluse entre 60 et 79 ans (Wilkins & al., 2010). Plus récemment, une étude épidémiologique, dans plusieurs pays, dont la Chine, le Ghana, l'Inde, le Mexique, la Russie et l'Afrique du Sud, démontre que la prévalence moyenne d'HTA était de 52,9 % chez les personnes de plus de 50 ans (Lloyd-Sherlock, Beard, Minicuci, Ebrahim & Chatterji, 2014). Au Québec, la prévalence HTA dans le groupe d'âge des 65 à 79 ans est de 61,4 % (Blais & al., 2014).

Étant donné que cette prévalence augmente avec l'âge, il est probable qu'au Québec, chez les personnes de plus de 80 ans, nous retrouvions une prévalence similaire aux résultats d'une récente étude américaine révélant une prévalence d'HTA au-delà de 80 ans de 76,5 % (Bromfield & al., 2014). En résumé et tel que présenté à la figure 3, l'HTA est une maladie chronique dont la prévalence est pratiquement semblable au Québec, au Canada et aux États-Unis.

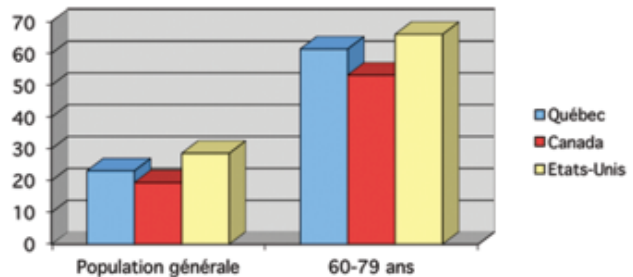


Figure 3 : Pourcentage de la population atteinte d'hypertension artérielle dans la population générale et dans la population âgée de 60-79 ans.

En résumé, l'HTA est une maladie prédominante au Québec, au Canada et partout dans le monde. Dans les prochaines décennies, il y aura un accroissement constant des personnes de plus de 80 ans et, conséquemment, un accroissement du nombre de personnes atteintes d'HTA (Barengo, Kastarinen, Antikainen, Nissinen & Tuomilehto, 2009; Collerton & al., 2009). Selon l'OMS, l'HTA est un sérieux signal d'alarme indiquant qu'il est nécessaire d'agir promptement afin de contrôler ce facteur de risque de maladies cardiovasculaires à l'égard du contrôle de l'HTA, mais également pour celui de toutes les maladies chroniques (OMS, 2013).

Le modèle de prévention et de gestion des maladies chroniques

Le modèle de gestion et de prise en charge des maladies chroniques est en continuité avec un cadre conceptuel développé aux États-Unis dans les années 1990 (Wagner, Austin & Von Korff, 1996). Le modèle décrit les changements apportés au système de soins de santé afin qu'il soit en mesure d'améliorer la santé des personnes atteintes de maladies chroniques. Le type de changement proposé par Wagner et ses collaborateurs inclut l'implication de la personne, en tant que partenaire de soins, dans une prise en charge de plusieurs aspects entourant sa maladie chronique. Il s'agit d'une approche largement utilisée aux États-Unis. Une revue de la littérature a permis aux auteurs

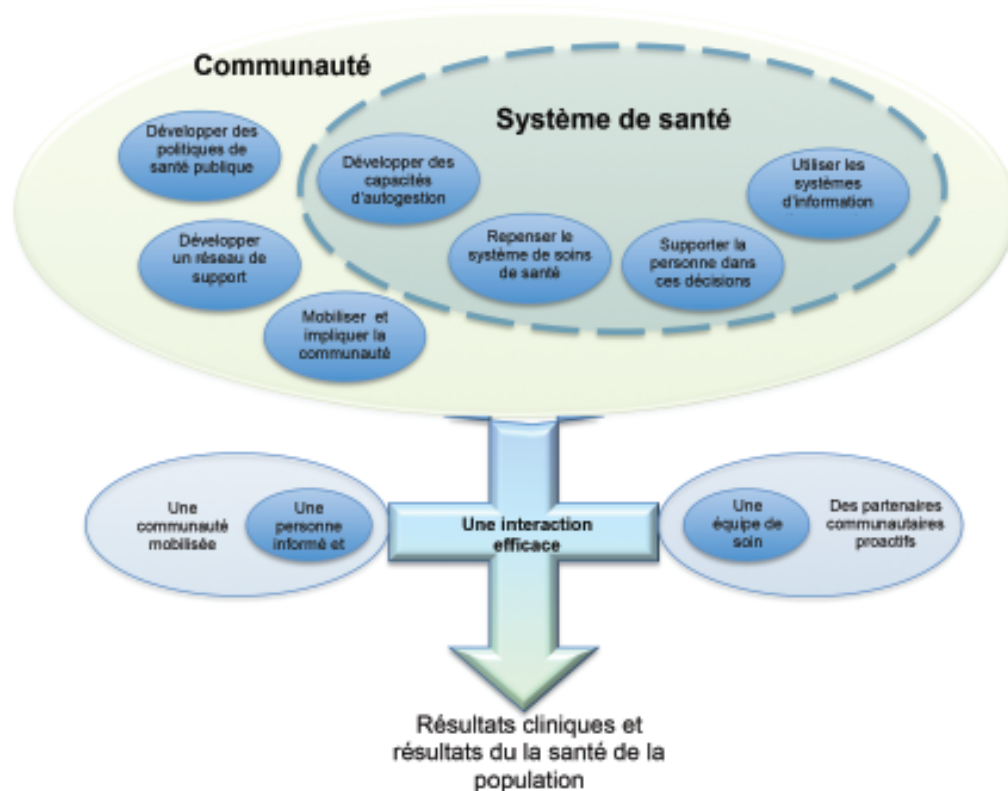


Figure 4 : Modèle de prévention et de gestion intégrée des maladies chroniques. Adapté avec autorisation de Victoria J. Barr et al., (2003).

d'affirmer qu'il s'agit de la stratégie éducative la plus efficace auprès des personnes atteintes de maladies chroniques (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002). Ce modèle de prévention et de gestion des maladies chroniques est vu en détail dans la figure 4.

Ce modèle présente plusieurs éléments permettant un meilleur accompagnement des personnes vivant avec des maladies chroniques. Les interventions effectuées auprès de ces personnes doivent impérativement découler de deux éléments. Il s'agit du soutien de la communauté ainsi que de l'organisation du système de santé.

L'élément central délimité représente soit le système de santé ou soit l'organisation de la personne à l'égard de la santé :

- Le cercle entourant cet élément est représenté par une ligne brisée permettant le transfert d'idées, de connaissances et de ressources entre le système de santé et la communauté. Le système de santé se préoccupe des changements afin qu'il soit en mesure de répondre plus efficacement aux problèmes soulevés par les maladies chroniques.

Les rôles dévolus au système de santé dans ce modèle sont au nombre de quatre :

- Le premier élément concerne le développement chez la personne d'habiletés permettant une bonne autogestion de la maladie.
- Le second élément fait référence à une utilisation démocratisée des lignes directrices ou des bonnes pratiques cliniques lors de la dispensation des soins.
- Le troisième élément implique d'organiser les soins en portant notre attention sur le développement d'une vision plus holistique de l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques. Dans le même ordre d'idées, il est souhaitable de travailler en interdisciplinarité avec nos collègues du réseau, mais aussi avec la collectivité.
- Le quatrième et dernier point concerne le système d'information clinique. Dans ce système, il est recommandé de développer des stratégies informatiques permettant de standardiser l'approche aux personnes atteintes de maladies chroniques. Au-delà des suivis informatiques ou même des dossiers informatisés, cet élément

fait aussi référence à toutes les données épidémiologiques et sociodémographiques. L'ensemble de ces données permettra d'évaluer l'impact des interventions, de planifier de nouvelles interventions ou même d'entrevoir de futurs problèmes (Barr & al., 2003).

Le cercle externe du modèle démontre toutes les actions menées socialement se rapportant à l'ensemble de celles effectuées par la communauté afin de favoriser une meilleure santé collective, incluant les personnes atteintes de maladies chroniques. Dans ce type de soutien, nous retrouvons trois actions permettant une meilleure gestion de la santé. Ces actions concernent les politiques publiques, la structure de l'environnement sociale, la mobilisation et la collaboration de la communauté.

- La première action consiste à établir de nouvelles politiques, de changer des lois, de réduire les taxes à l'importation de fruits et de légumes en hiver ou d'aider fiscalement les producteurs maraichers locaux, etc.
- La seconde action réfère à toutes stratégies sociales permettant le développement d'un environnement favorisant la santé. Cette action aide à mettre en place des stratégies sociales pour l'ensemble de la communauté et, particulièrement pour les personnes atteintes de maladies chroniques, afin d'avoir une meilleure santé physique, psychologique et spirituelle. Des efforts déployés pour maintenir les personnes âgées à domicile, tel qu'un tarif réduit dans les transports en commun ou les activités permettant les interactions sociales, sont des stratégies référents à cet élément.
- La troisième action est le renforcement des actions provenant de la communauté. Pour ce, il s'agit de travailler avec la communauté afin de déterminer les objectifs à atteindre ou les problèmes de santé préoccupants pour la collectivité. La prise en charge par la communauté de la problématique identifiée est la clé de cet élément du modèle.

Un exemple patent est présent dans la collectivité québécoise. Il s'agit du grand défi Pierre Lavoie. Ce défi a pour mission d'encourager les jeunes à adopter de saines habitudes de vie. Pour atteindre cet objectif, il mobilise le milieu scolaire québécois afin de favoriser l'adoption d'un mode de vie sain sur une base régulière de façon à ce que ces habitudes soient soutenues dans le temps. Parallèlement, il sensibilise les parents à l'importance d'un mode de vie plus sain pour la santé de leur enfant et de

la leur. Cette personne a identifié une lacune dans la collectivité, et elle a décidé d'agir en impliquant cette même communauté. Le rôle de l'infirmière est de mobiliser la collectivité afin de prendre des actions permettant une meilleure santé. Son rôle en éducation pour la santé est primordial dans le suivi de personnes atteintes de maladies chroniques (Barr & al., 2003).

L'ensemble des éléments présents dans ce modèle d'intervention recoupe les quatre éléments à la base de la discipline infirmière (Fawcett, 1996). Il s'agit de la personne, du soin, de l'environnement et de la santé. Chacun des modèles conceptuels, utilisé en sciences infirmières, possède une définition pour chacun de ces éléments. Cet article ne cherchera pas à faire une différence entre chacun des modèles conceptuels utilisé en sciences infirmières, mais bien de souligner que ce modèle d'intervention en prévention et gestion des maladies chroniques peut s'arrimer avec les concepts présents dans la discipline infirmière. C'est notamment l'un des rôles sociaux de l'infirmière d'être en mesure d'accompagner les personnes atteintes de maladies chroniques et spécialement les personnes âgées. C'est aux professionnelles de la santé, que sont les infirmières, de prendre pleinement leur place, mais également d'assumer totalement leurs rôles professionnels auprès de cette population.

En ce qui concerne le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques, le travail des infirmières en Groupe de Médecine de Famille (GMF) et en Centre local de services communautaires (CLSC) est de premier plan. Elles effectuent le suivi, mais font également l'ajustement de médicaments, et ce, davantage depuis l'arrivée dans le réseau de santé québécois des IPSPL. Il est évident qu'aujourd'hui les infirmières sont en mesure d'occuper une place encore plus importante dans le suivi de personnes atteintes de maladies chroniques. Il faut prendre nos responsabilités professionnelles et assurer aux personnes âgées atteintes de maladies chroniques un suivi empreint des meilleures pratiques. Pour cela, il faut bien documenter cette réalité, notamment par la recherche. De plus, les infirmières ont une formation de qualité, comportant des compétences leur permettant de travailler en partenariat avec le patient. Au-delà de l'utilisation d'ordonnances collectives leur permettant l'ajustement de certaines médicaments, elles peuvent apporter le soutien nécessaire aux personnes atteintes de maladies chroniques afin qu'elles se prennent en charge.



Bruno Pilote

Inf. M. Sc

Monsieur Pilote est professeur au Cégep de Sainte-Foy depuis plus de 10 ans. Il possède une vaste expérience clinique et notamment en soins critiques, en cardiologie et en chirurgie. Détenteur d'un baccalauréat en sciences infirmières et d'une maîtrise en médecine expérimentale, il est présentement étudiant au doctorat en sciences infirmières de l'Université Laval à Québec. Ses champs d'intérêt recoupent ceux de *La Gérotoise* puisqu'il s'intéresse à l'éducation, à la santé auprès de personnes très âgées atteintes de maladies chroniques.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Prévention des maladies chroniques plan stratégique 2013-2016*. Ottawa, Canada.

Barengo, N. C., Kastarinen, M., Antikainen, R., Nissinen, A. & Tuomilehto, J. (2009). The effects of awareness, treatment and control of hypertension on cardiovascular and all-cause mortality in a community-based population. *Journal of Human Hypertension*, 23(12), 808-816.

Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82.

Blais, C., Rochette, L., Hamel, D. & Poirier, P. (2014). Prevalence, incidence, awareness and control of hypertension in the province of Quebec: perspective from administrative and survey data. *Canadian Journal of Public Health*, 105(1), e79-85.

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469-2475.

Bromfield, S. G., Bowling, C. B., Tanner, R. M., Peralta, C. A., Odden, M. C., Oparil, S. & Muntner, P. (2014). Trends in

hypertension prevalence, awareness, treatment, and control among US adults 80 years and older, 1988-2010. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)*, 16(4), 270-276.

Cazale, L., Laprise, P. & Nanhou, V. (2009). Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (pp. 8). Montréal: l'Institut de la statistique du Québec.

Chockalingam, A., Chalmers, J., Whitworth, J., Erdine, S., Mancia, G., Mendis, S. & Heagerty, A. (2008). Antalya statement of the International Society of Hypertension on the prevention of blood pressure-related diseases. *Journal of Hypertension*, 26(12), 2255-2258.

Collerton, J., Davies, K., Jagger, C., Kingston, A., Bond, J., Eccles, M. P. & Kirkwood, T. B. (2009). Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ*, 339, b4904.

Dubé, F., Noreau, É., Landry, G. & Galarneau, Y. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne* (Direction générale des services de santé et des services sociaux Ed.). Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

Fawcett, J. (1996). On the requirements for a metaparadigm: an invitation to dialogue. *Nursing Science Quarterly*, 9(3), 94-97; discussion 98-106.

Gutierrez-Misis, A., Sanchez-Santos, M. T., Banegas, J. R., Zunzunegui, M. V., Castell, M. V. & Otero, A. (2011). Prevalence and incidence of hypertension in a population cohort of people aged 65 years or older in Spain. *Journal of Hypertension*, 29(10), 1863-1870.

Ibrahim, M. M., & Damasceno, A. (2012). Hypertension in developing countries. *Lancet*, 380(9841), 611-619.

Institut de la statistique du Québec. (2010). *Portrait social du Québec données et analyses* Collection: Les conditions de vie. Montréal, Canada

Institut de la statistique du Québec. (2013). *Le bilan démographique du Québec Démographie*. Québec, Canada.

Institut de la statistique du Québec. (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*. Québec, Canada.

James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J. & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5), 507-520.

Joffres, M. R., Hamet, P., MacLean, D. R., L'Italien G, J. & Fodor, G. (2001). Distribution of blood pressure and hypertension in Canada and the United States. *American Journal of Hypertension*, 14(11 Pt 1), 1099-1105.

