

# La G<sup>+</sup>érontoise

Leadership infirmier



## DANS CE NUMÉRO

- P.7** > L'exercice du leadership clinique infirmier : définition et illustration pour la pratique auprès de personnes âgées
- P.12** > Le leadership infirmier transformationnel et l'intégration précoce de l'approche palliative en centre d'hébergement de soins de longue durée : Une revue intégrative des écrits
- P.21** > Odette Roy en entrevue avec Francine Ducharme
- P.31** > Plaidoyer pour une loi sur des ratios sécuritaires en santé au Québec
- P.34** > Le leadership infirmier : essentiel pour un changement de pratique en faveur de la réduction des contentions et de l'isolement en contexte de pandémie
- P.42** > L'exercice du leadership clinique infirmier chez les infirmières nouvellement diplômées qui œuvrent auprès d'une clientèle de personnes âgées
- P.46** > Les milieux d'hébergement novateurs pour les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs : Partie 1

AQiiG<sup>+</sup>

Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en gériologie

# La Gérotoise

## AQIIG

CP 89022 - CSP Malec  
Montréal (Québec) H9C 2Z3  
Site web : [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)  
Courriel : [info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org)

La Gérotoise : [communications@aqiig.org](mailto:communications@aqiig.org)  
Publicité : [coordination@aqiig.org](mailto:coordination@aqiig.org)  
Téléphone : 514.360.7273 poste 3120

### Présidente de l'AQIIG

Huguette Bleau  
[presidente@aqiig.org](mailto:presidente@aqiig.org)

### Rédaction

Rédactrice en chef par intérim  
Ginette Labbé

### Comité de la revue

Angélique Paquette  
Ginette Labbé  
Huguette Bleau  
Louise Francoeur  
Odette Roy

### Révision linguistique

Solange Bleau  
Membres du comité de la  
revue

### Création graphique et mise en page

L'ASSOCIÉ

### Dépôt légal

2<sup>e</sup> trimestre 2022  
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 gérontologie.

Cette revue est destinée à tous ses membres particuliers ou corporatifs. 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 et d'avoir une autorisation écrite de l'éditeur. Seuls les membres de l'AQIIG peuvent utiliser les articles sans autorisation, mais ils doivent citer 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* numérique est envoyée gratuitement à tous les membres. Pour faire partie de l'Association, vous devez compléter une demande d'adhésion.

Le coût de l'abonnement est de 35 \$ pour un an et de 60 \$ pour deux ans (étudiant et retraité), de 50 \$ pour un an et de 85 \$ pour deux ans (membre régulier), de 350 \$ pour un an et de 450 \$ pour deux ans (membre corporatif).

*Les prix indiqués ci-dessus sont avant taxes.*

**Pour plus d'information, consulter le site internet [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org), ou communiquer au 514 360-7273, poste 3120.**

# Sommaire

- 4 Mot de la présidente
- 5 Mot de la rédactrice en chef
- 6 Mot du Comité scientifique

## FONDEMENT DU LEADERSHIP INFIRMIER

- 7 L'exercice du leadership clinique infirmier : définition et illustration pour la pratique auprès de personnes âgées - Geneviève Boutin, inf., M. Sc., M.B.A., Ph. D. (c), Isabelle Brault, inf., Ph. D. et Jacinthe Pepin, inf., Ph. D.

## APPROCHE PALLIATIVE

- 12 Le leadership infirmier transformationnel et l'intégration précoce de l'approche palliative en centre d'hébergement de soins de longue durée : Une revue intégrative des écrits - Gabrielle Prud'homme, inf. M. Sc. et Émilie Allard, inf., Ph. D.

## ENTREVUE

- 21 Odette Roy en entrevue avec Francine Ducharme
- 31 Plaidoyer pour une loi sur des ratios sécuritaires en santé au Québec

## LA CONTENTION ET LE LEADERSHIP

- 34 Le leadership infirmier : essentiel pour un changement de pratique en faveur de la réduction des contentions et de l'isolement en contexte de pandémie - Marilène Coulombe, inf. M. Sc.

## LA RELÈVE INFIRMIÈRE ET LE LEADERSHIP

- 42 L'exercice du leadership clinique infirmier chez les infirmières nouvellement diplômées qui œuvrent auprès d'une clientèle de personnes âgées - Sara Alami Hassani, M. Sc. inf.

## LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT NOVATEURS

- 46 Les milieux d'hébergement novateurs pour les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs : Partie 1 - Philippe Voyer, inf., Ph. D., Émilie Allaire, M.A., Anne-Marie Veillette, M.A. et Camille Savoie, inf., Ph. D. (c)

## J'AI LU

- 52 *Manifeste du prendre soin à domicile* - Noël-Jean Mazen et David Sadigh

# Mot de la présidente



Chères lectrices et chers lecteurs,

Fidèle à sa mission, l'AQIIG s'active afin de continuer à offrir des services d'information et de formation à la hauteur de vos attentes. De plus, elle prend parole dans de nombreux dossiers touchant les soins aux personnes âgées et la profession infirmière.

Grâce à notre comité de la revue *La Gérotoise*, vous bénéficiez encore aujourd'hui d'une édition fort intéressante et pertinente. Notre rédactrice en chef a le plaisir d'en présenter le contenu.

En octobre dernier se tenait notre Assemblée générale annuelle suivie de notre Journée scientifique annuelle au thème très d'actualité : L'enjeu crucial du réseau : l'envergure des besoins des aînés. Un défi pour les dirigeants. Les évaluations de la journée ont démontré la grande satisfaction des participants. La Journée scientifique d'octobre 2022 nous portera à la rencontre des Premiers Peuples, sous la prémisse que mieux connaître c'est mieux soigner. Surveillez la publicité et allez à notre site Web pour l'inscription. Quant à l'Assemblée générale annuelle 2022, elle a eu lieu le 27 avril dernier, juste avant notre nouvelle activité de formation, une Journée thématique : Les soins de plaies...démystifiés par Chantal Labrecque. Afin de mieux faire connaître *La Gérotoise*, les participants à cette journée ont reçu gracieusement l'édition de l'automne 2021.

Le succès de notre série de webinaires d'une heure offerte en rediffusion nous incite à récidiver! Une deuxième série aux sujets tout aussi pertinents les uns que les autres est maintenant présentée sur notre site Web, vous êtes invités à la consulter pour plus d'information et à vous inscrire [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org).

À ces activités de formation s'ajoute l'implication de l'AQIIG dans les grands enjeux touchant la profession infirmière. Ainsi, les administratrices de l'AQIIG participent activement à l'Alliance pour les soins infirmiers au Québec pour la norme d'entrée à la profession, elles collaborent avec la FIQ pour des ratios sécuritaires dans les soins de santé. En ce sens, il est important d'aller à la page du *Plaidoyer pour une loi sur les ratios sécuritaires en santé au Québec* afin de prendre connaissance de cette importante demande, appuyée par l'AQIIG, et le cas échéant d'y apposer votre signature. Également, à la demande de l'OIIQ, une administratrice rencontre les représentants des médias afin de discuter des soins aux personnes âgées; il est possible de voir les entrevues de TVA sur notre page Facebook et sur notre site Web. En mars nous avons participé aux rencontres de consultations sur les normes de pratiques de soins (HSO) aux personnes âgées.

Rappelons que l'AQIIG est un organisme à but non lucratif qui existe depuis 1984 afin de diffuser le savoir sur les soins aux personnes âgées pour en assurer la qualité et la sécurité. Votre soutien en tant que membres et participants à nos activités de formation ainsi que celui de nos fidèles commanditaires est important. Nous vous en remercions.

Merci d'être là.

A handwritten signature in black ink that reads "Huguette Bleau". The signature is written in a cursive, flowing style.

**Huguette Bleau, Ph.D.**  
Infirmière retraitée | Présidente

# Mot de la rédactrice en chef



Chers lecteurs et lectrices,

Vague après vague la pandémie nous talonne mais les chauds rayons du soleil nous détendent et nous font sourire. Nous songeons à de beaux moments en famille pendant les vacances qui approchent. Je suis heureuse de vous présenter cette revue dont le thème est le leadership infirmier.