Kaplan, H. N., Feeny, D. & McFarland, B. (2010). Self-reported hypertension prevalence and income among older adults in Canada and the United States. *Social Science Medecine*, 70(6), 844-849.

Kaplan, N. (2010). *Kaplan's clinical hypertension* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Whelton, P. K. & He, J. (2004). Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *J Hypertens*, 22(1), 11-19.

Lapierre, R. (2008). *Les maladies chroniques et leurs déterminants faits saillants*. Repéré à: collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1762797.

Lloyd-Sherlock, P., Beard, J., Minicuci, N., Ebrahim, S. & Chatterji, S. (2014). Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *International Journal of Epidemiology*, 43(1), 116-128.

McDonald, M., Hertz, R. P., Unger, A. N. & Lustik, M. B. (2009). Prevalence, awareness, and management of hypertension, dyslipidemia, and diabetes among United States adults aged 65 and older. *Journal of Gerontology And Biology Science Medecine Science*, 64(2), 256-263.

Organisation mondiale de la santé. (2011). *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Panorama mondial de l'hypertension*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

Statistique Canada. (2012). *La population canadienne en 2011: âge et sexe*. Ottawa: Statistique Canada.


Tibazarwa, K. B. & Damasceno, A. A. (2014). Hypertension in developing countries. *Canadian Journal of Cardiology*, 30(5), 527-533.

Vasan, R. S., Beiser, A., Seshadri, S., Larson, M. G., Kannel, W. B., D'Agostino, R. B. & Levy, D. (2002). Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. *JAMA*, 287(8), 1003-1010.

Wagner, E. H., Austin, B. T. & Von Korff, M. (1996). Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Quarterly*, 4(2), 12-25.


Wilkins, K., Campbell, N. R., Joffres, M. R., McAlister, F. A., Nichol, M., Quach, S. & Tremblay, M. S. (2010). Blood pressure in Canadian adults. *Health Reports / Statistics Canada, Canadian Centre for Health Information / Rapports Sur La Santé / Statistique Canada, Centre Canadien d'information Sur La Santé*, 21(1), 37-46.

Yoon, S. S., Burt, V., Louis, T. & Carroll, M. D. (2012). Hypertension among adults in the United States, 2009-2010. *NCHS Data Brief* (107), 1-8.



CHARLAND + GAMACHE
SERVICES CONSEILS, SOINS DE SANTÉ inc.


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

FORMATIONS ACCRÉDITÉES ET UNITÉS D'ÉDUCATION CONTINUE OCTROYÉES 

FORMATIONS OFFERTES

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

CONSULTEZ NOTRE SITE INTERNET RÉGULIÈREMENT POUR LES FORMATIONS DISPONIBLES!

T 1-855-806-2089 CHARLANDGAMACHE.COM 

La guérison d'une brûlure de radiothérapie grave reconnue comme non guérissable

Johanne Lussier,
Inf. M.A. (gérontologie)

Les soins de plaies sont toujours d'actualité. C'est en raison de leur présence constante que l'article qui suit a pour objet de partager l'expérience clinique vécue lors des soins d'une lésion cutanée. Secondaire à des traitements de radiothérapie, cette dernière était présente chez une dame hébergée dans un établissement de soins de longue durée. Pour bien situer cette histoire de cas, et afin de bien camper la problématique, une révision des principaux éléments sur le cancer est effectuée. Cet article n'a pas pour objet d'expliquer le phénomène de la brûlure de radiothérapie ni ses composantes. Il ne visera pas, encore moins, à identifier les circonstances exactes de l'événement ayant entraîné la blessure d'ionisation chez la résidente. Il est plutôt un récit de réussite du bon coup accompli par l'équipe soignante dans la guérison de plaie.

L'histoire de cas présentée démontre toute la **persévérance requise de l'équipe soignante impliquée** pour mener à bien le projet de soins, et ce, tout en sachant que la résidente avait une brûlure de radiothérapie grave dite non guérissable.

Problématique et recension des écrits

Le cancer, une maladie figurant parmi les principales problématiques de santé, existe depuis des décennies, voire depuis l'antiquité. Le cancer peut atteindre tous les organes du corps, toutes les personnes et survenir à tout âge. En 2003, des statistiques sur les cas de cancer au Québec ont démontré une augmentation annuelle de 3 %. En 2014, il est estimé que 191 300 nouveaux cas de cancer apparaîtront au Canada, toutes catégories confondues (Gouvernement du Canada, 2014; Société de recherche sur le cancer, 2010). De ces personnes, 45 300 seront du Québec. L'incidence du cancer, pour tous les groupes d'âge,

correspond à un cas toutes les trois minutes, et ce, quotidiennement. Bien que les cancers de l'endomètre de l'utérus et de la vessie ne soient pas les plus fréquents, ils sont rapportés dans les statistiques canadiennes (Gouvernement du Canada, 2014; Société de recherche sur le cancer, 2010). Toutefois, parmi les cancers possibles, il est estimé qu'en 2014, le type de cancer le plus courant sera celui de la peau. De fait, l'estimation se chiffre à 82 600 personnes au Canada qui recevront un diagnostic de cancer de la peau, dont 70% de ces cas seront des gens âgés de 60 ans et plus (Société de recherche sur le cancer, 2010).

Par ailleurs, afin de contrer le cancer, de nombreux écrits publiés sur le sujet indiquent que la radiothérapie est l'un des traitements à envisager (Fondation québécoise du cancer, 2001; Institut National du Cancer, 2009; Lépine-Martin, 1997; Société Canadienne du Cancer, 2014). Grail (2014) précise qu'au sein de la population française, la moitié des cas identifiés recevront des traitements de radiothérapie.

L'administration des traitements d'ionisation s'effectue dans le département de radiothérapie. C'est au radio-oncologue d'établir le plan de traitement. Il lui revient la tâche de diriger la radiothérapie, habituellement de haute énergie, sur les cellules cancéreuses afin de tenter de les détruire, soit dans un contrôle local ou régional de la néoplasie (IARC, 2003; Lépine-Martin, 1997). La plupart des personnes traitées avec la radiothérapie tolèrent bien ce type de traitement (IARC, 2003). Malheureusement, il est souvent difficile de limiter les rayons aux cellules cancéreuses. Parfois, même les cellules saines peuvent aussi être touchées par l'irradiation (Fondation québécoise du cancer, 2001). Concrètement, c'est la sensibilité intrinsèque des tissus normaux présents dans la zone du traitement qui occasionne les problèmes de peau. Lorsque des réactions cutanées apparaissent sur

la zone traitée, elles peuvent se présenter sous différentes formes, allant de la simple rougeur, érythème prenant l'allure d'un coup de soleil, à l'ulcération de type brûlure ou même à la nécrose de la peau (O.I.I.Q. & al., 2007). Selon Mattews (2011), lorsque la réaction cutanée est de type nécrose, elle est la conséquence des fortes doses de rayons sur les tissus (Stewart, 2000-2014). Pour l'Institut National du Cancer (2012), c'est plutôt le type de rayon utilisé sur la peau par le radiothérapeute qui est en cause. Différents facteurs comme une panne d'équipement, une erreur humaine, un mauvais dosage dans la diffusion des rayons sont aussi soulevés comme hypothèses. Pour éviter ou minimiser les impacts négatifs des rayons sur la peau, l'évaluation de la radiosensibilité permet de mieux cerner la dose de rayons requise pour traiter le cancer du client (Grail, 2014). Selon l'Institut National du Cancer (2012), les nouvelles techniques d'irradiation actuelles aident à diminuer la fréquence et la gravité des effets secondaires.

Outre les symptômes mentionnés précédemment, soient rougeur, érythème, ulcération, brûlure et nécrose, d'autres types de manifestations cliniques peuvent se présenter tels que desquamation de la peau, démangeaison, œdème et douleur de légère à sévère (Mattews et al., 2011-2012; Fondation québécoise du cancer, 2001; Institut National du Cancer, 2009; Société Canadienne du Cancer, 2014). Quelles que soient ces réactions cutanées, elles surviennent en général après deux ou trois semaines de traitements, mais disparaissent peu de temps après la fin de la thérapie, et ce, sans séquelles (Institut National du Cancer, 2009; Stewart, 2000-2014). Dans l'éventualité de l'apparition d'une rougeur ou même d'une brûlure, des soins médicaux spécialisés peuvent être requis afin de résoudre ces manifestations (Institut National du Cancer, 2009). Il faut aussi considérer la douleur, la malignité et le potentiel de guérison de la plaie dans le traitement d'un ulcère suite à de la radiation.

En général, des produits asséchants sont utilisés dans le but de nettoyer la peau afin d'éviter une éventuelle plaie ou son suintement et le risque d'infection. Il apparaît donc important de prendre en charge tous les aspects de la radiation sur la zone cancéreuse (Grenier, 2011; IARC, 2003; Mattews & al., 2011-2012). Parmi les solutions favorisant la guérison d'une réaction cutanée, la consommation d'une plus grande portion de protéines est recommandée, en particulier si l'atteinte cutanée a évolué vers le processus de plaies (Grenier, 2011; Hunter & Regers-Seidi, 1991). Il ne faut pas écarter la possibilité, cependant, que l'irradiation soit telle que les réactions cutanées

deviennent chroniques et ne guérissent pas du tout (Mattews & al., 2011-2012).

Dans son livre, *«Les soins de plaies : Au cœur du savoir infirmier»*, L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, rapporte que le rôle initial de l'infirmière, dans le cas de la présence d'une brûlure secondaire à la radiothérapie, est d'évaluer la gravité de la lésion. Cette professionnelle estime alors le potentiel de cicatrisation de la plaie en déterminant la présence et la gravité de la douleur associée à la brûlure. (O.I.I.Q. & al., 2007).

L'histoire de cas

L'histoire de cas présentée concerne une résidente de 85 ans hébergée, depuis quelques années, dans un établissement de soins de longue durée. Pour les besoins de cet article et dans le respect de la confidentialité, elle se nommera madame Lavoie. À la suite de traitements de radiothérapie, une plaie, de type brûlure est apparue sur la zone cutanée traitée. Après quelque temps, les oncologues traitant madame Lavoie ont déclaré que cette plaie était chronique et ne guérirait jamais. Ainsi, seul un traitement d'entretien fut retenu comme soins palliatifs. Cela fait maintenant trois ans que la résidente expérimente un problème de plaies au siège. Voici son histoire.

En 2004, madame Lavoie apprend qu'elle est aux prises avec deux cancers : un néo de la vessie ainsi qu'un adénocarcinome de l'endomètre de l'utérus. En examinant le dossier, une lourde problématique de soins est constatée chez cette résidente. Elle vit avec de nombreuses maladies diagnostiquées depuis de longues dates. Les principales problématiques sont : un diabète de type 2, de l'anémie dont le type n'est pas précisé, de l'obésité morbide, des problèmes cardiorespiratoires, des troubles de maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) et de l'incontinence urinaire de stress. La résidente en perte de capacité physique, se mobilise avec aide et est transférée au lève-personne. Elle se déplace en fauteuil motorisé. Madame présente une incontinence de stress qui l'amène à perdre ses urines et à mouiller ses pansements. Ces pertes urinaires exigent chaque fois qu'elle soit recouchée pour un changement de culotte d'incontinence. Afin de maximiser la guérison de la plaie, le port d'une sonde a été choisi afin d'éviter de souiller ses pansements. Ainsi madame Lavoie a pu, pour un certain temps, maintenir ses routines et n'a pas eu à demander de se recoucher aussi fréquemment pour faire changer sa culotte jetable. De plus, à l'occasion, il lui est arrivé de faire de l'incontinence fécale. Cependant, après de nombreux mois, il a

été décidé, en accord avec le médecin, de retirer définitivement la sonde urinaire surtout parce que les fuites d'urine étaient toujours présentes, et ce, malgré la médication antispasmodique. Nous constatons par ces différents faits que madame Lavoie présente un profil de soins complexes.

Parmi les traitements proposés, la radiothérapie fut offerte. L'évaluation du cas et la prise en charge de la cliente faite, les traitements de radiothérapie furent effectués. Malheureusement, sans pouvoir déterminer la cause réelle, il est constaté que madame Lavoie a subi une brûlure importante durant ses traitements d'ionisation. Deux diagnostics émergent alors au dossier : plaie au sacrum et dermatite atrophique, secondaire à la radiation reçue. Les experts en oncologie sont formels, il sera impossible de guérir cette plaie maintenant considérée comme chronique. Ils suggèrent alors un traitement d'entretien, soit l'application d'un produit asséchant à base de zinc, plusieurs fois par jour. En lien avec la plaie, aucun autre suivi systématique par l'hôpital n'était prévu. De plus, ses cancers viendront dorénavant affecter la vie de la résidente.

Comme tous les jours, depuis six mois, la responsable de la qualité des soins effectue des suivis sur les soins donnés à toute la clientèle de l'établissement. Un matin, le personnel infirmier lui rapporte que madame Lavoie, depuis quelque temps, se plaint de douleur au siège, notamment au sacrum. Ces douleurs nuisent à son fonctionnement dans ses activités de tous les jours, en particulier à ses périodes de séances au fauteuil. Les soignantes continuent à appliquer les produits de zinc plusieurs fois par jour comme prescrit. Une démarche de soins infirmiers est alors entamée par l'infirmière responsable du dossier. Les interventions effectuées visent en priorité le soulagement de la douleur ressentie chez la résidente, et indirectement, une meilleure gestion de la plaie au sacrum.

Depuis l'arrivée de la loi 90, les infirmières détiennent plus d'autonomie pour certains actes intégrés en soins infirmiers (O.I.I.Q. & al., 2003). Comme plusieurs auteurs le suggèrent, afin d'assurer un meilleur confort de la cliente, les interventions effectuées tiennent compte des principes de base de soins infirmiers ainsi que des recommandations en lien avec les soins de plaies (Gilbert, 2009; Labrecque, 2009; Labrecque & al., 2009-2010; Meaume, 2006). Bouchard et Morin (2010) mentionnent que les principes de base de soins favorisent la guérison optimale de plaies. L'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (O.I.I.Q., 2007) souligne que l'attention spéciale portée à la prise en charge des soins et

des traitements des plaies de pression doit tenir compte de différents facteurs, dont : les causes de plaies, le potentiel de guérison de la plaie chronique, l'ajustement requis de la nutrition de la personne, l'élimination du facteur humidité, la mobilisation de la personne ainsi que des éléments en lien avec toutes les composantes d'une plaie (O.I.I.Q. & al., 2007). Ces principes ont été d'une aide fondamentale pour les soins à cette résidente, car les pansements utilisés ont contrôlé la charge bactérienne et maintenu la plaie dans des conditions optimales.

D'ailleurs, certains documents de référence, dont ceux de l'O.I.I.Q. précisent que l'infirmière peut, entre autres, décider du plan de traitement tant pour les soins de plaies que pour les altérations de la peau et des téguments (O.I.I.Q. & al., 2000, 2003, 2007, 1996-2014). L'infirmière responsable de madame a donc mis en place une démarche structurée de soins infirmiers, effectuée de façon rigoureuse et empreinte de notions scientifiques reconnues. En effet, des procédures et des techniques de soins sont rédigées spécifiquement pour les soins de la résidente. Un plan thérapeutique infirmier a été également élaboré afin surtout d'encadrer les interventions des soignantes et de toute l'équipe interdisciplinaire (Lussier, 2010; O.I.I.Q. & al., 2007, 2000, 1996-2014; Voyer, 2006). L'infirmière a planifié des interventions afin de prodiguer les meilleurs soins et traitements à madame Lavoie et a pris des décisions éclairées quant aux composantes de la plaie et aux choix de pansements (O.I.I.Q. & al., 2007). Par ailleurs, il importait de tenir compte également des besoins et inquiétudes de madame Lavoie, car l'aspect psychologique a aussi un impact sur la guérison d'une plaie (O.I.I.Q. & al., 2007).