Le rapport des commissaires Francine Ducharme et Robert Salois sur le leadership infirmier, *Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec, un changement porteur d'avenir* a été publié à l'automne 2021. Le comité de rédaction de *La Gérotoise* a demandé à différents auteurs et autrices de nous parler des applications concrètes du rapport auprès de la personne âgée. Premièrement, pour faire suite à ce rapport, Francine Ducharme a accepté l'invitation d'Odette Roy pour un entretien en lien avec le rapport. Geneviève Boutin définit le concept du leadership clinique, lequel peut s'exercer de façon individuelle ou collective. Gabrielle Prud'homme nous présente une revue intégrative des écrits sur le leadership clinique en CHSLD auprès de la clientèle en soins de fin de vie où l'infirmière peut, par ses directives infirmières, assurer des soins de qualité et une bonne communication intra et interprofessionnelle. Marilène Coulombe démontre l'importance du leadership clinique lors de l'application des contentions et de l'isolement chez une clientèle âgée. Sara Alami Hassani aborde le développement du leadership clinique des infirmiers et infirmières nouvellement diplômés et l'importance de cette acquisition pour donner une qualité de soins optimale et sécuritaire. Philippe Voyer nous présente un nouveau paradigme de milieu de vie novateur donnant plus de place à la liberté, à la participation sociale et à l'autonomie des personnes hébergées. La suggestion de lecture *Le Manifeste du prendre soin à domicile* de Noël-Jean Mazon et David Sadigh aborde les valeurs et l'éthique dans les soins à domicile. Et finalement, c'est ce pourquoi nous avons retardé notre publication et attendions avec impatience, le *Plaidoyer pour une loi sur les ratios sécuritaires en santé au Québec*. Prenez-en connaissance et signez-le si vous êtes d'accord.

*La Gérotoise* de l'automne 2022 aura pour thème la santé mentale chez la personne âgée. Le comité de rédaction invite les autrices et auteurs qui s'intéressent à la santé mentale des aînés à soumettre un article sur le suicide, la dépression ou encore sur une perspective de santé mentale dans la vie communautaire. Vous voulez partager votre expertise en santé mentale? Contactez [info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org)

Au printemps 2023, le comité de la revue s'intéressera aux aînés des Premiers Peuples. Vous travaillez auprès d'eux et voulez partager votre expérience et nous faire découvrir leur richesse culturelle afin d'améliorer la communication et la qualité des soins à prodiguer? Vous avez déjà pratiqué auprès de ces communautés et désirez échanger avec nous vos connaissances et expériences? N'hésitez pas à nous contacter à [info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org) et même à passer cette information à une ou un collègue.

Bonne lecture!

**Ginette Labbé, inf. clinicienne retraitée**  
Rédactrice en chef en intérim

# Mot du Comité scientifique

Le 28 octobre dernier avait lieu la Journée scientifique de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gériatrie (AQIIG) intitulée L'enjeu crucial du réseau : l'envergure des besoins des aînés. Un défi pour les dirigeants précédée par l'Assemblée générale annuelle. Une première pour le Comité scientifique, une présentation uniquement en virtuel et avec rediffusion! Bien sûr, quelques « petits pépins » se sont glissés en cours de journée mais ils ont été largement compensés par le dynamisme, la compétence et la préparation de notre équipe. Merci aux membres du Comité scientifique, à notre partenaire L'ASSOCIÉ pour l'organisation de cette journée, aux différents partenaires-commanditaires, à notre conférencier Damien Contandriopoulos et à notre conférencière Lucie Tremblay ainsi qu'à nos panélistes Danielle Fleury, France Falardeau, Luc Mathieu et Damien Contandriopoulos. Également, toutes nos félicitations à la gagnante de notre concours soulignant le 35e anniversaire de l'AQIIG, madame Nathalie Morin du Groupe Roy Santé, qui a gagné la toile offerte gracieusement par l'artiste peintre autodidacte Bello. Merci Bello pour cette magnifique toile.

Encore une fois, vos commentaires et le pourcentage de satisfaction exprimé dans l'évaluation de la Journée scientifique (96%) nous encouragent à poursuivre dans la recherche de thèmes répondant à vos préoccupations ou intérêts, de conférenciers et panélistes reconnus pour leur expertise et leur habileté de communication.

Depuis quelques mois déjà, nous travaillons à l'organisation de la prochaine Journée scientifique qui se tiendra le 27 octobre prochain, en mode virtuel, sous le thème La santé et le bien-être des aînés des Premiers Peuples : mieux comprendre pour mieux soigner. Dès maintenant, vous avez accès à différentes formations webinaires sur des sujets d'intérêt. Toutes ces activités de formation vous sont offertes avec la possibilité d'obtenir une attestation de participation et une attestation de réussite laquelle donne droit à des heures accréditées.

Au plaisir de vous retrouver lors de nos activités de formation.

**Francine Lincourt Ethier**  
Présidente du Comité scientifique



Madame Nathalie Morin, gagnante de la toile de l'artiste Bello à la fin de notre Journée scientifique du 28 octobre dernier.



# L'EXERCICE DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER : DÉFINITION ET ILLUSTRATION POUR LA PRATIQUE AUPRÈS DE PERSONNES ÂGÉES

GENEVIÈVE BOUTIN, inf., M. Sc., M.B.A., Ph. D. (c)

ISABELLE BRAULT, inf., Ph. D.

JACINTHE PEPIN, inf., Ph. D.

Le leadership clinique des infirmières exerçant dans les unités de soins hospitaliers est crucial pour la qualité des soins. Il est d'autant plus important chez celles exerçant auprès de personnes âgées, une clientèle souvent fragile et vulnérable. Mais ce concept clé a-t-il suffisamment été clarifié de façon à ce que l'ensemble des infirmières puissent l'intégrer dans leur pratique quotidienne auprès de leur clientèle ? Cet article vise à définir le concept du leadership clinique et à l'illustrer au regard de tous les rôles infirmiers. Auprès des personnes âgées hospitalisées dans des unités de soins hospitaliers, le leadership clinique peut s'exercer de façon individuelle ou collective. Le leadership collectif est défini comme étant « un phénomène émergent et dynamique par lequel les rôles de leadership et d'influence sont distribués entre les membres de l'équipe » (D'Innocenzo et al., 2016, p. 1968, traduction libre). Il est de plus en plus mis en valeur et recherché pour assurer la sécurité des patients et la qualité des soins.

## INTRODUCTION

Afin d'assurer des soins de qualité et sécuritaires, des instances professionnelles et ministérielles (Australian College of Nursing [ACN], 2015; Ducharme et Salois, 2021) ainsi que des chercheurs (Grindel, 2016) s'entendent quant à la nécessité de développer un leadership fort chez les infirmières à tous les niveaux de la profession, en particulier chez celles qui exercent dans les unités de soins. En effet, en raison de leurs rôles et de leurs interactions auprès des patients et d'autres professionnels de la santé, les infirmières ont un impact prépondérant au sein du système de santé (ACN, 2015; Ducharme et Salois, 2021). Ceci est d'autant plus important chez celles qui exercent auprès d'une clientèle vulnérable dont font partie les personnes âgées. **Le leadership infirmier serait absolument crucial pour la qualité des soins aux personnes âgées où qu'elles se trouvent** (Myrick et Pepin, 2022).

Malgré l'importance reconnue de ce concept, celui-ci demeure incompris par les infirmières (Stanley, 2018).

Selon l'ACN (2015), le leadership des infirmières dans les unités de soins constitue l'intégration du leadership et de l'expertise clinique, et est nommé « leadership clinique ». Un nombre croissant d'écrits empiriques traitent du leadership clinique infirmier au point de dispensation des soins, particulièrement dans les unités de soins hospitaliers. Ces écrits portent essentiellement sur le leadership exercé dans l'un ou l'autre des rôles spécifiques infirmiers. Notamment, les auteurs ont examiné l'exercice du leadership clinique des infirmières soignantes (Chávez et Yoder, 2015), des infirmières en pratique avancée (Lamb et al., 2018), d'infirmières responsables d'unités de soins (Husebø et Olsen, 2019) et gestionnaires (Mannix et al., 2015). Plusieurs auteurs dans le domaine de la santé, particulièrement au Royaume-Uni, mettent en évidence qu'une perspective collective du leadership serait mieux adaptée aux organisations de santé contemporaines (Département of Health, 2015; Eckert et al. 2014; West et al., 2015). En effet, selon ces auteurs, le leadership collectif permettrait de mieux assurer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Le but de cet article est de définir le concept du leadership clinique et de l'illustrer au regard de divers rôles infirmiers au sein d'une équipe.

## LE LEADERSHIP CLINIQUE

Le leadership clinique infirmier est étudié depuis le milieu des années 1990. Des auteurs ont défini ce leadership selon les caractéristiques des leaders. Par exemple, selon Stanley (2006), il est question d'une personne experte clinique, accessible, exerçant une communication efficace, un modèle de rôle qui motive ses collègues grâce à ses valeurs et croyances relatives aux soins infirmiers qu'elle prodigue. D'autres auteurs l'ont plutôt défini comme des comportements. En effet, selon Lett (2002) les infirmières soignantes qui exercent un leadership clinique, d'une part, guident les patients dont elles sont responsables et, d'autre part, sont dotées d'habiletés comme expertes cliniques pour donner une vision, et soutenir l'empowerment. En 2010, Pepin et al. ont défini le leadership clinique comme «une compétence professionnelle démontrée dans les soins cliniques qui incite l'infirmière à influencer les autres à continuellement améliorer leurs soins» (p. 269, traduction libre). Finalement, le leadership clinique a été défini comme un processus (Chávez et Yoder, 2015; Patrick et al., 2011). Patrick et al. (2011) ont défini le leadership clinique comme un processus de leadership ancré dans les comportements professionnels des

infirmières soignantes qui orientent et donnent du soutien aux patients et à l'équipe de soins. Ces comportements visent à coordonner les soins et influencer le patient et les membres de l'équipe de soins afin d'atteindre des résultats positifs pour la santé des patients. Suivant une revue des écrits, ces auteurs ont identifié des attributs du leadership clinique, soit : l'expertise clinique, la communication efficace, la collaboration, la coordination et la compréhension interpersonnelle. Ils ont intégré ces attributs aux cinq pratiques de leadership proposées par Kouzes et Posner (1995). Ces pratiques sont : 1- remettre en question les processus, 2- inspirer une vision partagée, 3- habiliter les autres à agir, 4- tracer la voie, et 5- encourager et reconnaître. Le tableau 1 illustre ces pratiques de leadership clinique adaptées par Patrick et al. (2011) à la pratique infirmière.

Le leadership clinique a aussi été examiné sous une perspective collective. Cependant, cette approche est très peu étudiée en sciences infirmières. Les rares études indiquent comment s'exerce une forme collective de leadership dans les unités de soins selon les différents rôles des infirmières (Adam, 2019; Döös et al., 2019). D'autres études abordent les processus de leadership collectif, mais celui-ci n'est pas l'objet principal des études (Chávez et Yoder, 2015).

Ce concept du leadership collectif a cependant retenu l'attention de chercheurs dans d'autres disciplines, dont la gestion, depuis la fin du dernier siècle. D'Innocenzo et al. (2016) ont dégagé cinq thèmes qui émergent des

**Tableau 1. Illustration des pratiques de leadership clinique (Patrick et al., 2011, p. 456) inspirées de celles de Kouzes et Posner (1995, p. 9)**

| Pratiques de leadership (Kouzes et Posner 1995)                 | Remettre en question les processus  | Inspirer une vision partagée   | Habiliter les autres à agir  | Tracer la voie  | Encourager et reconnaître  |
|---|---|--|--|---|--|
| Adaptation à la pratique infirmière selon Patrick et al. (2011) | <p>S'engager dans une pratique réflexive</p> <p>Prendre des risques</p> <p>Exercer en s'appuyant sur des résultats probants</p> | <p>Communiquer de manière efficace et engagée</p> <p>Engager des conversations significatives</p> <p>Négocier</p> <p>Offrir du soutien</p> | <p>Développer des relations basées sur la coopération</p> <p>Établir des relations thérapeutiques</p> <p>Pratiquer l'écoute active</p> | <p>Travailler vers l'atteinte de buts</p> <p>Faire le suivi sur ce qui est promis</p> <p>S'engager à des soins centrés sur le patient</p> | <p>Célébrer les réalisations des collègues</p> <p>Reconnaître la valeur de ces derniers</p> <p>Offrir une rétroaction positive</p> |



différentes définitions du leadership collectif proposées. Le tableau ci-dessous présente ces thèmes.

**Tableau 2. Thèmes émergents des définitions du leadership collectif selon D’Innocenzo et al. (2016) p.1968**

| Thèmes  |
|---|
| 1- Provenance du leadership (de l’extérieur ou de l’intérieur de l’équipe).   |
| 2- Mode de partage du leadership (formel ou informel).  |
| 3- Distribution égale ou non du leadership et le niveau d’engagement des membres de l’équipe qui participent au leadership. |
| 4- Dynamique temporelle du partage du leadership.   |
| 5- Aspect multidimensionnel et différentes responsabilités pouvant être partagées au sein de l’équipe                       |

Suivant cette analyse, **les auteurs ont défini le leadership collectif comme étant «un phénomène émergent et dynamique par lequel les rôles de leadership et d’influence sont distribués entre les membres de l’équipe»** (D’Innocenzo et al., 2016, p. 1968, traduction libre).

La situation clinique qui suit illustre comment des infirmières de divers rôles peuvent exercer conjointement leur leadership clinique auprès des personnes âgées dans des unités de soins hospitaliers.

### LA SITUATION DE M. TREMBLAY ET L’EXERCICE DU LEADERSHIP CLINIQUE COLLECTIF

<sup>1</sup> 14 décembre 2018 AM

*Monsieur Tremblay est âgé de 75 ans. Il est hospitalisé pour un cancer de la vessie. Sa plaie au membre inférieur droit est traitée par un pansement VAC (vacuum assisted closure), un procédé de traitement des plaies chroniques ou aiguës non invasif qui consiste en l’application locale d’une pression négative. L’infirmière évalue la condition physique et mentale de M. Tremblay pour organiser le retour à domicile sécuritaire. Il a hâte de quitter l’hôpital et de retrouver son épouse à la maison. L’infirmière se questionne quant aux interventions à mettre en place pour le retour à domicile de M. Tremblay avec un pansement VAC. Ce type de soins est peu fréquent sur son unité.*

*Un appareil VAC du centre local de services communautaires (CLSC) se trouve dans la chambre du patient, mais il a besoin d’être ajusté. L’infirmière revient*

*au poste et en parle avec l’assistante infirmière chef (AIC) ainsi qu’avec la conseillère en soins qui était venue pour l’aider à faire ce pansement. L’AIC contacte l’infirmière de liaison qui se présente au poste, et donne des informations en lien avec ce qu’elle vient de discuter avec le CLSC. La stomathérapeute est aussi présente au poste des infirmières et explique que le patient peut quitter l’hôpital avec le VAC du CLSC, mais qu’il faut changer le boîtier et que, pour ce faire, il faut demander au service des grands brûlés, qui dispose de plusieurs de ces appareils, s’ils veulent en fournir un. Pendant que l’infirmière revoit la technique de soins du VAC, la conseillère appelle l’équipe des grands brûlés pour demander un boîtier. Ceux-ci acceptent de le fournir et de l’acheminer vers l’unité de soins où est hospitalisé le patient. L’infirmière retourne voir son patient et lui explique que l’équipe a trouvé une solution pour son pansement afin qu’il puisse quitter dès l’après-midi. Une infirmière du CLSC prendra le relais pour ses soins à domicile.*