Spécifiquement, l'infirmière tient compte des indicateurs de la qualité de l'exercice infirmier, dont celui de l'évaluation (O.I.I.Q. & al., 2000). Elle peut, entre autres, faire un meilleur suivi des changements de l'état de santé général de madame Lavoie qui pourraient influencer l'évolution de la plaie. L'évaluation de la douleur est aussi l'une des composantes importantes à considérer (O.I.I.Q. & al., 2000). Dans le cas de madame, la douleur est le premier signe mentionné par les soignantes. Il importe d'identifier la source exacte du phénomène causant l'inconfort chez la résidente. L'évaluation de l'infirmière a permis d'identifier que la zone de douleur ressentie par la résidente était au niveau du sacrum, juste à l'endroit où il y avait la présence d'une mince excroissance de peau. Elle entame alors, avec son équipe, de nouveaux traitements; mettant fin aux produits de zinc. De plus, grâce à une grille d'observation, l'évolution des plaies

est mieux suivie (Direction des soins infirmiers CSSS-IUGS, 1999 et 2008; Lussier, 2010; O.I.I.Q. & al., 2007). À cet effet, l'O.I.I.Q. précise que la fréquence recommandée pour la mesure de suivi de plaie est hebdomadaire ou selon l'évolution de la cicatrisation (O.I.I.Q. & al., 2007). L'évaluation systématique, dans la situation clinique actuelle, a été plutôt hebdomadaire et toujours effectuée par la même infirmière. Les données colligées ont été la pierre angulaire de toutes les interventions effectuées auprès de madame Lavoie, que ce soit, tant au niveau de la gestion de la douleur, des signes et symptômes observés, des signes d'infection que de la guérison potentielle de la plaie.

Certains auteurs considèrent que la préparation du lit de la plaie est prioritaire (O.I.I.Q. & al., 2007). En effet, quatre éléments fondamentaux, tels que mentionnés dans le principe Time, sont à considérer lors de cette préparation soient : s'assurer que les tissus de la plaie sont sous contrôle, contrôler le plus possible l'infection et l'inflammation, contrôler la quantité d'humidité ou de l'exsudat et favoriser le processus de cicatrisation (Guilhou & al., 2004-2005). Pour ce faire, il s'agit en fait de nettoyer la plaie de ses débris tels que des résidus d'huile, de transpiration ou de saleté. Les produits utilisés auront donc une plus grande efficacité si le lit de la plaie a été préparé adéquatement. L'un des produits recommandés et ne causant pas d'atteinte tissulaire, est le sérum physiologique (NACL 0,9 %) (Roy & Fluet, 1997; Boisvert, 2009; Lussier, 2010; O.I.I.Q. & al., 2007). Ce produit a été le désinfectant retenu au moment de la réfection de chacun des changements de pansements de madame Lavoie, tout au long des nombreux mois de soins. Plusieurs auteurs traitent des différents types de pansements disponibles (O.I.I.Q. & al., 2007, 1996-2014; Bouchard & Morin, 2010). Les suivis effectués ont influencé les ajustements apportés au plan de traitement en lien avec les sortes de pansements et les soins offerts à madame, et ce, au fur et à mesure de l'évolution de l'état de la plaie, afin d'obtenir de meilleurs résultats (Lussier, 2010; O.I.I.Q. & al., 2000 et 2007).

Considérant l'objectif de départ, soit de soulager la douleur ressentie par madame Lavoie, le traitement initial de choix retenu fut l'application d'un produit matriciel bio-actif : le «Prisma». Ce produit se transforme en gel au contact du fluide provenant de la plaie et permet de conserver un milieu humide et de favoriser la guérison. Comme ce produit contient 1 % d'argent, il est appliqué sur les excroissances au siège afin de contrôler la charge bactérienne et possiblement, d'agir sur le phénomène de la douleur ressentie

(Bouchard & Morin, 2010; Lussier, 2010; O.I.I.Q. & al., 2007). Au moment du premier changement de pansement, on constate que la plaie est devenue plus importante en dimension qu'attendu. Afin de remédier aux observations et évaluations faites, plusieurs types de produits sont utilisés, soit en association ou seul. Les soins effectués ont requis différentes catégories de pansements comme : hydrocolloïde, bio-actif, mousse d'hydrocellulaire, films transparents, pansement d'argent, alginate et pâte à stomie. Somme toute, ce sont les évaluations qui ont permis d'identifier à quel moment le pansement devait être changé, afin de s'assurer de vraiment utiliser le bon produit au bon moment, et de maximiser l'efficacité des soins offerts.

En combinaison avec ces pansements, de nombreuses autres stratégies furent utilisées afin de soulager la douleur ressentie et de favoriser la guérison de la plaie. Les principales interventions de soins utilisées ou prises en considération comprenaient des soins d'hygiène appropriés, un positionnement régulier, un changement des produits d'incontinence au moment opportun, l'installation d'une sonde urinaire à demeure durant de nombreux mois, une médication adaptée aux troubles urinaires et/ou aux infections de plaies, un matelas à air dynamique évitant des points de pression néfastes, des exercices de physiothérapie et un apport accru de protéines nutritionnelles.

Comme mentionné auparavant, la guérison d'une plaie peut être influencée par des composantes comme la contamination, la colonisation (légère ou critique) ou l'infection. Aussi un prélèvement d'un spécimen pour culture a été effectué (O.I.I.Q. & al., 2003; Boisvert, 2009). Il a révélé des résultats bactériologiques très impressionnants. En effet, une liste, sur deux longues pages, énonçait les nombreux microorganismes du spécimen. Selon les résultats obtenus, des antibiotiques soient topiques ou « per os » peuvent être requis chez certaines personnes (O.I.I.Q. & al., 2007). Les résultats du spécimen de la résidente recommandaient l'utilisation d'antibiotiques intraveineux. Il faut savoir que, selon le code thérapeutique de la résidente en question, et en fonction de sa condition considérée comme précaire, seuls des antibiotiques « per os » furent retenus et administrés.

Grâce à la démarche utilisée, et, avec la plus grande rigueur envisageable, le processus de soins enclenché pour la résidente fut constamment révisé en fonction des observations faites. Malgré cela, de nombreux obstacles se sont présentés tout au long du processus de traitement de la résidente. Voici les principales difficultés rencontrées : une

instabilité sur le plan de la santé de madame Lavoie, qui a entraîné des séjours en soins aigus ainsi qu'une durée d'hospitalisation plus ou moins longue, des rechutes et de la régression de la plaie, comme l'apparition de sinus, et plusieurs composantes négatives associées dont plusieurs épisodes d'infections (plaie, urinaire). Malgré ces embûches, les soignantes ont persévéré dans les soins apportés à madame Lavoie. De nombreux mois ont passé. Après près de deux ans et demi de travail et de suivi, les efforts soutenus sont récompensés par une amélioration de l'état de la plaie. L'équipe de soins a alors envisagé, non pas uniquement le soulagement de l'inconfort, mais aussi la guérison de la plaie de la résidente. Rappelons que la plaie était qualifiée de chronique et non guérissable. Il est alors devenu encore plus important de réajuster les soins pour focaliser tant sur le soulagement de l'inconfort que sur la guérison possible de la plaie. Tous les efforts maximisés permettaient de croire en un pronostic positif.

Une réussite à retenir

En conclusion, les soins dépendent continuellement de l'ensemble des données colligées face à l'état de santé de madame. Les interventions rapportées sont tantôt préventives, curatives, éducatives ou palliatives. Il est important de considérer madame Lavoie comme un être humain dans sa globalité, c'est-à-dire sous toutes ses facettes biopsychosociales. Les actions de l'infirmière doivent être appliquées selon une approche de «caring», soient centrées sur la résidente, ses besoins et les stress vécus par madame (Watson, 1998). La guérison de la plaie dans cette histoire de cas est la résultante de nombreuses interventions soutenues en soins infirmiers. Mais la plus grande source de cette réussite est sans contredit **la persévérance manifestée par les soignants en soins infirmiers.**

Il a fallu deux ans et demi de soins apportés à madame Lavoie avant de réussir à guérir la plaie au siège. Enfin, après trois ans, elle a eu l'occasion de prendre un bain dans la baignoire. Quelle immense joie pour elle. Les objectifs, soient de soulager la douleur et de guérir la plaie, ont été atteints. Ce résultat extraordinaire a été possible grâce à l'approche collaborative multidisciplinaire de l'équipe de soins, du médecin et du département de physiothérapie. Il ne faut pas omettre la part des responsables de l'établissement d'assumer les coûts importants pour les produits de soins et les autres types de matériaux requis. Toutefois, il est également important de souligner la confiance notable de madame Lavoie envers la capacité

de l'infirmière clinicienne et de son équipe de soins, de mener à bien, et dans son intérêt, la démarche de soins. Sans l'indispensable et entière collaboration de tous, la guérison de la plaie et le soulagement des douleurs associées n'auraient pas été au rendez-vous. Sans cette collaboration, il aurait été difficile de croire au succès de ce long processus.

Outre la persévérance, plusieurs facteurs ont influencé la réussite finale de la guérison de la plaie. Ces facteurs sont la perception positive de l'équipe de soins dans un tel projet ainsi que la collaboration et la motivation démontrées par l'équipe multidisciplinaire. Il faut se rappeler, entre autres, qu'au départ, la peau saine possède tous les éléments requis pour son autoguérison. La gravité d'une rupture de peau, comme dans le cas de risque suite à une radiation, ainsi que la présence de facteurs de risque et/ou nuisibles, entraînent une variabilité dans le temps de guérison. Cela est encore plus réel si des facteurs de complication comme des bactéries apparaissent. La plaie peut aussi régresser ou ralentir dans son processus de guérison. Il faut donc optimiser le plus possible les soins en surveillant de près la peau de la cliente, en évaluant et en tenant compte de toutes les manifestations observées. Par la suite, les soins maximisés impliquent l'application des mesures requises face aux soins et aux traitements en lien avec les données colligées. Les mesures préventives vont de pair avec l'ensemble des soins prodigués. C'est précisément la prise en charge, telle que traitée par certains auteurs, qui devient une priorité capitale dans l'obtention de résultats positifs (Meaume, 2006; Grenier, 2011). En effet, la prise en charge sera priorisée en tenant compte d'éléments tels que les connaissances théoriques, les données subjectives et objectives observées, l'analyse critique effectuée de la situation, des signes et symptômes d'infection qu'ils soient légers ou importants ainsi que de l'apport nutritionnel optimal et systématique.

Enfin, le suivi rigoureux de la plaie n'est pas le seul facteur à considérer. Il faut aussi envisager la possibilité de revoir les pratiques de soins, et de questionner régulièrement toutes les étapes de la démarche de soins infirmiers. De même, il est essentiel de se tenir à jour sur le plan des connaissances par la formation continue, dans le but d'intervenir de façon plus efficace et efficiente.

Cette histoire de cas présente la guérison d'une plaie au point tel que même les experts en oncologie ne l'avaient envisagée. S'il y a quelque chose à retenir, de «ce bon coup» : c'est que d'une part, il est important de persévérer dans nos actions et que, d'autre part, mettre tout en œuvre,

dans la mesure du possible, pour obtenir de bons résultats. L'utilisation de notions théoriques et pratiques est fondamentale, mais il faut aussi miser sur le travail et la collaboration de l'équipe multidisciplinaire. Cette dernière devient alors cruciale dans l'accomplissement des interventions réussies. Toutefois, l'élément le plus indéniable est de conserver la résidente au cœur de nos préoccupations, puisqu'elle est le point central, la pierre angulaire de l'ensemble des soins.



Johanne Lussier,
Inf. M.A. (gérontologie)

Madame Lussier est infirmière depuis 1981. Elle détient une maîtrise en gérontologie depuis 1996. Elle a été assistante infirmière-chef dans un établissement public de soins de longue durée durant plus de 25 ans, a travaillé durant un peu plus de six ans dans un établissement privé comme coordonnatrice de la qualité des soins. Depuis près de quatre ans, elle est spécialisée en soins des pieds.

RÉFÉRENCES

Boisvert, C. (2009). *Formation Soins de plaies. La formation continue : un investissement rentable*. CSRS. CFP 24 juin. Sherbrooke.

Bouchard, H. & Morin, J. (2010). *Le soin des plaies : les pansements d'aujourd'hui*. Document de présentation de conférence au Congrès de l'AIISPQ, Sherbrooke.

Choinière, R. (2003). La situation du cancer au Québec. Dans *La mortalité au Québec : Une comparaison internationale*. Organisation de coopération et de développement économiques.

Direction des communications. (2014). *Radiothérapie. Experts et Humains*. CHUQ Québec. Septembre. Repéré à edimestre@chuq.qc.ca

Direction des soins infirmiers CSSS-IUGS. (1999 et 2008). *Grille de dépistage et de suivi des plaies*. Documents de référence. Sherbrooke.

Fondation québécoise du cancer. (2001). *Le traitement du cancer : la radiothérapie*. Feuille d'informations. Mai. Halifax. Canada. Repéré à fqc.qc.ca.

Gilbert, D. (2009). *Les pansements et le soin des plaies : des alliés indispensables à la cicatrisation*. CHAU- Hôtel Dieu de Lévis. UQTR - Campus Bellevue. Formation continue. OIIQ. Avril. 62 p.

Gouvernement du Canada. (2014). *Statistiques canadiennes sur le cancer. Sujet particulier : le cancer de la peau*. Analyse de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada.

Grail, Y. (2014). *Radioactivité : Risques secondaires*. Septembre. Repéré à www.laradioactivite.com/fr/site/pages/risquessecondaires.htm

Grenier, J. (2011). *La prise en charge nutritionnelle chez les patients en traitement de radiothérapie et/ou chimiothérapie*. Conférence. Clinique d'oncologie pulmonaire ambulatoire. Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Février.

Guilhou, J.-J. & al. (2004-2005). *La préparation de la plaie : It's TIME to go!* Université de Montpellier : Faculté de médecine. Document - diplôme universitaire : Plaies et cicatrisations. Repéré à www.sffpc.org/download.php?file=connaiss_memoire6.pdf

Hunter, A. P. & Regers-Seidl, F.F. (1991). Nutrition altered : more than the body requirements. *Geriatric Nursing Care Plans*. St Louis, MO: Mosby- Year Book.

IARC. (2003). *Prise en charge du cancer : Radiothérapie*. Repéré à www.iarc.fr/fr/publications/pdfs_online/wcr/2003/wcrf-6.pdf

Institut National du cancer. (2009). *1) Radiothérapie; 2) Les effets secondaires généraux; 3) Les effets secondaires tardifs; 4) Les effets secondaires spécifiques au niveau de la peau*. Agence Nationale sanitaire et scientifique en cancérologie. Repéré à www.ecancer.fr/cancerinfo/ressources-utiles/dictionnaire/radiotherapie/effets-secondaires/effets-secondaires-generaux

Labrecque, C. (2009). *Les soins des plaies et ses mythes : Une paire à ne pas avoir dans son jeu ...* Consultante en soins de plaies : CliniConseils inc. Dans le cadre d'un atelier au Congrès de l'OIIQ. Automne 2009.