Ce qui se dégage dans cette situation clinique c’est que des infirmières de plusieurs rôles se concertent dans un même but, le retour rapide et sécuritaire du patient à domicile. Elles partagent leurs connaissances et ressources dans cette optique. Elles font preuve de leadership clinique selon la définition de Patrick et al. (2011). En effet, elles orientent et donnent du soutien à leurs collègues, les influencent afin d’arriver à des résultats positifs pour le patient, soit un retour à domicile sécuritaire avec un pansement VAC ajusté. En outre, ces infirmières coordonnent la mise en place des éléments requis (ex. : appareil VAC, lien avec le CLSC) pour une prise en charge à domicile optimale. De même, faisant le parallèle avec les pratiques de leadership clinique de Patrick et al. (2011), il est possible d’observer qu’en se questionnant quant aux interventions requises pour le patient, l’infirmière soignante fait preuve d’une pratique réflexive dans l’action, la première pratique de leadership clinique, soit «remettre en question les processus». La vignette permet aussi d’identifier que ces infirmières travaillent à l’atteinte d’un but pour le patient soit un retour à domicile sécuritaire, ce qui fait partie de la deuxième pratique de leadership clinique, soit «inspirer une vision partagée». Cette situation clinique met aussi en évidence une approche collective du leadership clinique des infirmières qui œuvrent auprès des personnes âgées hospitalisées dans des unités de soins hospitaliers. En effet, en se référant à la définition du leadership collectif de D’Innocenzo et al. (2016), il est possible d’identifier que le leadership de ces infirmières a émergé d’un besoin du patient, qu’il est dynamique et que les rôles de leadership et d’influence sont distribués entre les membres de l’équipe.

<sup>1</sup> La situation décrite découle des travaux de recherche doctorale de la première auteure.

## CONCLUSION

Le leadership clinique est crucial à une qualité de soin optimale pour les patients hospitalisés dans des unités de soins quel que soit leur âge ainsi qu'en préparation de leur congé. Ce concept a initialement été défini selon des caractéristiques ou des comportements et comme une compétence. Une vision récente offre une perspective processuelle qui permet d'examiner le leadership clinique en action dans les unités de soins. Comme nous l'avons vu, le leadership clinique peut être exercé par les infirmières de tous les rôles dans le cadre de leur fonction, de façon individuelle, mais aussi collective lorsque celles-ci se concertent et se consultent. Celui-ci contribue à des résultats de santé positifs pour le patient et sa famille.

## Auteures



**GENEVIÈVE BOUTIN, inf., M. Sc.,  
M.B.A., Ph. D. (c)**

Coordonnatrice d'activités de soins à l'Institut de cardiologie de Montréal, elle a œuvré à titre d'infirmière soignante en milieu hospitalier, en santé communautaire, au sein de la communauté crie ainsi que comme cadre intermédiaire au Québec et à l'international. Elle a depuis longtemps un vif intérêt pour le leadership clinique en raison des effets positifs de celui-ci pour les patients, les infirmières, les partenaires de soins, l'organisation ainsi que le système de santé.



**ISABELLE BRAULT, inf., Ph. D.**

Professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal, elle est chercheuse régulière au Centre de recherche en santé publique (CReSP) et au Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ). Ses domaines de recherche portent sur l'administration des services infirmiers, la collaboration interprofessionnelle et le partenariat de soins avec les patients.



**JACINTHE PEPIN, inf., Ph. D.**

Professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal (UdeM), elle est secrétaire de la Faculté et membre du Comité scientifique de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Responsable scientifique de l'Équipe FUTUR subventionnée par le Fonds de recherche Québec - Société et culture (FRQSC, 2013-2025) sur l'apprentissage des professionnels de la santé, elle est également présidente du Conseil consultatif sur la formation infirmière du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) et corédactrice en chef de la revue *Quality Advancement in Nursing Education/Avancées en formation infirmière*.

## Références

1. Adam, L. (2019). *Video ethnography of leadership during emergency department resuscitations* [thèse de doctorat, Université d'Édimbourg]. Proquest. <http://hdl.handle.net/1842/35771>
2. Australian College of Nursing. (2015). *Nurses leadership*. [https://www.acn.edu.au/sites/default/files/leadership/ACN\\_Nurse\\_Leadership\\_White\\_Paper\\_FINAL.pdf](https://www.acn.edu.au/sites/default/files/leadership/ACN_Nurse_Leadership_White_Paper_FINAL.pdf)
3. Chávez, E. C. et Yoder, L. H. (2015). Staff nurse clinical leadership: A concept analysis. *Nursing Forum*, 50 (2), 90-100 111p. <https://doi.org/10.1111/nuf.12100>
4. Departement of Health. (2015). *Culture change in NHS: Applying the lessons of the Francis inquiries*. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/403010/culture-change-nhs.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/403010/culture-change-nhs.pdf)
5. D'Innocenzo, L., Mathieu, J. E. et Kukenberger, M. R. (2016). A Meta-Analysis of Different Forms of Shared Leadership – Team Performance Relations. *Journal of Management*, 42(7), 1964-1991. <https://doi.org/10.1177/0149206314525205>
6. Döös, M., Vinell, H. et von Knorring, M. (2017). Going beyond "two-gatherness": Nurse managers' experiences of working together in a leadership model where more than two share the same chair. *Intensive Critical Care Nursing*, 43, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.00>
7. Ducharme, F. et Salois, R. (2021). Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec. Un changement porteur d'avenir. Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière. <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>
8. Eckert, R., West, M., Altman, D., Steward, K. et Pasmore, B. (2014). Delivering a collective leadership strategy for health care. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/media/delivering-collective-leadership-ccl-may>
9. Grindel, G. C. (2016). Clinical leadership: A call to action. *MEDSURG Nursing*, 25(19), 9-16.
10. Husebø, S. E. et Olsen, O. E. (2019). Actual clinical leadership. A shadowing study of charge nurses and doctors on-call in the emergency department. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(2) <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0581-3>
11. Kouzes, J.M. et Posner, B.Z. (1995). *The leadership challenge: How to keep getting extraordinary things done in organizations*. Jossey-Bass publisher.
12. Lamb, A., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D. et Latimer, M. (2018). Describing the leadership capabilities of advanced practice nurses using a qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 5(3), <https://doi.org/10.1002/nop2.150>
13. Lett, M. (2002). The concept of clinical leadership. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 12(1), 16-21. <https://doi.org/10.5172/conu.12.1.16>
14. Mannix, J., Wilkes, L. et Daly, J. (2015). Grace under fire: aesthetic leadership in clinical nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2649-2658. <https://doi.org/10.1111/jocn.12883>
15. Myrick, F. et Pepin, J. (2022). Elder Care in the Midst of the Pandemic: Moving Beyond the Rhetoric, an interview with Dr. Carole Estabrooks | Entrevue avec Dre Carole Estabrooks : les soins aux personnes âgées dans le cadre de la pandémie : aller au-delà du discours. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 8: Iss. 1, Article 10. DOI: <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1346>
16. Patrick, A., Laschinger, H. K., Wong, C. et Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: The Clinical Leadership Survey. *Journal of Nursing Management*, 19, 449-460. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01238.x>
17. Pepin, J., Dubois, S., Girard, F., Tardif, J. et Ha, L. (2010). A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today*, 31, 268-273.
18. Stanley, D. (2006). Clinical leadership. Recognizing and defining clinical nurse leaders. *British Journal of Nursing*, 15 (2), 108-111.
19. Stanley, D. (2018). Clinical leadership and nursing explored: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 1730-1743. <https://doi.org/10.1111/jocn.14145>
20. West, M., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T. et Lee, A. (2015). Leadership and leadership development in health care: the evidence base. The King's Fund. [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf)

# SÉRIE WEBINAIRES

## 2022-2023

AQiiG 

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQiIG) est heureuse de vous présenter la programmation de sa série de webinaires 2022-2023. Encore cette année, nous vous proposons sept webinaires accrédités sur des sujets d'intérêt pour les infirmières et infirmiers ou tout autre professionnel de la santé.