Labrecque, C. & al. (2009 - 2010). *Les soins des plaies : appliquer les pratiques exemplaires au quotidien*. Tournée 2009 - 2010. Conférences provinciales pour les membres de l'OIIAQ. CSBE. Beauce Etchemin - Ensemble vers l'avenir. 31p.

Lépine-Martin, M. & al. (1997). *Chapitre 42 : Oncologie gériatrique*. Dans *Précis pratique de gériatrie*. Arcand & Hébert. St-Hyacinthe: Edisem. 576-586.

Lussier, J. (2010). *Formation sur les soins des plaies*. Document de formation non édité. Sherbrooke.

Mattews, M. & al. (2011, 2012). 1) Rayonnement ulcères traitement et de gestion; 2) Ulcères de radiation. 3) Le traitement des ulcères de rayonnement. *Medscape: Drugs, Diseases & Procédures*. WebMD, LLC. Juin. Repéré à emedicine.medscape.com/article/1298239-workup

Meaume, S. (2006). Plaies chroniques: améliorer la prescription médicale en ville. Dossiers soins: optimiser la prise en charge des plaies à l'hôpital et au domicile. Stratégies médicales. *Soins*. Ivry-sur-Reine, Hôpital Charles Foix, 702. (94). Janvier-Février. 35-40.

O.I.I.Q. & al. (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Montréal. Avril. Repéré à www.oiiq.org

O.I.I.Q. & al. (2007). *Les soins de plaies: Au cœur du savoir infirmier*. De l'évaluation à l'intervention pour mieux intervenir. Westmount : Centre de documentation OIIQ.

O.I.I.Q. (2000). *Guide d'exercice : L'exercice infirmier en soins de longue durée : au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie*. Montréal : Bibliothèque nationale du Canada.

O.I.I.Q. & al. (1996-2014). *Déterminer le plan de traitement des plaies*. Montréal. Repéré à www.oiiq.org/pratique-infirmiere/activite-reservees/determiner-le-plan-de-traitement-des-plaies

Roy, P.M. & Fluet, B. (1997). *Chap. 23 : Les plaies de pressions*. Dans Arcand, M. & Hébert, R. Précis pratique de gériatrie. 2e édition. St-Hyacinthe: Edisem. 323-334.

Société Canadienne du Cancer. (2014). *La radiothérapie et la peau*. Repéré à www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/radiation-therapy/side-effects-of-radiation-therapy/radiation-and-the-skin/?region=sk

Société de recherche sur le cancer. (2010). *Le Cancer : Faits saillants sur le cancer*. Membre d'Imagine Canada. Repéré à www.cancer.ca/fr-ca/research

Stewart, A. (2000-2014). Cancer du poumon : étude de cas : La radiothérapie. *RN journal of nursing*. Kentucky, États-Unis: Murray State University. Repéré à mjournal.com/journal-of-nursing-/lung-cancer-a-case-study

Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*. Laval : Éd. Renouveau pédagogique.

Watson, J. (1998). *Le Caring : philosophie des soins infirmiers*. [The philosophy and science of caring traduit par C.Waingnier & L. Caas, sous la direction de J. Bonnet.]. Paris : Seli Arslam Éd.



581 996-3774
www.mireformation.ca

FORMATIONS OFFERTES HIVER 2015

Soin des plaies	• 19 juin	Québec	Notes au dossier (3.5h) / Le PTI (3.5h)	• 11 février	Québec	
Relation aidante en soins palliatifs	• 13 mars	Drummondville	• 14 mars	Longueuil		
	• 11 mai	Rimouski	• 8 avril	Sherbrooke		
Soins en fin de vie	• 25 mars	Montmagny	Dysphagie et alimentation 3.5h	• 9 février	Québec	
	• 9 avril	Montréal	• 17 février	Trois-Rivières		
Soins en fin de vie 2	• 4 juin	Laval				
SCPD : Prévenir et intervenir (Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence)						
	• 10 février	St-Georges	• 17 avril	Saguenay	• 12 mai	Rivière-du-Loup

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

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

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



Pistes d'actions pour mieux tenir compte des réalités des personnes âgées lesbiennes, gaies, bisexuelles et transidentitaires (LGBT)

Denis Cormier,
de la Fondation Émergence



Ayant pour mission de lutter contre l'homophobie et desensibiliser le public aux réalités des personnes (LGBT), la Fondation Émergence a amorcé, en 2004, une réflexion sur le vieillissement des personnes LGBT. Cinq ans plus tard, l'organisme inaugurerait *Pour que vieillir soit gai*, un programme visant à sensibiliser les acteurs du milieu des aînés quant aux réalités des personnes âgées

LGBT. Dans un premier temps, cet article permet d'en connaître davantage sur leur parcours, leurs particularités et leurs enjeux actuels. Il propose également des actions concrètes et des outils qu'il est possible d'intégrer dans la pratique, afin d'assurer le bien-être et l'inclusion des personnes âgées LGBT.

Parcours des personnes âgées LGBT

Bien qu'au Québec et au Canada, les personnes LGBT aient atteint l'égalité juridique, les personnes âgées de ce groupe ont eu un parcours souvent ardu, marqué par diverses formes de discriminations. Prendre conscience de ce vécu permet de mieux comprendre certaines de leurs craintes et réalités.

Le saviez-vous?

L'homosexualité a existé de tout temps et dans toutes les sociétés. Elle a été acceptée durant l'Antiquité grecque et romaine, sous certaines conditions, mais a été le plus souvent condamnée, aussi bien par des religions que par différents régimes politiques. Considérés comme inférieurs et « ennemis de l'ordre », beaucoup d'homosexuels ont été condamnés au bûcher. Encore aujourd'hui, 79 pays interdisent les relations sexuelles entre adultes consentants de même sexe ou ont une loi imprécise à cet égard. Ainsi, de nombreuses sociétés condamnent l'homosexualité avec des sanctions allant de la peine de prison à la peine capitale. Enfin, notons que plus de 160 pays n'offrent aucune protection en cas de discrimination (Cage, Herman, & Good, 2014).

À la fin du XIX^e siècle, des médecins se sont intéressés à l'homosexualité. À la lumière de la psychologie et de la psychanalyse, qui en sont à leur balbutiement, l'homosexualité fut considérée comme une pathologie qu'on a tenté d'expliquer par des théories médicales et psychologiques et qu'on a essayé de guérir à l'aide de thérapies de conversion, d'électrochocs et même des lobotomies. Nombre d'ouvrages de spécialistes se sont multipliés à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle pour trouver une réponse et des solutions à un comportement jugé déviant. De nos jours, ces écrits servent encore de références à ceux et celles qui condamnent l'homosexualité, ils ne tiennent pas compte des études récentes qui abordent l'homosexualité, non pas comme une maladie, mais comme une orientation sexuelle parmi d'autres.

À retenir

Les personnes âgées LGBT ont vécu à une époque où l'homosexualité était considérée comme une maladie par le milieu de la santé et des services sociaux, comme un péché par les religions et comme un acte criminel punissable par la loi.

La naissance du mouvement des droits LGBT : les émeutes de Stonewall

Il faudra attendre la fin de la Seconde Guerre mondiale et surtout la fin des années soixante pour que des groupes de gais et de lesbiennes se forment, non plus comme des groupes sociaux fermés, mais comme des organismes de revendications œuvrant à lutter contre les discriminations et pour la décriminalisation des pratiques homosexuelles. Ces groupes s'inscrivent dans la montée du féminisme, des mouvements hippies et dans la revendication des droits civiques pour les Noirs américains qui culmineront dans les années soixante-dix.

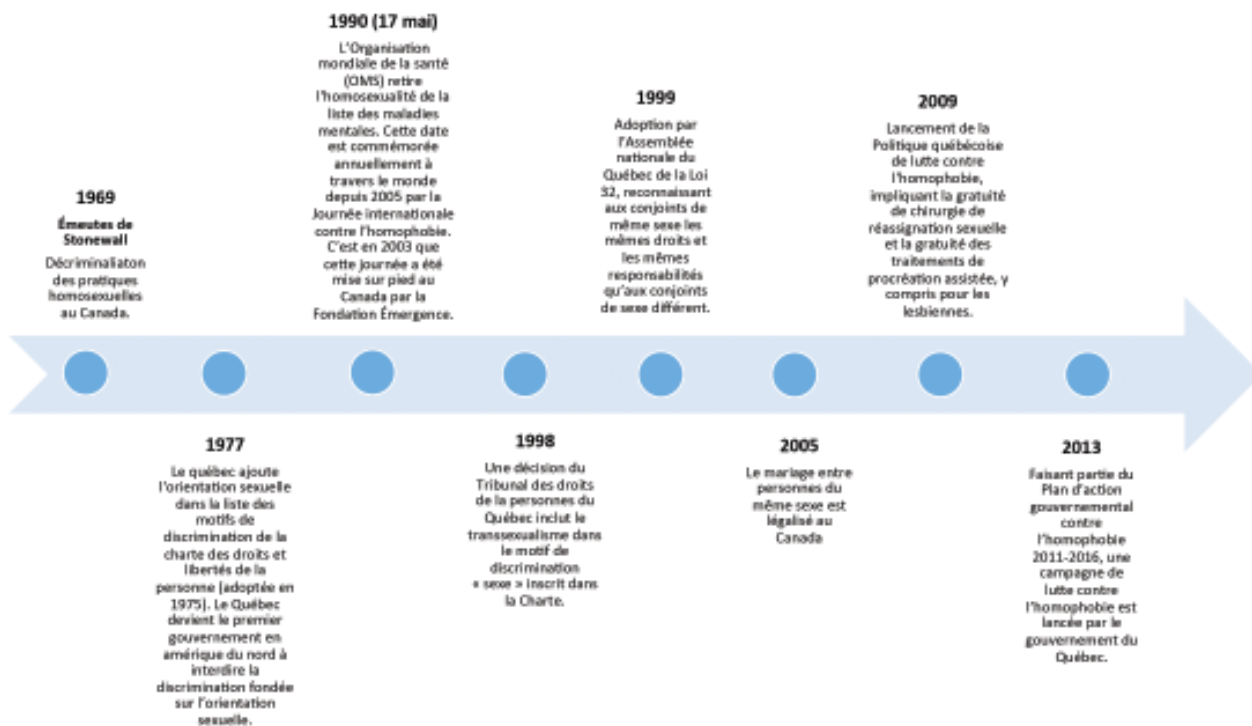
En juin 1969, fatiguées des incessantes descentes de police dans les bars, des personnes transidentitaires et des hommes gais vont spontanément manifester et s'opposer à une descente policière dans le bar Stonewall Inn, dans le quartier de Greenwich Village, à New York. Il s'ensuivra plusieurs jours d'émeutes. L'événement est retransmis par les chaînes de télévision. Les émeutes de Stonewall sont symboliques, car elles représentent le début du mouvement pour les droits civiques des personnes LGBT aux États-Unis, puis dans tous les autres pays occidentaux. Les défilés de la fierté gaie, qui ont lieu dans la majorité des grandes villes aux alentours du 29 juin, commémorent chaque année les émeutes de Stonewall.

Durant les décennies qui ont suivi les émeutes de Stonewall, de nombreuses associations ont été formées et sont descendues dans la rue pour se faire entendre. Des journaux diffusant de l'information et des textes de réflexions sur l'orientation sexuelle voient alors le jour. De plus en plus de gais et de lesbiennes commencent à dévoiler leur orientation sexuelle en dehors de la sphère du privé. On commence à parler de sortir de la clandestinité ou de « sortir du placard ». Les slogans reflètent l'idée qu'être gai ou lesbienne, ce n'est ni une maladie, ni un crime, ni une déviance morale, mais une autre façon de vivre sa sexualité. Tranquillement, mais sûrement, les communautés LGBT vont devenir plus visibles. Les lieux de socialisation, souvent des bars privés, vont maintenant avoir pignon sur rue. Dans certaines villes, les établissements fréquentés par cette clientèle se regroupent sur une même portion de rue ou encore dans des quartiers.

Le Village gai à Montréal est né à ce moment, aux alentours des années quatre-vingt. L'ouverture de

cafés, de restaurants et de bars dédiés va contribuer à développer une culture gaie et à la rendre visible. Des symboles sont dès lors reconnus par le grand public, comme le triangle rose et le drapeau arc-en-ciel. Des acteurs, des musiciens, des politiciens, bref, des personnalités publiques de tous les domaines vont devenir des modèles positifs pour les communautés LGBT. Mais surtout, grâce à ce mouvement, les personnes LGBT vont obtenir plus de droits. Au Canada, elles atteindront l'égalité juridique en 2005, avec la légalisation du mariage entre personnes de même sexe. Cette égalité juridique étant atteinte, les efforts de sensibilisation visent désormais une meilleure acceptation sociale des réalités LGBT. Grâce à ces efforts, une plus grande ouverture dans diverses sphères est constatée, dont le milieu du sport professionnel, qui accueille depuis les deux dernières années, le « coming out » de quelques sportifs toujours actifs.

Dates charnières du mouvement d'émancipation



Qu'entend-on par homophobie?

L'homophobie comprend « toutes les attitudes négatives pouvant mener au rejet et à la discrimination, directe et indirecte, envers les gais, les lesbiennes, les personnes bisexuelles, transsexuelles et transgenres¹ ou à l'égard de toute personne dont l'apparence ou le comportement ne se conforme pas aux stéréotypes de la masculinité ou de la féminité » (Ministère de la Justice, 2009, p. 9). Souvent insidieuse, l'homophobie se manifeste d'une multitude de manières, allant de la moquerie jusqu'à la violence physique et l'exclusion sociale. Plusieurs personnes âgées LGBT ont été élevées dans des milieux sociaux

et culturels où l'homosexualité était condamnée. N'ayant aucun modèle, certaines personnes homosexuelles ont intégré des préjugés et des normes sociales homophobes, les conduisant à une dévalorisation et à une haine de soi, se culpabilisant d'être ce qu'elles sont. D'autres vont, au contraire, retourner la dévalorisation, voire la haine, sur les homosexuels auxquels ils ne souhaitent pas ressembler, puis devenir à leur tour homophobes.

Particularités et enjeux actuels des personnes âgées LGBT

Malgré cette lutte d'émancipation, les personnes âgées LGBT ne s'en sont pas sorties indemnes. Aujourd'hui, elles font face aux mêmes enjeux du vieillissement que les autres. Leur parcours de vie, la méconnaissance de leur réalité et l'homophobie qui en résulte ont souvent laissé des marques. Des études et des témoignages indiquent qu'en général, les personnes âgées LGBT ont des particularités qui impliquent certaines difficultés supplémentaires. Souvent, elles :

- n'ont pas le soutien d'un réseau familial aussi important que celui des hétérosexuels;
- appréhendent de subir de l'homophobie dans le milieu des aînés;
- sont plus susceptibles de vivre de la solitude, de la dépression et de développer des dépendances;
- désirent que le choix de divulguer ou de taire leur orientation sexuelle soit respecté;
- souhaitent qu'en l'absence de la famille biologique (père, mère, sœur, etc.), la famille choisie² (amis les plus proches) soit prise en considération;
- s'attendent à ce que leur expérience de vie soit entendue et reconnue aussi bien par les acteurs du réseau des aînés que par les aînés hétérosexuels.