Que vous soyez membre ou non de l'association, vous pouvez participer! Chacun des webinaires est d'une durée d'une heure, ils sont plus faciles à intégrer à votre horaire de travail. Si vous le désirez, vous pouvez obtenir une attestation à la suite de votre participation.

Pour plus d'informations sur la série webinaires, [cliquez ici!](#)

**6 AVRIL 2022**  
**12 H À 13 H**

LA TÉLÉMÉDECINE ET LES  
PERSONNES ÂGÉES : LES  
DERNIÈRES TENDANCES DE  
LA MODE TÉLÉ-MÉDICALE

Par Mahmoud Nadar

**20 AVRIL 2022**  
**12 H À 13 H**

DILEMMES ÉTHIQUES VÉCUS PAR  
DES INFIRMIÈRES QUÉBÉCOISES  
FACE À L'AIDE MÉDICALE À  
MOURIR : RÉSULTATS D'UNE  
THÉORISATION ANCRÉE

Par Maude Hébert

**25 MAI 2022**  
**12 H À 13 H**

DÉMYSTIFIER LA DÉPRESSION ET  
LES TROUBLES ANXIEUX CHEZ LA  
PERSONNE ÂGÉE : DES PISTES  
D'INTERVENTIONS

Par Sylvie Rey

**8 JUIN 2022**  
**12 H À 13 H**

LA PRESSION MONTE! RELEVER LES  
DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE DE  
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE POUR  
PROTÉGER LE CŒUR, LES VAISSEAUX,  
MAIS AUSSI... LE CERVEAU

Par André Michaud

**21 SEPT. 2022**  
**12 H À 13 H**

POLYMÉDICATION ET LA SAINTE  
GESTION DES MÉDICAMENTS  
CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Par Nicole Ouellet

**7 DÉC. 2022**  
**12 H À 13 H**


L'AÎNÉ VILLAGEOIS : SECRETS  
ET DÉFIS DU VIEILLIR ET DU  
PRENDRE SOIN EN RURALITÉ

Par Dre Michèle Morin

**15 FÉV. 2023**  
**12 H À 13 H**

QUAND SCIENCE ET ART SE  
RENCONTRENT POUR HUMANISER LES  
SOINS AUX PERSONNES PRÉSENTANT  
DES ATTEINTES COGNITIVES

Par France Cloutier



# LE LEADERSHIP INFIRMIER TRANSFORMATIONNEL ET L'INTÉGRATION PRÉCOCE DE L'APPROCHE PALLIATIVE EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE : UNE REVUE INTÉGRATIVE DES ÉCRITS

GABRIELLE PRUD'HOMME, inf. M. Sc.

ÉMILIE ALLARD, inf., Ph. D.

Selon la vulnérabilité des aînés hébergés en CHSLD au Québec, ces milieux doivent intégrer l'approche palliative pour accompagner les résidents et leurs proches en respectant leurs volontés jusqu'à la fin de vie (Hawley, 2015), ce que l'infirmière peut influencer par ses directives infirmières.

Basée sur le modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2013), une revue intégrative (Whittemore et Knafel, 2005) a permis une recherche documentaire sur PubMed, CINAHL, PsycInfo et Web of Science. L'analyse des résultats suit une méthode d'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2012) selon les thèmes du modèle de l'AIIAO (2013).

Les résultats sont présentés puis résumés en modèle intégrateur. Notons l'importance de l'implication des résidents et leurs proches, la communication, les connaissances et compétences de tous, la cohérence et continuité des soins, respecter les valeurs et croyances individuelles, la culture et les ressources organisationnelles et personnelles.

## INTRODUCTION

Le CHSLD étant considéré comme leur dernière demeure, les résidents y vivront généralement jusqu'à leur décès, survenant en moyenne dans les 18 mois suivant leur admission (Francoeur, 2016; Mitchell et al., 2009). Dans ce contexte, l'approche palliative intégrée, soit la continuité des soins offerts aux personnes et leurs proches dans la trajectoire de la maladie, est à privilégier par les équipes soignantes afin d'assurer des soins de qualité correspondant au projet de vie des résidents qui seront au CHSLD jusqu'à leur décès (Allard et al., 2021). Pour ce faire, l'infirmière, qui coordonne l'offre de soins en CHSLD, doit faire preuve de leadership afin d'émettre des directives infirmières, de coordonner les soins ainsi qu'interpeller au moment opportun l'équipe interprofessionnelle (OIIQ, 2018).

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de

l'Ontario (AIIAO) a publié un modèle conceptuel du développement et du maintien du leadership infirmier (Figure 1) (2013). Selon l'AIIAO, ce modèle contribue à soutenir le changement dans la pratique via le leadership transformationnel. Ce modèle propose cinq pratiques de leadership transformationnel qui sont influencées par le soutien organisationnel et les ressources personnelles du leader. Ces cinq pratiques influencent à leur tour la clientèle et leurs proches, les infirmières, les équipes, l'organisation et le système de santé. Le modèle de l'AIIAO (2013) peut donc être un cadre permettant de soutenir l'intégration de l'approche palliative en CHSLD.

**Le but de cette revue intégrative des écrits est d'identifier le rôle du leadership infirmier dans l'intégration précoce de l'approche palliative en CHSLD. À partir du modèle de l'AIIAO (2013), l'objectif est d'identifier les composantes du leadership infirmier ayant un rôle dans l'intégration**

## de l'approche palliative en CHSLD ainsi que d'identifier les barrières et les facilitateurs de cette intégration.

### MÉTHODES

La revue intégrative a été menée en s'inspirant de la méthode de Whitemore et Knaf (2005). Cette méthode permet d'établir un portrait des connaissances scientifiques sur un sujet donné tout en contribuant à l'élargir par le développement théorique et son application dans les pratiques.

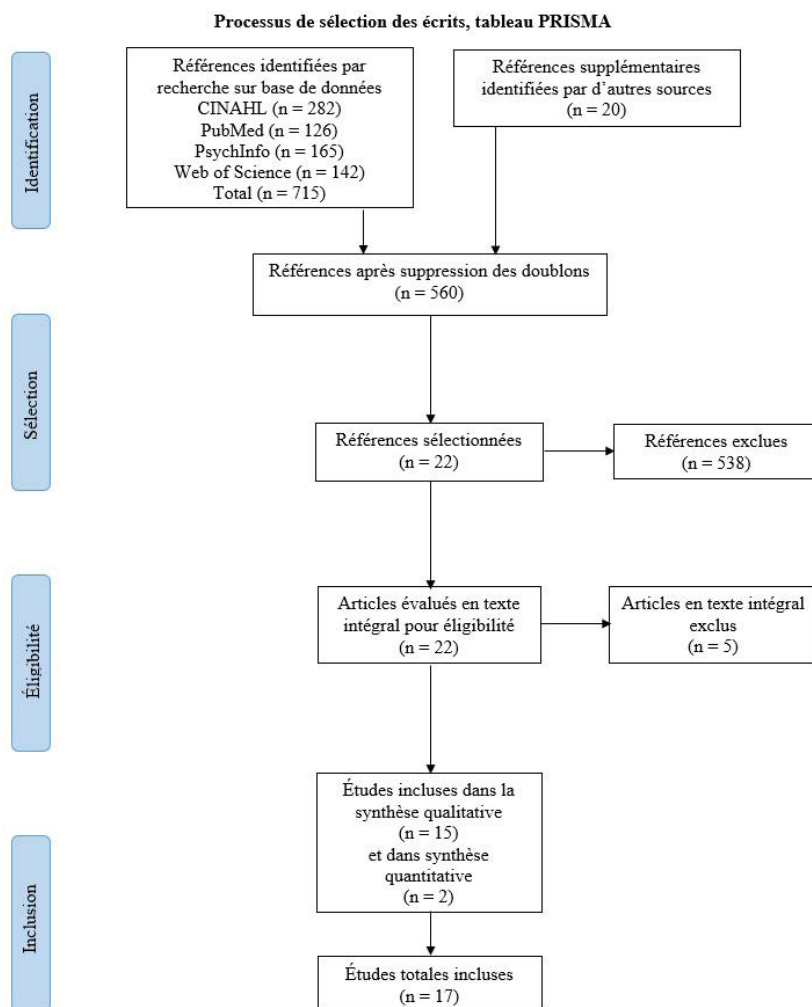
La recherche documentaire a été réalisée à partir des concepts suivants : 1) leadership infirmier, 2) approche palliative et 3) soins de longue durée<sup>1</sup>. La population cible est le personnel infirmier qui exerce en CHSLD. Les écrits provenant de médias sociaux, de blogues, les résumés de conférence et les articles professionnels ont été exclus. Seuls les écrits en français ou en anglais publiés depuis l'an 2000 ont été inclus. Les banques de données consultées sont : PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycInfo et Web of Science. Finalement, la liste des références des écrits jugés pertinents a été consultée afin d'identifier des références supplémentaires. La sélection des écrits a été réalisée à partir du logiciel EndNote, d'abord par la lecture du titre et du résumé et ensuite par la lecture de l'article en entier, lorsque disponible. L'extraction des données a été réalisée sur le logiciel Excel. En s'inspirant des thèmes du modèle conceptuel de l'AlIAO (2013), une analyse thématique a été réalisée (Paillé et Muchielli, 2012). Plus spécifiquement, les principaux résultats des écrits et leurs récurrences ont été identifiés et regroupés avant d'être classés selon les thèmes du modèle, soit les cinq pratiques de leadership ainsi que les facteurs organisationnels et personnels l'influençant. Cette démarche d'analyse a permis d'identifier les facilitateurs et les barrières à l'intégration de l'approche palliative.

### RÉSULTATS

Des 540 écrits identifiés par la recherche documentaire, 17 articles ont été sélectionnés (Tableau 1) et ont été analysés (Tableau 2). De ces 17 écrits, 15 empruntent un devis qualitatif, un écrit utilise un devis quantitatif et un autre est une revue systématique. Les écrits ont été publiés entre 2006 et 2021, dont quatorze après 2010. Les écrits proviennent des États-Unis (n=4), du Canada (n=2),

du Royaume-Uni (n=4), de la Suisse (n= 3), d'Autriche/ Allemagne (n=1), des Pays-Bas (n=1), de Suède (n=1) et d'Australie (n=1).

**Tableau 1. Processus de sélection des écrits, tableau PRISMA**



<sup>1</sup> Comme le terme CHSLD est propre au contexte québécois, le terme « soins de longue durée » a été utilisé.

**Tableau 2. Caractéristiques des écrits sélectionnés**

| Caractéristiques écrits sélectionnés |  |                    |   |   |         |         |            |                           |
|--------------------------------------|--|--------------------|---|---|---------|---------|------------|---------------------------|
| #                                    | Auteur (1er), Année                        | Région             | Méthode   | Echantillon   | Qualité | Rigueur | Pertinence | Contribution <sup>1</sup> |
| 1                                    | Davies, Sarah et al., 2010                 | Royaume-Uni        | Qualitative phénoménologique, entrevues semi-structurées                          | Infirmières communautaires (n=5)  | 9/10    | Haut    | Haut       | 5, 7                      |
| 2                                    | Dobbs, Debra et al., 2006                  | États-Unis         | Quantitative descriptive  | Administrateurs soins à domicile (SAD) et centre d'hébergement (n=390)  | 5/10    | Bas     | Bas        | 5                         |
| 3                                    | Dupuis, Réjeanne, 2011                     | Canada             | Qualitative descriptive phénoménologique, entrevues narratives semi-structurées   | Infirmières expertes/reconnues en soins palliatifs (n=14)   | 10/10   | Haut    | Haut       | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7       |
| 4                                    | Gilissen, Joni et al., 2017                | Pays-Bas           | Revue systématique de la littérature  | Les écrits scientifiques (n=38)   | 7/11    | Haut    | Haut       | 1, 3, 4, 6, 7             |
| 5                                    | Håkanson, Cecilia et al., 2014             | Suisse             | Qualitative descriptive, entrevues semi-structurées                               | Gestionnaires de première ligne (n=9)   | 9/10    | Haut    | Bas        | 2                         |
| 6                                    | Hewison, Alistair et al., 2011             | Royaume-Uni        | Qualitative descriptive, apprentissage par plan d'action et rencontres            | Gestionnaires en centre d'hébergement (n=12)  | 5/10    | Bas     | Bas        | 3, 7                      |
| 7                                    | Holm, Maja et al., 2017                    | Suisse             | Qualitative descriptive, entrevues semi-structurées                               | Infirmières en maison de soins palliatifs (n=11)  | 9/10    | Haut    | Haut       | 1, 2, 6, 7                |
| 8                                    | Jeong, Sarah Yeun-Sim et al., 2007         | Australie          | Qualitative, étude de cas, observation et entrevues semi-structurées              | Infirmières en centre d'hébergement, résidents, membres de famille (n=27)   | 7/10    | Haut    | Haut       | 1, 4, 5, 6, 7             |
| 9                                    | Klarare, Anna et al., 2020                 | Suisse             | Qualitative descriptive, entrevues semi-structurées                               | Chef de l'équipe de soins palliatif d'un centre d'hébergement /10 (n=13)  | 10/10   | Haut    | Haut       | 1, 2, 4, 7                |
| 10                                   | Lee, Richard et al., 2017                  | Royaume-Uni        | Qualitative descriptive, entrevues semi-structurées et focus group                | Chefs d'unité et équipe terrain au SAD et centre d'hébergement (n=87)   | 9/10    | Haut    | Haut       | 1, 3, 4, 6, 7             |
| 11                                   | Lopez, Ruth Palan, 2009                    | États-Unis         | Qualitative descriptive, entrevues semi-structurées et observation                | Infirmières en centre d'hébergement (n=10)  | 9/10    | Haut    | Haut       | 1, 4, 6, 7                |
| 12                                   | Nilsen, Per et al., 2018                   | Suède              | Qualitative descriptive, entrevues semi-structurées                               | Gestionnaires en centre d'hébergement (n=22)  | 10/10   | Haut    | Haut       | 2, 3, 6, 7                |
| 13                                   | Reimer-Kirkham, Sheryl et al., 2016        | Canada             | Qualitative descriptive interprétative, entrevues semi-structurées et focus group | Infirmières (n=25) et infirmières auxiliaires (n=5)   | 9/10    | Haut    | Haut       | 1, 3, 4, 5, 7             |
| 14                                   | Reitinger, Elisabeth et al., 2018          | Autriche/Allemagne | Qualitative descriptive, focus group  | Proches des personnes étant décédées au centre d'hébergement (n=17)   | 9/10    | Haut    | Haut       | 1, 3, 5, 6                |
| 15                                   | Saini, Geena et al., 2016                  | Royaume-Uni        | Qualitative étude ethnographique, entrevues semi-structurées et tenu d'un journal | Observation dans 2 centres d'hébergement; Proches aidants (n=7) et personnels soignants/encadrements (n=19)       | 10/10   | Haut    | Haut       | 1, 3, 4, 5, 6, 7          |
| 16                                   | Sullivan, Suzanne S. et al., 2021          | États-Unis         | Qualitative théorisation ancrée, focus group                                      | Infirmières (n=31)  | 10/10   | Haut    | Haut       | 1, 3, 4, 5, 6, 7          |
| 17                                   | Waldrop, Deborah P. & Nyquist, Kathy, 2011 | États-Unis         | Qualitative descriptive, entrevues approfondies                                   | Personnels de soins en centre d'hébergement (infirmières, infirmières auxiliaires et travailleurs sociaux) (n=35) | 6/10    | Haut    | Haut       | 1, 3, 5, 6, 7             |

<sup>1</sup> La contribution aux thèmes du modèle intégrateur

Les prochaines sections présentent les résultats de la revue intégrative selon les sept thèmes du modèle de l'AlIAO (2013), soit les cinq pratiques du leadership et les facteurs organisationnels et personnels. Ensuite sont présentés les barrières et facilitateurs identifiés avant une présentation du modèle intégrateur. Il est à noter que certains résultats pouvaient être associés à plusieurs thèmes du modèle. L'emplacement final des résultats a été décidé selon la pertinence de l'écrit envers le thème et la continuité avec les autres résultats.