Thématiques récurrentes

Un recensement d'études portant sur les personnes âgées LGBT et publié par la Fondation Émergence permet d'explorer plus en détail les particularités énumérées ci-dessus et d'en faire ressortir des thématiques récurrentes.

Recherches et formation : invisibilité des personnes âgées LGBT

Les personnes âgées LGBT ont le sentiment de devenir de plus en plus invisibles aux yeux de la société, mais aussi aux yeux de leur communauté. En Australie, la gérontologue et sociologue Jo Harrison (2005), se basant sur les expériences américaines, et particulièrement en Californie, constate le manque de visibilité des personnes

âgées LGBT dans les recherches. Ainsi, la formation du personnel travaillant avec les personnes âgées et les politiques visant ces dernières seraient, selon elle, le fait de *l'hétéronormativité* prévalant dans toutes les sphères touchant les personnes âgées en Australie. Ce constat d'invisibilité prévaut dans toutes les études et recherches consultées, qu'elles proviennent d'Australie, des États-Unis, de Grande-Bretagne, d'Espagne ou du Canada (Fondation Émergence, 2010).

Méfiance envers les soins palliatifs et les soins de fin de vie

Le manque d'intérêt pour les réalités LGBT de la part des acteurs du milieu des aînés est doublé par la perception souvent négative de la part des personnes âgées LGBT, des services offerts aux aînés en général. Une méfiance envers toute forme d'institution est manifestée par la génération pré-Stonewall ayant connu la stigmatisation légale (criminalisation de l'homosexualité), religieuse (l'homosexualité comme péché), médicale (maladie mentale) et sociale (non-reconnaissance et exclusion des personnes homosexuelles). Cette méfiance pousse les personnes âgées LGBT à ne pas dévoiler leur orientation sexuelle et à ne pas chercher de l'aide en dehors du cercle des intimes, car elles ne se sentent pas dans un environnement accueillant et sécuritaire. Par ailleurs, le fait de ne pas aller chercher de l'aide et de ne pas demander des services aurait des conséquences sur leur santé physique (Fondation Émergence, 2010).

Taux d'isolement et de solitude plus élevés

L'isolement et la solitude peuvent entraîner des épisodes de dépression, ou encore une consommation abusive d'alcool ou de drogues (médicamenteuses ou non). Or, la propension pour les personnes âgées LGBT à vieillir dans la solitude et l'isolement est plus importante que pour les aînés hétérosexuels. Dans le quartier Lambeth de Londres, où vit une importante population LGBT, une étude révélait que la propension pour les personnes âgées LGBT à vivre seule était deux fois et demie plus élevée que pour les hétérosexuels (Keogh & al., 2006). Constat tout aussi préoccupant dans une enquête menée auprès des personnes âgées LGBT à New York, qui révélait que si 50 % des aînés de la ville vivaient seuls, ce pourcentage s'élevait à 80 % pour les personnes âgées LGBT. La même étude avançait que seulement 25 % des aînés LGBT avaient des enfants contre 75 % pour les aînés

hétérosexuels (New York State LGTB Health and Human Services Network, Herman, & Empire State Pride Agenda Foundation, 2000).

Importance de la famille choisie

Le fait que les personnes âgées LGBT aient moins d'enfants, soient moins souvent en couple et entretiennent des relations parfois plus distantes avec leur famille (frères, sœurs, neveux et nièces) met en évidence une autre particularité des personnes âgées LGBT : l'importance des **amis et amies**. Ceux-ci se substituent à la famille biologique et occupent une place prépondérante dans la vie des personnes âgées LGBT. Heaphy, Yip, et Thompson (2004), notent que des répondants, dans une proportion de 59 %, affirment qu'en cas de soutien émotionnel, en dehors de ceux qui avaient un conjoint, ces derniers faisaient appel à leurs amis, contre 9 % qui choisissaient leur famille d'origine. Selon ces auteurs, la notion de famille choisie est un concept nouveau qui devrait être pris en compte par ceux et celles qui œuvrent auprès des aînés.

Craintes quant aux résidences pour personnes âgées

Dans la majorité des enquêtes, le pourcentage des personnes âgées LGBT qui souhaiteraient des maisons pour LGBT dépasse les 70 % (pourcentage légèrement plus élevé chez les lesbiennes). Les raisons qui motivent un tel désir sont liées en grande partie, selon l'étude menée par Keogh et al. (2006), à la peur de ne pas pouvoir partager leurs expériences de vie avec les autres résidents, à la peur du rejet par les résidents, si ceux-ci apprenaient leur orientation sexuelle et à la peur de ne pas avoir la même attention de la part du personnel et des intervenants en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Ces craintes révèlent l'importance d'offrir des environnements sensibles aux réalités LGBT.

Présomption d'hétérosexualité (services aux aînés)

Il arrive parfois d'entendre l'énoncé suivant : « Nous n'avons pas de personnes âgées LGBT parmi notre clientèle ». Pourtant, d'ici 2018, au Québec, il est estimé qu'une population d'environ 210 000 aînés LGBT aura atteint l'âge de 65 ans et plus (Fondation Émergence, 2013). Selon l'enquête menée par le *Centre for Research on Families and Relationship* (2004), une grande majorité des répondants pense qu'il y avait

toujours la présomption d'hétérosexualité de la part des professionnels et des intervenants auprès des aînés. Selon les répondants, la présomption d'hétérosexualité, omniprésente chez tous les fournisseurs de services aux aînés, induit que ces derniers pourraient avoir des comportements hétérosexistes.

Réduction de l'homosexualité à la pratique sexuelle

On croit parfois qu'avec l'âge, la disparition de la sexualité implique aussi la disparition de l'homosexualité. Dans un premier temps, il importe de rappeler que la sexualité ne disparaît pas avec l'âge. En effet, les trois quarts des personnes âgées de 60 à 69 ans et environ un quart des personnes de 70 ans et plus sont toujours actives sexuellement (Wallach, 2013). Dans un deuxième temps, même en l'absence de sexualité ou en la présence d'une politique selon laquelle « on ne s'occupe pas de ce qui se passe dans les chambres », il est important de ne pas réduire l'orientation sexuelle à son expression uniquement sexuelle. Être gai ou lesbienne dépasse largement la relation sexuelle avec un partenaire de même sexe. Ainsi, en l'absence de sexualité, la dimension sociale et affective doit être prise en compte. Comme pour les couples hétérosexuels, ceux de même sexe se forment autour de sentiments amoureux et affectifs. Les couples de même sexe, composés de deux femmes ou de deux hommes, vivent les mêmes bonheurs et les mêmes difficultés que les couples de sexe différent. Ils ont eux aussi une expérience de vie et souhaitent être entendus et reconnus.

Vieillesse et VIH/sida

Un phénomène préoccupant les politiques de santé publique, le monde médical et les organismes VIH/sida est l'augmentation du pourcentage de cas de séroconversion dans la population âgée de 50 ans et plus. L'Organisation mondiale de la santé s'est d'ailleurs inquiétée du peu d'attention portée sur la transmission du virus passé 50 ans et déplore le peu d'enquêtes concernant cette question (Schmid & al., 2009). À Montréal, le groupe des hommes gais de 50 ans et plus formerait 30 % des personnes séropositives suivies par la clinique L'Actuel (Passiour, 2009). Cette proportion élevée chez les 50 ans et plus n'est cependant plus unique aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. En 2009, on constatait une proportion comparable de femmes et d'hommes hétérosexuels nouvellement infectés dans ce même groupe d'âge (Wallach,

2013). À l'époque où les hommes gais et bisexuels étaient plus concernés que les hétérosexuels, des recherches ont été réalisées afin de comprendre pourquoi les hommes ayant des relations avec les hommes se sentaient plus ou moins touchés par la transmission du VIH. Les études menées par Murray et Adam (2002), à partir de groupes de discussions composés de 46 hommes, âgés de 40 à 71 ans et ayant des relations avec d'autres hommes, apportent des éléments de réponses quant au possible relâchement des pratiques sexuelles sécuritaires pour les plus de 50 ans :

- lassitude à utiliser le condom;
- rencontre de partenaires sexuels plus difficile, donc les personnes sont moins portées à négocier des pratiques sexuelles sécuritaires quand l'occasion se présente, de peur de se voir refuser cette relation sexuelle;
- le condom accentuerait les difficultés érectiles.

D'autres facteurs entreraient en ligne de compte comme la sexualité avec différents partenaires et, très souvent sans protection, afin de briser la solitude et l'isolement. Par conséquent, il importe de miser sur la prévention du VIH auprès des aînés, peu importe leur orientation sexuelle.

Des actions au quotidien

À la lumière de ces thématiques récurrentes, il est important de reconnaître que l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont des spécificités identitaires au même titre que l'âge, le sexe, la langue et la religion. Ainsi, voici quelques actions qu'il est possible de poser au quotidien et qui ne passent pas inaperçues auprès des personnes aînées LGBT faisant appel à des services de santé :

- manifester des signes d'ouverture à l'égard des personnes aînées LGBT afin qu'elles se sentent plus à l'aise de dévoiler leur orientation sexuelle ou leur identité de genre;
- s'abstenir de présumer l'orientation sexuelle d'une personne en utilisant une terminologie plus neutre comme « partenaire de vie » plutôt qu'« époux » ou « épouse »;
- respecter le choix d'une personne aînée de dévoiler ou non son orientation homosexuelle ou sa transidentité;
- être conscient de l'importance de la famille choisie pour les personnes aînées LGBT;

- soutenir dans leurs démarches les personnes aînées victimes d'homophobie tant de la part des intervenants que des autres bénéficiaires. *Pour que vieillir soit gai*. Fiches d'information de la Fondation Émergence (2013).

Notes

La Fondation Émergence est une organisation qui propose du matériel d'information et de sensibilisation sous la forme d'une trousse d'outils de manière à favoriser la discussion et à mieux faire connaître les réalités des personnes aînées LGBT.

Des outils pour aller plus loin

Parmi ces outils, on compte la Charte de bientraitance, des capsules vidéo d'intervenants du milieu des aînés, un diaporama et un guide d'animation, des fiches d'information sur les réalités LGBT, un recensement des études portant sur les aînés LGBT, une filmographie et d'autres outils de sensibilisation.

Ces outils sont offerts gratuitement dans le site de la Fondation Émergence. Repéré à <http://www.fondationemergence.org>. Il est également possible de commander la version imprimée de certains outils en faisant une demande à courrier@fondationemergence.org.

Conférences, ateliers et kiosques

Le programme de diffusion de la trousse s'étend dans toutes les régions administratives du Québec. Il comprend des conférences, des ateliers et des kiosques d'informations que vous pouvez réserver en écrivant à courrier@fondationemergence.org.



Denis Cormier
 Directeur des programmes

Denis Cormier se joint à la Fondation Émergence à la fin de l'année 2008 où il pilote les activités liées aux programmes qu'il dirige : *Journée internationale contre l'homophobie, remise du prix Laurent McCutcheon, Pour que vieillir soit gai*. Il siège à divers comités consultatifs LGBT et donne des conférences au Québec et au Canada, notamment sur les réalités des personnes

ainées LGBT. Denis Cormier a fait des études en communication publicitaire aux HEC Montréal.

RÉFÉRENCES

Cage, F., Herman, T. & Good, N. (2014). *Lesbian, gay, bisexual and transgender rights around the world*. Repéré à www.theguardian.com/world/ng-interactive/2014/may/-sp-gay-rights-world-lesbian-bisexual-transgender

Chambre de commerce gaie du Québec. (2013). *Lexique LGBT sur la diversité sexuelle et de genre au travail*. Repéré à ccqg.ca/CCGQ-2014_Lexique-LGBT.pdf

Fondation Émergence. (2010). *Pour que vieillir soit gai : Recensement des études, recherches et expériences*. Repéré à fondationemergence.org/utilisateur/documents/recensement_aines.pdf

Fondation Émergence. (2013). *Pour que vieillir soit gai : Fiches d'information*. Repéré à http://fondationemergence.org/utilisateur/documents/aines/PQVSG_fiches.pdf

Harrison, J. (2005). Pink, lavender and grey : Gay, lesbian, bisexual, transgender and intersex ageing in Australian gerontology. *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review*, 1 (1), 11-16.



Une proposition de la Fondation Émergence

Charte de la bienveillance envers les personnes aînées lesbiennes, gaies, bisexuelles et transidentitaires

Préambule


Attendu que les personnes aînées de minorités sexuelles peuvent présenter un niveau élevé de vulnérabilité;

Attendu que celles et ceux qui œuvrent auprès des personnes aînées lesbiennes, gaies, bisexuelles et transidentitaires (LGBT) ou les côtoient, doivent contribuer à leur bienveillance;

Attendu que l'homophobie est une forme de discrimination au sens de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec et de la Charte canadienne des droits et libertés;

Dans ce contexte, la présente charte propose aux personnes qui œuvrent auprès des personnes aînées ou les côtoient, d'adhérer aux principes suivants :

1. Assurer aux personnes aînées LGBT un traitement égalitaire exempt de toute manifestation homophobe et transphobe.
2. Assurer aux personnes aînées LGBT un environnement exempt d'homophobie et de transphobie.
3. Prendre les mesures nécessaires pour que les personnes qui œuvrent auprès des personnes aînées ou les côtoient, adoptent une attitude positive à l'égard de l'homosexualité et de la transidentité.
4. Respecter le choix d'une personne aînée de dévoiler ou non son orientation sexuelle ou sa transidentité.
5. Assurer la confidentialité des informations obtenues relatives à l'orientation sexuelle ou à la transidentité d'une personne aînée, à moins d'avoir obtenu son consentement pour les divulguer.
6. Prendre les mesures nécessaires pour contrer les manifestations homophobes et transphobes, qu'elles soient verbales, psychologiques ou physiques, incluant les gestes, les moqueries et les insinuations.
7. Soutenir dans leurs démarches les personnes aînées victimes d'homophobie et de transphobie tant de la part des intervenants que des autres bénéficiaires.
8. Manifester des signes d'ouverture à l'égard des personnes aînées isolées du fait de leur orientation sexuelle ou de leur transidentité.
9. Encourager le respect et l'ouverture d'esprit des bénéficiaires à l'égard des personnes aînées LGBT.
10. Inclure la lutte contre l'homophobie et la transphobie dans les programmes de formation destinés aux personnes œuvrant auprès des personnes aînées.
11. S'abstenir de présumer de l'orientation sexuelle d'une personne et respecter son expression ou son identité de genre.


 Fondation Émergence
 Programme
 Pour que vieillir soit gai
www.fondationemergence.org

Charte de la bienveillance envers les personnes aînées LGBT, vol. 1, 2013. © Fondation Émergence

Heaphy, B., Yip, A. & Thompson, D. (2004). Non-heterosexual Ageing : social and policy implications. Dans Centre for Research on Families and Relationships, *Shaping Futures : LGBT people growing older - Report from a seminar of 11th May 2004*. The University of Edinburgh.

Keogh, P., Reid, D., Hickson, F. & Weatherburn, P. (2006). *The needs and experiences of Lesbians, Gay men, Bisexual and Trans men and women in Lambeth. The Full Report of Lambeth LGBT Matters, London Burrough Lambeth*. Repéré à www.sigmaresearch.org.uk/files/lambeth_long.pdf

Ministère de la Justice. (2009). *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie*. Repéré à www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/rapports/pdf/homophobie.pdf

Murray, J. & Adam, B. D. (2002). *Ageing and HIV risk among gay men*. ACT AIDS. Committee of Toronto, Toronto. Repéré à www.actoronto.org/research.nsf/pages/ageing+and+hiv

New York State LGTB Health and Human Services Network, Herman, T., & Empire State Pride Agenda Foundation. (2000). *Building community assets: lesbian, gay, transgender, and bisexual New Yorkers and their families : state of the state report 2000*. Albany, NY: The Network.

Passiour, A.-C. (2009). Clinique l'Actuel - Agrandissements et nouveaux services pour les séropositifs. *Fugues* (Montréal). Éd. Nitram. Repéré à www.fugues.com/227365-article-de-nouveaux-services-sexe-et-habitudes-de-vie.html

Schmid, G., Williams, B., Garcia-Calleja, J., Miller, C., Segard, E., Southworth, M., Tonyan, D., Wacloff, J. & Scott, J. (2009). The unexplored story of HIV and ageing. *Bulletin of the World Health Organization*. Repéré à www.who.int/bulletin/volumes/87/3/09-064030.pdf

Wallach, I. (2013). Des mythes sur la sexualité et le vieillissement à la non-prévention du VIH/sida auprès des aînés. *Pluriâges* (4) 1, 8-12.

World Health Organization. (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. Repéré à whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545577.pdf?ua=1

NOTES

¹Dans ce texte, nous utilisons l'expression «personnes transidentitaires» plutôt que «personnes transsexuelles et transgenres».

²Définition famille choisie : Ensemble des liens affectifs qui constituent le réseau de soutien d'une personne.

Cette définition s'applique particulièrement aux personnes des minorités sexuelles et de genre, qui vivent de manière disproportionnée des ruptures avec leur famille biologique ou adoptive. Dans l'absence d'une famille, plusieurs reconstituent ces liens profonds et durables avec des personnes de leurs communautés. (Chambre de commerce gaie du Québec, 2013, p.10)

Pour que vieillir soit gai

Dans le respect et la dignité



Réservation d'un atelier ou
d'une conférence : 514 866-6788

- Ateliers et conférences
- Guide d'animation
- Fiches d'information
- Charte de la bientraitance
- Outils promotionnels



www.fondationemergence.org

Les proches aidants d'âinés : entre générosité et risques d'épuisement

Bineta Gueye
Directrice des communications et des relations publiques
de l'APPUI national



Lorsqu'il est question de chronicité, les proches aidants se révèlent d'indispensables alliés pour les équipes de soins, assumant plus de 80 % du soutien à domicile. Or, plusieurs d'entre eux risquent de s'épuiser à la tâche. C'est pourquoi l'Appui pour les proches aidants d'âinés fait de l'intervention précoce la pierre angulaire de son approche, et propose comme principale action, le financement de services destinés à maintenir ou à améliorer la qualité de vie des proches aidants d'âinés.

Pour mieux comprendre la réalité des aidants, voici le témoignage d'une personne qui a dû rapidement apprendre à demander de l'aide aux proches qui l'entourent.

L'escalier descendant de la perte d'autonomie

Margot Lemire, Abitibi-Témiscamingue

« Mon ex-mari se nomme lui-même intervenant de première ligne, car il est le premier à accourir pour les besoins quotidiens. Il devient chauffeur privé, cuisinier de bonnes soupes aux légumes du midi, veilleur de sécurité, balayeur quand j'échappe un verre sur la céramique. Il est mon bras droit le plus solide et le plus constant. »

Je viens de retrouver le petit carnet où j'avais noté ceci en revenant à la chambre de l'hôpital après avoir subi la chirurgie qui allait me précipiter dans l'escalier descendant de la perte d'autonomie :

Un jour prochain
la jubilation d'exister
engloutira
toute souffrance.

Trop forte dose de médicaments sans doute?
Morphine puissante?

Il y a ensuite, sur l'autre page du carnet, quelques barbouillages... une tentative de dessins peut-être? Un exercice de signature pour me rappeler mon nom? Je ne sais toujours pas d'où me viennent ces mots qui ressemblent à une prophétie! Comme si mon inconscient stimulait mon courage et la foi en l'avenir. Maintenant je sais que c'est de cela dont il s'agit.

Cette chirurgie pour enlever la tumeur à l'hypophyse a bien réussi : le neurochirurgien a enlevé la tumeur ainsi que l'hypophyse pour éviter une récurrence. Pendant l'opération, j'ai fait un accident vasculaire cérébral (AVC) car un jet de sang s'est jeté à l'endroit du cerveau où se mesure le temps. Ne me demandez plus quelle est la date ni les séquences qu'il me faudra

aligner pour cuisiner une soupe Lipton poulet et nouilles. J'ai besoin d'un livre de recettes pour des mets simples que je faisais facilement avant. Le système endocrinien est complètement bousillé. J'ai perdu des mots, pour moi qui aime écrire, c'est affreux. Qui suis-je devenue? J'ai besoin d'aide pour marcher, pour aller jusqu'à l'auto, pour ranger le fauteuil roulant dans le coffre arrière. J'ai les jambes molles comme du coton. Si je tombe, impossible de me relever toute seule. La liste de mes limites est bien remplie : arthrose sévère aux genoux et à la colonne vertébrale, incontinence humiliante, fatigue et insomnie, prise de poids malgré la chirurgie bariatrique, diabète, un cœur fonctionnant à 40%... Bref, très amochée, la madame.

Il a fallu que j'apprenne rapidement à demander de l'aide. À dire s'il vous plaît et merci. J'ai compris aussi que les deux mots magiques qu'on enseigne aux enfants ne sont pas suffisants. Il faut ressentir le besoin. Le nommer calmement et attendre la réponse en sachant que l'autre est libre d'aider ou non selon ses propres besoins, son temps, et qu'il ouvrira son cœur pour acquiescer ou non à la demande. C'est cette ouverture du cœur qui est si précieuse, car il exige une grande intégrité de l'aidée et du proche aidant. C'est dans ce lieu de rencontre que les âmes se lient et jubilent.

Ma situation d'aidée me permet de connaître intimement mes proches. Une anecdote? Ma petite-fille de 5 ans demande si elle peut aider en essuyant mes pieds au sortir de la douche. Elle veut aider sa maman qui assiste dans l'habillement. Elle adore les parfums. Elle choisit donc un flacon de parfum pour la suite de la toilette du soir. Moi, je vois cette très petite jeune femme se dévoiler en toute confiance : c'est un moment privilégié où nos yeux se rencontrent au-dessus du flacon rose ou vert. Elle tapote délicatement mes pieds avec la serviette. Je sens qu'elle ne veut pas ajouter à la douleur. Elle demande souvent si je serai toujours en fauteuil roulant. Si je vais mourir bientôt? Ma situation d'aidée appelle la tendresse. Nous en profitons toutes les deux, elle et moi.

Mais, les plus grandes surprises viennent de mon ex-mari, qui est aussi mon voisin de la porte à côté. Il se nomme lui-même intervenant de première ligne, car il est le premier à accourir pour les besoins quotidiens. Il devient chauffeur privé, préposé au lavage des piqués souillés, cuisinier de bonnes soupes aux légumes du midi, veilleur de sécurité, balayeur quand j'échappe un verre sur la céramique. Il change les ampoules, cherche les petits papiers égarés, fouille dans le frigo pour trouver les ingrédients pour le repas du soir. Il est mon bras droit le plus solide et le plus constant.

Mes enfants, mes petits-enfants, les belles-filles, mes amies, mes voisins... tous sont mes proches aidants. Tous leurs gestes, tous leurs efforts me touchent au cœur. Tellement que parfois, je me sens coupable d'être malade et non autonome. J'ai honte. Si j'avais fait du sport aussi!!! Si j'avais mis moins de beurre sur mes rôties le matin, je serais moins lourde, si j'avais marché davantage, j'aurais les jambes plus solides... Si... Si...

Et il y a les « Yakas » avec qui je peine. Vous savez, ceux et celles qui ne connaissent pas vos problèmes, qui ne demandent pas non plus mais, qui ont LA solution : pour maigrir, *yaka* manger moins, faire du sport, marcher autant que tu peux, couper le beurre, l'huile, le sel, *yaka* prendre des racines de fleurs, *yaka* couper les quatre P : patates, pâtes, pain et pâtisserie... *yaka* boire beaucoup d'eau... ou des pleines tasses de jus de légumes.

Les « Yakas » prolifèrent dans le club des équipes médicales. Quand ils n'ont pas lu le dossier des spécialistes et qu'ils tirent à vue avec leur lunette de préjugés, ils sont des aidants inconscients des dégâts qu'ils font. Avec le temps, nous apprenons à qui nous avons affaire.

Rien n'est plus effrayant que de voir arriver près de soi un aidant qui sait la solution à vos problèmes. Il tient à son idée et vous allez lui obéir. S'il ne voit pas les résultats escomptés, il vous accusera de n'avoir pas suivi ses consignes. Si sa solution offre de bons résultats, même très minimes, il vous aura guéri et répandra la bonne nouvelle à tous vents.

Un jour, la responsable de l'Appui Abitibi-Témiscamingue vient à la maison. Lors d'un enregistrement vidéo, elle questionne mon ex-mari sur son rôle de proche aidant. L'enregistrement a servi de révélateur pour tout le monde. C'était une belle reconnaissance de l'aide apportée par ce voisin providentiel. Un regain de fierté pour lui qui répond à mes besoins du mieux qu'il peut.

Je conçois combien il est difficile de suspendre une activité pour répondre à un besoin de la voisine. La dernière demande en date était pour ramasser un concombre qui avait roulé par terre. En voulant faire le ramassage moi-même, je suis tombée en glissant de mon fauteuil, à plat ventre sur le plancher. Appel avec le bracelet alerte : police, ambulance, et deux heures et demie plus tard, je pouvais reposer tranquillement dans mon lit, heureusement sans douleur intense ni blessure et, tout près, mon ex-mari, inquiet, qui fait les cent pas dans la salle à manger.

Tous ces aléas de la vie produisent des liens qui

me rattachent tendrement aux autres, de cœur à cœur et alors, je jubile. Il y a là de précieux cadeaux que je n'aurais jamais reconnus si j'étais demeurée fièrement autonome.

La prophétie disait donc vrai.
Je n'ai plus peur.

Margot Lemire

Les aidants d'aînés : piliers de la société québécoise

Si les tendances démographiques se maintiennent, la population québécoise comptera, en 2061, 2,1 millions de personnes de plus qu'en 2011. Ces résultats, tirés des Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061, indiquent aussi que la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population québécoise devrait passer, d'ici 2051, de 16 à 28 %. Au sein de cette population vieillissante, c'est la tranche la plus âgée qui connaîtra la croissance la plus marquée. (Payeur, 2014) Dans ce contexte, la question du « prendre soin » est devenue un enjeu de société.

En effet, ces signes d'un Québec vieillissant mettent en relief toute l'importance des proches aidants d'aînés, qui contribuent au mieux-être de cette population en perte d'autonomie. Au Québec, on compte près de 370 000 aidants qui fournissent soins et soutien de cinq heures et plus par semaine à un aîné, et ce, sans rémunération. (Recensement de 2006, Statistique Canada)

Mais qui sont ces proches aidants d'aînés? Contrairement à la croyance populaire, les proches aidants d'aînés ne sont pas tous des personnes âgées qui ont la chance d'être encore autonomes. Bien au contraire, ce sont en grande partie des femmes dont l'âge varie de 45 à 65 ans, qui occupent un emploi et assument des responsabilités professionnelles et des responsabilités familiales. En plus de mener une vie active, ces proches aidants ont parfois du mal à concilier leur vie personnelle et professionnelle avec leurs tâches d'aidant. Selon une étude canadienne menée entre 2011 et 2012 par des enseignants des universités Carleton et Western (Duxbury, Higgins & Smart, 2011), un travailleur sur cinq s'occupe d'une personne âgée. Les deux tiers de ces répondants sont aussi des parents dont les enfants sont encore à la maison.

Si vous leur demandez pourquoi elles se dévouent ainsi, ces personnes vous répondront toutes qu'elles le font surtout par amour des leurs. Toutefois, cet engagement peut à la longue,

auprès de certains aidants, engendrer des risques liés au stress, à l'épuisement ou même à la détresse psychologique.

« J'aide, donc je n'ai pas besoin »

On ne peut s'enquérir de services si on ne sait pas que nous en avons besoin. D'abord, plusieurs ne reconnaissent pas leur rôle, très souvent parce qu'ils n'ont pas l'impression d'en faire beaucoup ou parce que l'aide qu'ils apportent est informelle. Ensuite, plusieurs aidants, souvent très engagés auprès de leurs proches, ne considèrent pas avoir eux-mêmes besoin d'aide, et font ce raccourci : « J'aide, donc je n'ai pas besoin ». « On constate que, le plus souvent, les proches aidants ne demandent rien pour eux », souligne Dr Michel Boivin, directeur général de l'Appui, un organisme constitué pour soutenir les aidants du Québec. « C'est pourquoi les professionnels de la santé doivent rester attentifs à ce partenaire silencieux qui accompagne leur patient et les référer le plus précocement possible », rappelle Dr Boivin lors d'une entrevue accordée en mars 2014 à Marilou Denault, de l'Appui national.

Contribuer à protéger les aidants des risques d'épuisement

Il faut donc arrimer nos efforts. À titre de professionnels de la santé, tous peuvent contribuer à les protéger des risques d'épuisement.

Comment ?

En agissant en complémentarité. En mettant sur pied des actions qui favorisent le repérage et le référencement précoce vers les ressources disponibles. En voici quelques exemples :

Des initiatives pour instaurer un protocole permettant de référer l'aidant vers les services de l'Appui ont vu le jour dans certaines régions, dont celle de Laval. En effet, dans le cadre d'un « Projet d'implantation ciblé en Groupe de Médecine Familiale (GMF) pour la clientèle atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée » mené par le CSSS de Laval, un partenariat s'est créé avec l'Appui Laval et la Société Alzheimer de la région afin de faciliter la cohésion et la complémentarité des services, ainsi que l'identification et le suivi des besoins des proches aidants. Un protocole de références permet maintenant aux intervenants de diriger les proches aidants qu'ils rencontrent vers l'Appui

Laval et/ou la Société Alzheimer et établit ainsi un lien avec les ressources du milieu.

Par ailleurs, dans le cadre des projets d'implantation « Arrimage » pour la clientèle atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en partenariat avec l'Appui national, s'est assuré que le volet pour les proches aidants soit clairement un des paramètres intégrés et évalués. L'objectif de ce « Projet Arrimage » est d'expérimenter l'opérationnalisation d'une action d'arrimage et de complémentarité entre le réseau de la santé et les Appuis régionaux. Concrètement, le projet, au stade d'expérience-pilote pour le moment, permettra aux GMF d'évaluer, de façon précoce, les besoins des aidants et de les référer à la ligne info-aidant de l'Appui où un conseiller aux proches aidants pourra les diriger vers les ressources disponibles et assurer un suivi tout au long de leurs trajectoires.

Les aidants font preuve d'une solidarité exemplaire auprès de leurs proches et contribuent à retarder l'institutionnalisation ; à notre tour d'arrimer nos efforts et de nous montrer solidaires envers eux. Comme le disait Pierre Bruneau, chef d'antenne de TVA Nouvelles, « que chacun de nous prenne le temps d'aller encourager les proches aidants de leur entourage, pour les supporter dans leurs épreuves. Parce qu'on aura tous, nous aussi, besoin d'un Autre, un jour ». (Entrevue accordée à Christine Bourcier, octobre 2014.) En effet, en soutenant la dyade que forment l'aidé et l'aidant, nous maximiserons les chances de retarder le plus possible l'institutionnalisation.