### **Thème #1 : Bâtir des relations et de la confiance**

Dans le modèle de l'AlIAO (2013), la pratique nommée « Bâtir des relations et de la confiance » est le fondement sur lequel les autres pratiques reposent. Elle englobe les relations intraprofessionnelles, interprofessionnelles ainsi qu'avec les autres acteurs, tels les bénévoles, les préposés aux bénéficiaires, les résidents et leurs proches.

Pour favoriser l'intégration de l'approche palliative en CHLSD, des relations de confiance doivent d'être établies autant entre le personnel (Gilissen et al., 2017) qu'entre celui-ci et les proches, mais également à l'intérieur de l'entourage du résident (Sullivan et al., 2021). D'ailleurs, les volontés du résident en matière de soins doivent être respectées par tous (Dupuis, 2011; Reimer-Kirkham et al., 2016; Reitinger et al., 2018), contribuant ainsi à la confiance du résident envers l'équipe de soins. Pour ce faire, l'infirmière doit soutenir et impliquer le résident et ses proches dans la prise de décision, être disponible pour les écouter et leur démontrer de l'empathie (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Holm et al., 2017; Jeong et al., 2007; Lee et al., 2017; Lopez, 2009; Reimer-Kirkham et al. 2016; Reitinger et al., 2018; Saini et al., 2016; Sullivan et al., 2021; Waldrop et Nyquist, 2011).

Pour favoriser l'intégration de l'approche palliative, l'infirmière doit voir l'équipe comme un tout (Klarare et al., 2020) et s'engager dans une collaboration interprofessionnelle afin d'établir des canaux de communication entre toutes les personnes impliquées auprès du résident, tout en incluant ce dernier (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Holm et al., 2017; Jeong et al., 2007; Klarare et al., 2020; Lee et al., 2017; Lopez, 2009; Reimer-Kirkham et al. 2016; Reitinger et al., 2018; Saini et al., 2016; Sullivan et al., 2021). La communication est nommée comme indispensable à des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) de qualité, car l'initiation de la discussion passe par l'établissement d'une relation avec le résident et ses proches afin d'identifier les besoins individuels et de coordonner les soins pour y répondre. Pour maintenir la confiance avec le résident et ses proches, cette initiation à la discussion nécessite d'identifier le bon moment

pour l'engager (Reimer-Kirkham et al., 2016; Sullivan et al., 2021), le bon intervenant et la bonne personne parmi les proches (Lee et al., 2017). Saini et al. (2016) identifient quatre stratégies clés pour initier la discussion concernant les SPFV en soins de longue durée, soit : 1) l'enseignement sur la progression de la maladie et les SPFV aux proches ainsi qu'aux personnels, 2) prioriser la discussion en profondeur plutôt que seulement remplir la documentation, 3) fournir l'espace et le temps pour les discussions sensibles et 4) s'assurer qu'un professionnel a la responsabilité d'aborder le sujet. Cette responsabilité reviendrait à l'infirmière. Lopez (2009) suggère qu'une infirmière qui ouvre la communication avec les proches et le médecin contribue à l'élaboration du plan de traitement respectant les volontés du résident.

### **Thème #2 : Créer un milieu de travail stimulant**

Klarare et al. (2020) suggèrent que, pour créer un milieu stimulant contribuant à l'approche palliative, il faut que les infirmières encouragent l'intégration et les avancées en SPFV dans leur pratique. Des écrits identifient des stratégies importantes à la création d'un milieu stimulant intégrant l'approche palliative, comme le soutien par les pairs, être un modèle de rôle et mobiliser l'équipe pour qu'elle s'implique davantage lors des situations de SPFV (Dupuis, 2011; Håkanson et al., 2014; Nilsen et al., 2018). De plus, une infirmière ayant des compétences avancées en SPFV peut favoriser la création d'un environnement accueillant, sécuritaire et tolérant où les émotions vécues par tous peuvent être exprimées (Holm et al., 2017).

### **Thème #3 : Créer une culture qui encourage le développement et l'intégration des connaissances**

Changer la pratique clinique d'un milieu nécessite qu'un leader instigue une culture de changement. La culture nécessaire à l'intégration des SPFV est celle de l'approche palliative (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Hewison et al., 2011; Nilsen et al., 2018; Reimer-Kirkham et al., 2016; Reitinger et al., 2018). Nilsen et al. (2018) soutiennent qu'un leader joue un rôle important pour façonner une culture où les valeurs et les croyances seront partagées par tous et refléteront celles de l'approche palliative. Ainsi, les infirmières sont les mieux placées pour assumer ce rôle par leur implication dans l'enseignement et le coaching des pairs tant des équipes intra qu'interdisciplinaires (Dupuis, 2011; Nilsen et al., 2018) ainsi que des proches. Ce coaching infirmier incite à observer les signes et symptômes de fin de vie et contribue au soulagement des symptômes en plus d'interpeller l'infirmière au moment opportun (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Lee et al., 2017; Reimer-Kirkham et al., 2016; Saini et al., 2016; Sullivan et al., 2021; Waldrop et Nyquist, 2011). Les résultats de l'étude

qualitative-descriptive de Reimer-Kirkham et al. (2016) soutiennent la nécessité d'un changement de culture vers l'intégration de l'approche palliative où l'infirmière peut faciliter ce changement par les relations interpersonnelles précédemment mentionnées, la communication, la clarification des rôles et l'éducation en matière de SPFV.

#### **Thème #4 : Mettre en œuvre le changement et en assurer la durabilité**

Des écrits soulignent que pour assurer la cohérence des soins offerts aux résidents ainsi que la continuité des SPFV, tous les intervenants du CHSLD doivent naviguer dans le même sens et adhérer aux changements (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Klarare et al., 2020; Lee et al., 2017; Sullivan et al., 2021). Pour que les soins intégrant l'approche palliative soient cohérents pour l'équipe, le résident et ses proches, tout comme le médecin doivent y adhérer (Lopez, 2009; Jeong et al., 2007). Pour se faire, il importe de considérer la notion de « timing », qui au-delà du temps est le moment-clé dans l'intégration des SPFV. Plusieurs auteurs (Reimer-Kirkham et al., 2016; Saini et al., 2016; Sullivan et al., 2021) soulignent que l'identification d'un moment-clé pour intégrer les SPFV améliore la communication et l'adhésion aux SPFV. De plus, afin de respecter les volontés des résidents et de leurs proches, l'intégration de l'approche palliative doit évoluer dans le temps. Parmi les moments-clés mentionnés dans les écrits, notons à l'admission (Saini et al., 2016), au cours d'hébergement selon le niveau de préparation du résident et des proches (Reimer-Kirkham et al., 2016; Saini et al., 2016; Sullivan et al., 2021) et lors de l'évolution de la condition de santé du résident (Jeong et al., 2007; Sullivan et al., 2021).

#### **Thème #5 : Équilibrer les complexités du système, gérer les valeurs et les priorités concurrentes**

Puisque les soins sont dispensés selon les directives infirmières, il importe donc à l'infirmière de s'assurer que les soins reçus par les résidents et leurs proches répondent à leurs besoins et leurs volontés ainsi qu'aux bonnes pratiques (Dupuis, 2011; Reimer-Kirkham et al., 2016; Sullivan et al., 2021; Waldrop et Nyquist, 2011). Au niveau des valeurs, des écrits soulignent l'importance pour les infirmières de connaître leurs propres systèmes de valeurs et croyances en lien avec les SPFV (Dupuis, 2011; Reimer-Kirkham et al., 2016; Saini et al., 2016; Waldrop et Nyquist, 2011), de savoir écouter leur intuition pour identifier le bon moment pour intégrer l'approche palliative (Sullivan et al., 2021) et de faire preuve d'une grande intelligence émotionnelle (Davies et al., 2010; Dupuis, 2011) afin de respecter la diversité et les particularités du personnel, des résidents et de leurs proches (Reitinger et al., 2018;

Waldrop et Nyquist, 2011). Considérant que des croyances divergentes des membres de l'équipe de soins pourraient avoir un impact négatif sur la qualité des soins, l'infirmière doit connaître son équipe et prendre en considération leur croyance (Dobbs et al., 2006; Dupuis, 2011; Jeong et al., 2007; Sullivan et al., 2021).

#### **Thème #6 : Soutien organisationnel**

Selon le modèle de l'AIIO (2013), le soutien organisationnel inclut la valorisation de la pratique infirmière, les ressources humaines ou financières, le soutien informationnel ou décisionnel et le climat culturel. Le soutien organisationnel module le contexte dans lequel le personnel évolue et constitue un facteur influençant positivement ou négativement les cinq pratiques de leadership transformationnel (AIIO, 2013).

Différents auteurs (Holm et al., 2017; Lee et al., 2017; Waldrop et Nyquist, 2011) suggèrent que l'organisation reconnaisse, valorise et soutienne adéquatement les SPFV et l'expertise infirmière s'y rattachant. Pour ce faire, l'organisation doit reconnaître la charge émotionnelle associée et renforcer la collaboration avec l'équipe médicale et spécialisée en soins palliatifs (Lee et al., 2017).

Nilsen et al. (2018) et Saini et al. (2016) soutiennent que pour engager les discussions sur la fin de vie avec les résidents et les proches, le personnel a besoin de temps puisque ces conversations sont souvent chargées d'émotions. Dupuis (2011) et Lee et al. (2017) soutiennent que la stabilité du personnel et la présence d'une pratique de collaboration interprofessionnelle sont fondamentales à une continuité des soins, particulièrement en SPFV. Ils ajoutent qu'un aspect clé des SPFV est de fournir un soutien émotionnel et pratique aux familles en répondant à leurs besoins, par exemple assouplir les heures de visites ou permettre de dormir sur place. Pour soutenir l'intégration de l'approche palliative, Lee et al. (2017) et Waldrop et Nyquist (2011) recommandent que du soutien émotionnel soit offert par l'organisation et que la charge émotionnelle de ces situations soit considérée dans le calcul de la charge de travail des infirmières (Lee et al., 2017; Waldrop et Nyquist, 2011). De plus, un environnement physique adéquat est primordial pour permettre une discussion ouverte avec le résident et ses proches ainsi qu'une bonne collecte de données (Dupuis, 2011; Holm et al., 2017; Jeong et al., 2007; Saini et al., 2016).

Les écrits recensés soutiennent aussi l'importance d'avoir des documents disponibles permettant de soutenir sa pratique en SPFV et documenter adéquatement ses interventions auprès de l'équipe, du résident et de ses proches (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Lopez, 2009;



Sullivan et al., 2021; Waldrop et Nyquist, 2011). Afin de développer une culture où l'approche palliative est intégrée aux soins courants, des écrits soulignent que l'organisation doit soutenir l'approche palliative intégrée (Reitinger et al., 2018) en s'assurant que du temps soit dégagé pour le développement des connaissances du personnel et en offrant une latitude pour la prise de décision (Nilsen et al., 2018).

## Thème #7 : Ressources personnelles

La capacité d'exercer son leadership est influencée par un ensemble de ressources personnelles incluant l'identité professionnelle, les qualités individuelles, les compétences en leadership, le soutien personnel et professionnel ainsi que la formation et le mentorat (AIIAO, 2013).

Afin d'intégrer à leur pratique l'approche palliative, les infirmières doivent inclure la prestation de SPFV comme inhérent à leur rôle (Dupuis, 2011; Holm et al., 2017; Lee et al., 2017; Lopez, 2009; Reimer-Kirkham et al., 2016; Waldrop et Nyquist, 2011). Les qualités individuelles comme une bonne santé, la capacité de résilience, l'observation, l'empathie et réaliser une bonne collecte de données influencent positivement la capacité des infirmières à identifier rapidement les résidents, les proches et les situations nécessitant l'approche palliative ou des interventions particulières en SPFV (Dupuis, 2011; Jeong et al., 2007; Lopez, 2009; Reimer-Kirkham et al., 2016; Sullivan et al., 2021). Des auteurs (Nilsen et al., 2018; Reimer-Kirkham et al., 2016; Sullivan et al., 2021) ajoutent que les infirmières doivent être en mesure de s'engager émotionnellement dans la relation avec le résident et ses proches. Pour intégrer l'approche palliative dans sa pratique, des compétences avancées en SPFV et une confiance en ses capacités sont nécessaires (Dupuis, 2011; Holm et al., 2017; Jeong et al., 2007; Nilsen et al., 2018). Lee et al. (2017) et Reimer-Kirkham et al. (2016) soutiennent également le développement d'habiletés de communication.

Dû à la charge émotionnelle importante que représente l'accompagnement des résidents et des proches en situation de SPFV, les infirmières doivent bénéficier d'un soutien personnel, professionnel, mais également émotionnel (Davies et al., 2010; Dupuis, 2011; Lee et al., 2017; Waldrop et Nyquist, 2011). Afin de soutenir le développement continu de leurs connaissances et compétences, les infirmières doivent avoir accès à de la formation et du mentorat (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Lee et al., 2017; Waldrop et Nyquist, 2011) ainsi que du soutien par les pairs (Dupuis, 2011; Hewison et al., 2011; Holm et al., 2017; Nilsen et al., 2018). Les connaissances et compétences à améliorer sont la reconnaissance des

signes et symptômes, leurs traitements associés et les trajectoires particulières (Reimer-Kirkham et al., 2016), et ce, plus particulièrement lors de troubles neurocognitifs majeurs (Saini et al., 2016). Les connaissances et compétences des infirmières sont basées sur les données probantes en SPFV (Jeong et al., 2007; Nilsen et al., 2018).

## Barrières et facilitateurs

Ce travail de synthèse nous a permis d'identifier des barrières et facilitateurs à l'intégration de l'approche palliative en CHSLD. Comme le souligne Håkanson et al. (2014) le manque de ressources, de compétence, de leadership et de soutien de l'organisation représente des barrières à l'intégration de l'approche palliative. Par exemple, si le nombre de ressources humaines et matérielles ne respecte pas les besoins spécifiques de l'unité, cela occasionne une surcharge de travail (Davies et al., 2010; Håkanson et al., 2014; Klarare et al., 2020; Reimer-Kirkham et al., 2016).

**Parmi les facteurs facilitant l'intégration de l'approche palliative, des écrits nomment l'appropriation du rôle infirmier en SPFV** (Holm et al., 2017; Lopez, 2009; Reimer-Kirkham et al., 2016). Parmi les autres stratégies qui facilitent l'intégration de l'approche palliative en CHSLD, Jeong et al. (2007) nomment la collecte de données, planifier et utiliser l'environnement et la présence de mentor. De plus, l'évaluation des situations (Jeong et al., 2007; Sullivan et al., 2021), la communication (Gilissen et al., 2017; Jeong et al., 2007; Lee et al., 2007; Lopez, 2009; Reimer-Kirkham et al., 2016; Reitinger et al., 2018; Saini et al., 2016; Sullivan et al., 2021), l'éducation des résidents et des proches (Gilissen et al., 2017; Jeong et al., 2007; Reimer-Kirkham et al., 2016; Saini et al., 2016) et avoir une pratique basée sur les données probantes (Jeong et al., 2007; Nilsen et al., 2018) facilitent également l'intégration de l'approche palliative.