L'Appui

Une initiative gouvernementale concrète pour les aidants d'âinés du Québec

Au printemps 2007, le gouvernement du Québec a mené à travers la province une consultation publique sur les conditions de vie des âinés. Parmi les préoccupations exprimées, celle de soutenir les personnes les plus vulnérables et leurs proches a fortement été entendue. À l'automne 2009, le gouvernement du Québec a mis en place un fonds de 200 millions de dollars sur 10 ans pour le soutien aux proches aidants, avec la contribution financière de Sojecci II Itée (Société de gestion de la famille Chagnon) dans le but de répondre à cette préoccupation. Une société de gestion du fonds, appelée *l'Appui pour les proches aidants* (l'Appui national), a été mise en place en novembre 2009 pour recevoir, administrer

et octroyer les contributions versées au fonds. La stratégie principale de cette société a été de mettre en place dans chaque région du Québec un Appui régional. Le but ultime des Appuis : agir en précocité auprès des proches aidants en assurant une bonification et une continuité des services de proximité destinés aux aidants d'âinés, en complémentarité avec les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux. On compte actuellement au Québec 18 Appuis régionaux qui, au 30 septembre 2014, ont financé 359 projets destinés aux proches aidants d'âinés, pour un octroi de plus de 22 millions de dollars.

Facebook au service des proches aidants : l'esprit de communauté en ligne

Facebook connaît depuis quelques années une croissance fulgurante dans les groupes d'âge de plus de 45 ans. Outre la volonté de rester en contact avec la famille éloignée et les amis, de nombreuses personnes l'utilisent maintenant pour rechercher de l'information et socialiser en ligne. En effet, il s'agit d'une plateforme de choix pour parler de sujets plus délicats et sympathiser avec des gens qui partagent ensemble des réalités quotidiennes.

C'est dans cette optique que nous pilotons notre page : avec le moins d'ingérence possible sur les commentaires et les conversations que nos adeptes partagent simultanément entre eux. D'une page vers laquelle les proches aidants convergent d'abord pour chercher de l'information, nous arrivons à faire de celle-ci un endroit où des proches aidants s'aident et s'encouragent. Conseils et bons vœux fusent. On y partage spontanément expériences personnelles, messages de réconfort et coups de gueule, ce qui donne au final un véritable forum où peuvent échanger ceux qui prennent soin, au quotidien, d'une personne en perte d'autonomie. Comme si cette plateforme virtuelle devenait la place publique d'autrefois, mais sans les contraintes géographiques.

Nous tentons de mettre de l'avant l'apport extraordinaire que ces gens ont, tous les jours, sur la qualité de vie des âinés de leur entourage. Les outils technologiques tels que Facebook permettent de réaliser ce défi, tout en représentant une occasion de socialisation facile pour les proches aidants souffrant d'isolement.

Si vous connaissez ou êtes vous-même un proche aidant, joignez-vous à la conversation sur notre page facebook au : www.facebook.com/lappui

Mobiliser la population autour des proches aidants

La Semaine nationale des proches aidants se tenait du 2 au 8 novembre 2014. Dans le cadre de cette Semaine, acteurs clés, professionnels de la santé, grandes entreprises membres de la société civile et politique ont souligné à leur manière l'apport considérable des aidants à la société québécoise.

C'est dans ce cadre que le chapitre national de l'Appui a mis sur pied une série d'actions publicitaires et promotionnelles pour saluer le rôle important des aidants, dont une campagne télévisuelle publicitaire nationale, une campagne sur les médias sociaux et une exposition photos itinérante.

La campagne que l'Appui mène sur les médias sociaux offre des moyens ludiques et attrayants à l'entourage des aidants pour leur témoigner leur support. Un microsite regroupe des dizaines d'images inspirantes, couplées de citations ou de statistiques à propos des proches aidants. Les utilisateurs sont invités à les partager via leurs réseaux sociaux ou encore, d'une façon plus personnelle, par courriel. Avec pour but d'encourager la population à reconnaître le rôle des proches aidants autour d'eux, cette campagne invite les internautes à poser trois actions, soit en parler, pour faire connaître la cause, montrer leur soutien en envoyant une carte à un proche aidant d'ânés de leur entourage et, enfin, rendre service à un proche aidant de leur entourage.

Les proches aidants d'ânés sont partout autour de nous, et leurs actions méritent d'être reconnues et soulignées par leur entourage. C'est pourquoi l'Appui souhaite saluer leurs efforts et offrir une tribune à la population pour faire de même. Vous avez un aidant dans votre famille ? Vous connaissez quelqu'un qui prend soin d'un âné ? rendez-vous sur www.solidaires.ca et posez un geste pour cette personne.

Un outil simple et accessible en ligne pour démystifier la maladie d'Alzheimer

Pour un proche, l'évolution de la maladie d'Alzheimer comporte son lot de bouleversements, qui peuvent vite devenir anxiogènes si l'aidant n'a pas d'outils à portée de main pour l'aider à appréhender cette maladie invisible à l'œil nu et surtout, imprévisible.

La forme de démence qu'est la maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative qui touche les capacités cognitives de la personne, ce qui aura des conséquences sur son fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne et sur son comportement. En effet, le comportement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer change petit à petit, ce qui force le proche aidant à s'adapter, parfois de façon drastique, tout en ébranlant pour de bon les assises de leur relation. « En effet, ces changements de comportements viennent profondément modifier les habitudes et les façons d'interagir avec l'autre, deux aspects des relations interpersonnelles qui se bâtissent au fil des années, voire des décennies et dont il faut faire le deuil », souligne Julie Lamontagne, (2014), coordonnatrice à la formation et au Suivi qualité au Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Or, pour s'adapter, encore faut-il savoir comment faire.

En 2012, l'équipe du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS), avec la participation financière du ministère de la Famille et des Aînés du Québec, a justement voulu répondre à cette question, en produisant deux séries de capsules vidéo pédagogiques conçues pour les aidants et accessibles en ligne, sur le site de l'Appui.

La première série, intitulée « Interagir », présente des situations problématiques fréquemment vécues par les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. On trouve, dans chaque capsule, une mise en scène de la situation, des conseils puis la mise en pratique de ces conseils. La deuxième série, intitulée « Manœuvres », livre des trucs et astuces pour assister un proche dans ses déplacements.

Autre initiative du CESS, le Guide pour les proches aidants et les intervenants - *Problèmes rencontrés dans la maladie d'Alzheimer*, (Lucie Côté & al., 2012), propose également des interventions et des stratégies qui devront bien sûr être adaptées

à chaque personne touchée par la maladie et ajustées tout au long de son évolution, car les problèmes rencontrés ne sont pas les mêmes pour tous et diffèrent selon le stade de la maladie.

Les vidéos ainsi qu'une version PDF du guide peuvent être consultées sur le portail Web de l'Appui.

La version papier du *Guide pour les proches aidants* et les intervenants peut être commandée sur le site Internet du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

Des formations conçues pour mieux soutenir les aidants au quotidien

La Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, pilotée par madame Francine Ducharme, docteure en sciences infirmières, a elle aussi développé de précieux outils pour les aidants, dont une formation sur la gestion du stress, afin de soutenir les proches aidants qui s'occupent de leur parent âgé en perte d'autonomie au Québec : la formation MeSSAGES. Cet acronyme signifie « *Méthode électronique de Soutien aux Stratégies d'Apprentissage à la Gestion du Stress* », une méthode qui permet aux aidants de développer des habiletés pour s'adapter aux exigences de leur rôle et acquérir davantage de contrôle sur leur situation. Cette formation est offerte gratuitement grâce à une subvention du ministère de la Famille et des Aînés du Québec. Le programme comporte sept séances (environ 60 minutes chacune) où des objectifs précis et des exercices d'apprentissage à des stratégies d'adaptation, telles que la résolution de problèmes et la recherche de soutien, sont proposés aux aidants. (Ducharme et al., 2009).

Les thèmes des séances sont les suivants :

1. Se familiariser avec les étapes du processus de gestion du stress.
2. Prendre conscience de sa situation d'aidant et de ses différents aspects.
3. Analyser cette situation et choisir une difficulté pour laquelle un changement est souhaité. Formuler un objectif à atteindre.
4. Analyser le contexte de sa situation d'aidant et celui de la difficulté choisie.
5. Apprendre différentes stratégies pour s'adapter aux difficultés liées au rôle d'aidant. Sélectionner et mettre à l'essai une stratégie apprise pour faire face à la difficulté choisie.
6. Évaluer l'atteinte de l'objectif fixé au départ.
7. Effectuer un bilan du processus de gestion du stress.

Une fois inscrits (via le site de l'Appui), les aidants peuvent compléter les exercices au moment qui leur convient le mieux au cours de chacune des sept semaines de formation (formation accessible 24 heures sur 24). Ils sont regroupés virtuellement par groupe de huit à dix et sont accompagnés par une professionnelle de la santé (tutrice) qui les guide dans les différentes étapes de la formation. L'objectif est de les aider à trouver des façons nouvelles et plus efficaces de faire face aux difficultés et au stress liés à leur rôle d'aidant. De plus, tout au long de la formation, ils ont la possibilité d'échanger avec leurs pairs dans un forum de discussion qui leur est consacré.

La formation **Devenir aidant, ça s'apprend!**, un projet de recherche également développé par la Chaire Desjardins, vise à outiller les proches aidants d'une personne âgée de 65 ans et plus nouvellement diagnostiquée de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, afin qu'ils puissent mieux composer au quotidien avec la maladie de leur proche.

Devenir aidant, ça s'apprend! est une formation qui se déroule sur Internet, sur une période de sept semaines à raison d'une session hebdomadaire d'une durée approximative de 60 à 90 minutes. Chaque aidant est accompagné d'une professionnelle de la santé (tutrice) afin de réaliser les différentes étapes de la formation qui le mènera à mieux comprendre la maladie ainsi qu'à trouver des façons nouvelles et plus efficaces pour faire face aux difficultés qu'un aidant peut rencontrer au quotidien lorsqu'il prend soin d'un aîné atteint de la maladie d'Alzheimer. De plus, tout au long de la formation, les aidants ont la possibilité d'échanger avec leurs pairs, s'ils le désirent, sur un forum de discussion qui leur est dédié. (Ducharme & al., 2014)



Bineta Gueye

Directrice des communications et des relations publiques de la Société de gestion pour le soutien aux proches aidants (l'Appui national).

Son parcours lui a permis de développer une expertise dans la gestion des relations avec des partenaires gouvernementaux, la gestion de campagnes publicitaires et de relations publiques ainsi que l'organisation d'événements. Après des études en droit à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, elle a poursuivi ses études en communication à l'Université du Québec à Trois-Rivières, où elle a été responsable du Marathon d'écriture d'Amnistie internationale Canada, section francophone, en 2005. Elle a ensuite été responsable des communications du Comité des Fêtes du 375^e anniversaire de la Ville, directrice adjointe et directrice des communications de la Corporation de l'Amphithéâtre de Trois-Rivières. Elle a été présidente de l'Association des Sénégalais de Trois-Rivières, administratrice de la Maison L'Entr'Amis et membre du Regroupement des Femmes de la Mauricie. Elle termine actuellement une maîtrise en administration publique, profil gestion publique à l'École nationale de l'administration publique.

Vous avez des questions concernant ce projet? Consultez le site www.lappui.org ou contactez la coordonnatrice, Danielle Bellemare, inf., au 514 340-3540, poste 4787.

Des besoins réels, des outils concrets

Les aidants peuvent être orientés vers les services près de chez eux qui leur sont destinés, par le biais de ces outils :

- La ligne info-aidant au 1 855 8 LAPPUI.
- Le portail Web de l'Appui : www.lappui.org

RÉFÉRENCES

Citation de Julie Lamontagne tirée d'une entrevue accordée à Marilou Denault de l'Appui national. Octobre 2014.

Citation de Michel Boivin tirée d'une entrevue accordée à Marilou Denault de l'Appui national. Mars 2014.

Citation de Pierre Bruneau tirée d'une entrevue accordée à Christine Bourcier, photographe, pour l'exposition photo *Solidaires* de l'Appui national, Octobre 2014

Côté, L. & al. (2013). *Guide pour les proches aidants et les intervenants - Problèmes rencontrés dans la maladie d'Alzheimer*, CSSS-IUGS.

Ducharme, F. & al. (2014). *Devenir aidant ça s'apprend*, Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Ducharme, F. & al. (2013). *MeSSAGES*, Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Duxbury, L., Higgins, C. & Smart, R. (2011). *Elder Care and the Impact of Caregiver Strain on the Health of Employed Caregivers*, *Work*, 40(1), p. 29-40.

Léger Marketing. (2013). *Étude auprès des proches aidants d'âinés*, juin, projet # 14581-003.

Payeur, F. F. & al. (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*, Institut de la statistique du Québec. Septembre. 2014, p. 7.

Statistique Canada. (2006). *Recensement de la population de 2006*. Produit numéro 97-559-XCB2006015 au catalogue de Statistique Canada.

L'AQIIG fête ses 30 ans

Olivette Soucy,
Inf. M. Sc.

Le **6 juin 2014** avait lieu le colloque interdisciplinaire *Soins et services aux personnes âgées et à leurs proches : une expertise à reconnaître et un avenir à assurer*. Quelque 208 personnes, comprenant les participants et les exposants, s'étaient donné rendez-vous au **Centre des congrès et banquets Renaissance, à Montréal**.

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) célébrait alors son 30^e anniversaire de fondation. Regard sur le passé et vision sur l'avenir constituaient l'essentiel des conférences de la journée. Ainsi, une rétrospective des trente dernières années et de toute l'évolution des soins infirmiers gériatriques survenue durant cette période a été réalisée. De même, une évaluation des soins et services futurs offerts aux personnes âgées sur le plan de la santé a été présentée.

Francine Ducharme, inf. Ph.D. professeure titulaire de l'Université de Montréal, a fait un retour des 30 dernières années au niveau des soins infirmiers gériatriques et de leur évolution. On a pu constater tout le chemin parcouru !



André-Pierre Contandriopoulos, Ph. D. en économie, a partagé ses pensées sur l'avenir en s'interrogeant sur la possibilité d'offrir un accès équitable à des soins de qualité au Québec. Avec le rôle important joué par trois médecins au sein actuel du gouvernement, la vision médicale influencera-t-elle le réseau de la santé face aux anciens et nouveaux problèmes ?



Enfin, madame **Véronique Hivon**, responsable du dossier *Mourir dans la dignité* dans le présent gouvernement (Projet de loi 52, présenté et adopté par le gouvernement, le 5 juin 2014) a expliqué le projet actuel et répondu aux nombreuses questions de l'assistance.



L'après-midi, consacré à de nombreux ateliers, a permis d'échanger, entre autres, sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières dans les soins aux personnes âgées; la prévention du déclin fonctionnel des âgés en faisant équipe avec eux et avec leurs proches; les interventions clés à réaliser auprès des aînés afin de promouvoir la santé mentale et éviter le suicide; l'aide à fournir aux hommes proches aidants en intervenant sur leurs émotions; le soutien à apporter aux

personnes âgées en les informant des risques et périls d'une consommation excessive d'alcool. Les échanges ont aussi porté sur l'importance des télétraitements qui peuvent modifier l'offre de services en réadaptation; des soins infirmiers gériatriques, de leurs défis et des solutions pour l'avenir. Enfin, une conférencière nous a entretenus sur l'optimisation du bien-être des personnes vivant des problèmes cognitifs et qui émettent des cris.

Un témoignage de reconnaissance a été livré à mesdames Louise Lévesque et à Francine Ducharme pour leur implication au sein de l'Association. Elles ont toutes les deux reçu l'**insigne Reconnaissance** de l'AQIIG remise par la présidente, madame Francine Lincourt Éthier.¹



Divers prix, proposés par les exposants, ont fait l'objet de tirage parmi les participants présents. De même, cinq bourses de formation de 100 \$ chacune, offertes par l'Association, ont également été tirées au sort parmi les infirmières présentes, membres de l'association.

Pour souligner le 30^e anniversaire de l'AQIIG, une conférence de Monsieur Boucar Diouf : « *Ce que mon grand-père disait et ce qu'il ne savait pas* », a clôturé la journée. Ses propos ont charmé l'auditoire.



La présence de 19 exposants a suscité de beaux échanges avec les participants. Merci pour leur soutien, élément indispensable pour l'organisation et la réussite d'une telle journée.

Cette journée du 6 juin 2014 fut riche en émotions, en découvertes et en retours sur le passé. Tous sont repartis contents de leur journée.

Au plaisir de vous revoir tous lors de nos prochaines activités, souper conférence à Québec à l'automne et à Montréal au printemps 2015.

¹ Info OIIQ, 11 juin, 2014. Louise Lévesque et Francine Ducharme reçoivent un prix de l'AQIIG.

Remise de l'Insigne Reconnaissance de l'AQIIG à Francine Ducharme

Diane Saulnier

**Inf. M. Sc., Coordonnatrice des Chaires de recherche
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal**

Pour marquer son 30^e anniversaire de fondation, l'AQIIG désire également souligner la contribution d'une autre personne très méritante. Il s'agit de Madame **Francine Ducharme**, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, chercheuse à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et titulaire de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille depuis 2009.

Il faut dire, d'entrée de jeu, que Madame Ducharme faisait partie du groupe d'étudiantes de Madame Louise Lévesque. Une relève dynamique, créative et combien tenace qui a su influencer, entre autres, la population et les décideurs politiques sur la Loi instituant un Fonds de soutien aux proches aidants des aînés (loi 6), qui a vu le jour en 2009.

C'est aussi grâce à son action politique et à l'expertise développée à travers ses recherches que Madame Ducharme a réussi à faire implanter au Québec de nouveaux services pour les aidants via l'APPUI, un organisme voué à soutenir les proches aidants, ainsi que dans plusieurs CSSS du Québec et au sein d'établissements de santé en Suisse. Certes, elle n'était pas la responsable principale de l'implantation de ces projets, mais ses nombreux écrits (plus de 400 mémoires, lettres aux ministres, rapports, articles, etc.), et conférences (plus de 200) ont certainement influencé l'orientation et l'organisation de ces nouveaux services. Elle vous dira qu'il reste beaucoup à faire, mais pour l'AQIIG son implication sociale et professionnelle mérite d'être reconnue. On est loin de l'image que l'on se faisait il y a trente ans des chercheurs travaillant seuls dans leur tour d'ivoire !

Nous avons la chance de côtoyer une jeune femme qui s'est mérité plusieurs prix au cours de sa carrière. Nous n'en nommerons que quelques-uns, car la liste est longue et prestigieuse : le prix *Florence recherche de l'OIIQ*, le prix *Y des femmes* (catégorie santé), le prix *Nicolas Zay* de l'AQG. Il y a aussi des prix d'équipe pour la réalisation de divers projets : *Prix Innovation clinique* (Gestion du stress/MeSSAGES), le prix *Égalité-coup de*

cœur du public (cinq programmes d'intervention en psychoéducation).

L'AQIIG est fière d'offrir à cette femme généreuse et dédiée à la cause des proches aidants, l'**Insigne Reconnaissance de l'AQIIG** pour son apport important à la profession infirmière et ce, particulièrement en soins à la personne âgée et à la famille.

The logo for AQIIG features the letters 'AQIIG' in a bold, black, sans-serif font. To the right of the letters is a stylized graphic consisting of several small, colorful plus signs (+) in shades of blue, green, and purple, arranged in a cluster.

**Souper conférence de l'AQIIG
Montréal 23 avril 2015 à 17h**

**Les milieux cliniques et les
personnes malades.**

Un partenariat à repenser.

Conférence offerte par Monsieur
André Néron, président du Comité
de patients experts, Faculté de
médecine, Université de Montréal.

Réservation via le formulaire en ligne
sur le site internet de l'AQIIG
L'inscription comprend la présentation,
le souper-buffet, le stationnement et
une coupe de vin.

Remise de l'Insigne Reconnaissance de l'AQIIG à Louise Lévesque, 6 juin 2014

Olivette Soucy
Inf. M. Sc.

Nous sommes très heureux de remettre l'**Insigne Reconnaissance de l'AQIIG** à Madame Louise Lévesque qui est une personne très importante pour l'Association. Au cours des années, elle est devenue chef de file en gérontologie au Québec. La majorité des infirmières qui ont travaillé en gérontogériatrie ont été ses élèves.

À l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG), elle est devenue la référence. Déjà, en 2001, lorsqu'elle a reçu l'Insigne du mérite de l'OIIQ, Madame Lucie Berteau, alors présidente de l'AQIIG, écrivait dans l'éditorial de La Gérontoise à quel point nous étions reconnaissantes de toutes les recherches qu'elle a réalisées et qui « portent depuis plus de 20 ans sur la population que nous desservons, soit les personnes âgées ».

En 2006, un nouvel article dans la même revue présente Louise Lévesque : une pionnière en *sciences infirmières dans les soins en gérontologie*. On y résume ses études : baccalauréat à l'Université de Montréal, Maîtrise en Sciences infirmières à l'Université McGill et études à l'Université de York en Angleterre et à Los Angeles. On y retrace des moments marquants de sa vie, de sa naissance à Ville Saint-Laurent jusqu'à sa carrière internationale : Lausanne, Barcelone, Espagne, Angleterre, Beyrouth. Elle fut collaboratrice d'un projet international sur l'influence de la culture sur le rôle d'aidant avec différents chercheurs de l'Espagne, du Portugal, du Mexique, du Guatemala, du Liban, de la Suisse et bien sûr, du Québec. On peut bien être fières !

Rencontrer Louise Lévesque, c'est avoir rendez-vous avec une femme dynamique et généreuse. Au Québec, on ne compte plus ses exploits! Jusqu'à recevoir l'Ordre du Canada en 2009 et la Médaille du Jubilé de Diamant de la reine Élisabeth II en 2013.

Mais, ce qui nous touche le plus, c'est la réalisation de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à sa famille. Les recherches menées ont amélioré les soins, notamment pour les proches des personnes âgées en perte d'autonomie physique et cognitive.

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie est fière de présenter son **Insigne Reconnaissance** à une personne aussi méritante. Nous sommes chanceux de la côtoyer.



Pour toutes références aux articles dont il est fait mention dans ce texte, nous référons le lecteur à *La Gérontoise*. (2001). *Louise Lévesque : notre moteur de recherche*, vol. 12 (1) p. 6-9 ; (2006). *Des gens remarquables : Louise Lévesque : une pionnière en sciences infirmières dans les soins en gérontologie*, vol 17. (1) p. 10-15 ; (2009). *L'Ordre du Canada attribué à madame Louise Lévesque*, vol. 20 (1) p. 9; (2013) *Nouvelle de dernière heure*, vol. 24 (1) p. 9.

En marge du souper conférence à Québec

**Olivette Soucy,
Inf. M. Sc.**

Le 20 novembre 2014, madame Nancy Lachance, conseillère clinicienne en travail social était conférencière au souper conférence de l'AQIIG. Cette activité se déroulait au Centre de Santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Édifice Sacré-Cœur, à Québec. En guise d'introduction, elle a déclaré que, s'il est vrai que la vue diminue avec l'âge, il n'en est pas de même pour les droits fondamentaux. Cependant, les respecter et tenir compte des enjeux liés au respect des personnes déclarées inaptes ou dont on présume l'inaptitude, pose de nombreux défis.

Madame Lachance nous a entretenus du *Consentement à un soin et du droit de refuser pour une personne âgée : par qui ? Quand ? et comment ?* Répondre à cette question crée un dilemme pour les intervenants devant une personne vulnérable qui a besoin de protection. Comment favoriser son droit à l'autodétermination et son besoin de protection sans tomber dans le piège de l'excès de protection ou l'excès de laisser aller? La question est encore plus délicate quand il s'agit d'une personne dépendante et soumise.

Toute personne au Québec est protégée par la Charte canadienne des droits et libertés¹ et par la Charte des droits et libertés de la personne du Québec ainsi que par le Code civil du Québec.² Consentir ou non à ses soins est un droit fondamental qui découle du principe d'inviolabilité de la personne. Pour les intervenants, obtenir ce consentement est toujours obligatoire mais n'est pas requis dans une situation d'urgence.

Qui décide ? La personne elle-même ou, si elle n'est pas apte à consentir ou à refuser un soin, une personne autorisée par la Cour supérieure du Québec : un mandataire, un curateur ou tuteur sinon un membre de la famille. Selon l'article 12 du Code civil du Québec la décision doit toujours être prise dans le seul intérêt de la personne.

Le défi se présente quand la personne vulnérable est dépendante de quelqu'un qui refuse ou est incapable de prendre une décision dans l'intérêt de la personne. Un travail d'accompagnement est alors à prévoir. Madame Lachance insiste sur l'importance de la collaboration interdisciplinaire

dans cette démarche. L'infirmier (ère) y joue un grand rôle. Son opinion doit s'appuyer sur des faits et des observations étayées. « Obtenir la collaboration de la personne vulnérable ou de son représentant passe souvent par la relation entre ceux-ci et l'infirmière, » dit la conférencière. En conclusion, elle ajoute : « Les droits fondamentaux doivent être au centre de nos préoccupations et guider nos actions ! »

Pour cette conférence, suivie avec intérêt par un grand nombre d'infirmières et d'infirmiers, une attestation d'une heure de formation était accordée par la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal, pour ceux et celles qui en faisaient la demande.

Pour plus de renseignements : nancy.lachance@csssvc.qc.ca www.csssvc.qc.ca

La conférence de madame Lachance est disponible en ligne à l'adresse suivante: www.aqiig.org

¹ Charte canadienne des droits et des libertés, loi constitutionnelle (1982)

² Charte des droits et libertés de la personne – Code civil du Québec. Adoptée 27 juin 1975

Bourses de 100 \$ remises lors du souper conférence à Québec (lettres envoyées le 27 nov. 2014)

Lise Lebel, certificat 11
558, Ave du Fleuve, Québec, QC, G1E 3M9

Charlène Joyal, certificat 12
465, Père Lacombe, Québec, QC, G1K 1A1

Julie Mignault, certificat 13
2295, des Belles de Nuit, Québec, QC, G3E 2H5

Marie-Ève Tessier, certificat 15
1681, Guillaume Renaud, Québec, QC, G2K 0J9

Katleen Grant, certificat 14
9828, Carré de Provence, Québec, QC, G2B 3R4

Par Olivette Soucy,
Inf. M. Sc.

Mario Paquet, (2014) *Prendre soin à domicile... une question de liens entre humains*, Les Presses de l'Université Laval, 250 pages.

Dans son quatrième livre et le troisième sous forme de dialogue¹, Mario Paquet sociologue, explore les liens de proximité présents dans les soins de soutien à domicile (SAD). Indispensables en milieux de soins hospitaliers, ils s'avèrent essentiels à domicile, milieu naturel des personnes soignées et de leurs proches. Selon l'auteur, « prendre soin est tout d'abord une question de liens entre humains, une question de savoir-faire, mais aussi, fondamentalement, une question de savoir-être (p.23) ». Il soutient aussi qu'« Au-delà des services prodigués, les intervenants créent et entretiennent des liens nécessaires au bien-être de ceux et celles qui vivent une expérience de soins à domicile (p.32) ».

Cette publication présente les résultats d'une étude qualitative effectuée auprès de soignants à domicile de la région de Lanaudière. Elle s'est déroulée en trois phases : une première d'exploration sur trois territoires différents, une seconde de validation des données et une troisième d'analyses secondaires.

Ce livre, en mettant l'emphase sur les améliorations à apporter dans les soins à domicile, prend toute son importance dans le contexte actuel de la vision ministérielle (2013) qui favorise le maintien à domicile le plus longtemps possible. Il souligne également les difficultés vécues par l'intervenant qui y travaille, obligé de faire toujours plus vite afin de visiter le plus de malades possible. Les chapitres sur les effets de la proximité des soins sur la santé et le bien-être des malades et de leur famille et sur celui des intervenants en Soutien à domicile (SAD) sont particulièrement significatifs.

Mario Paquet présente la réalité vécue par ceux qui doivent travailler dans le milieu de vie des personnes. Ils y trouvent souvent des êtres isolés, en perte d'autonomie physique et cognitive, supportés par des aidants naturels épuisés et dépassés par la situation. En contrepartie, il signale aussi le bonheur ressenti par les intervenants lorsqu'ils réussissent à établir et à garder des liens

tout en respectant les personnes et cela, sans s'immiscer dans la vie des gens sous leurs soins. C'est là, tout un défi !

Les intervenants participants à cette recherche s'expriment par les voix de Autonome S'démène, aidante surnaturelle et de Marie-Élaine Va-De-Bon-Cœur, intervenante. Les deux personnages principaux évoquent les réalités vécues sur le terrain. Elles soulignent également comment les liens de proximité, bien réalisés, s'avèrent un investissement en santé. En femmes expérimentées, elles reconnaissent que ce « n'est pas du temps perdu et qu'il peut être rentable ». Il faut lire *Prendre soin à domicile : une question de liens entre les humains* et appliquer les directives.

Mario Paquet, sociologue, est agent de planification, de programmation et de recherches à la Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Lanaudière. Il est chercheur invité à l'Institut national de recherche scientifique (INRS-Urbanisation, Culture et Société) et chercheur associé au centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM).

RÉFÉRENCE

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *L'autonomie pour tous. Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*. Un Québec pour tous. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec. Gouvernement du Québec.

¹ Mario Paquet (2008) *Entretien avec une aidante « surnaturelle » Autonome S'démène pour prendre soin d'un proche à domicile*, Presses de l'Université Laval, Québec.

Pour toute communication avec l'Association

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

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

Membres du Conseil d'administration 2014-2015

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

Huguette Bleau, vice présidente
hbleau@hotmail.com

Céline Lagrange, trésorière
clag02@hotmail.com

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

Maria Crescenzi, administratrice
Conseillère aux activités cliniques - Contractuelle
mariacrescenzi@sympatico.ca

Johanne Dumas, administratrice
johanne.dumas.iugm@ssss.gouv.qc.ca
514 340-2800 poste 3416

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

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

Linda Thibeault, collaboratrice
Conseillère spécialisée en soins infirmiers en
psychogériatrie, Directrice et rédactrice en chef
de *La Gérontoise*
nursegirl@live.ca
450 445-1070

À la recherche d'auteurs

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

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

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

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

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

Courriel de l'Association : info@aqiig.org



AQiiG  30 ANS

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériologie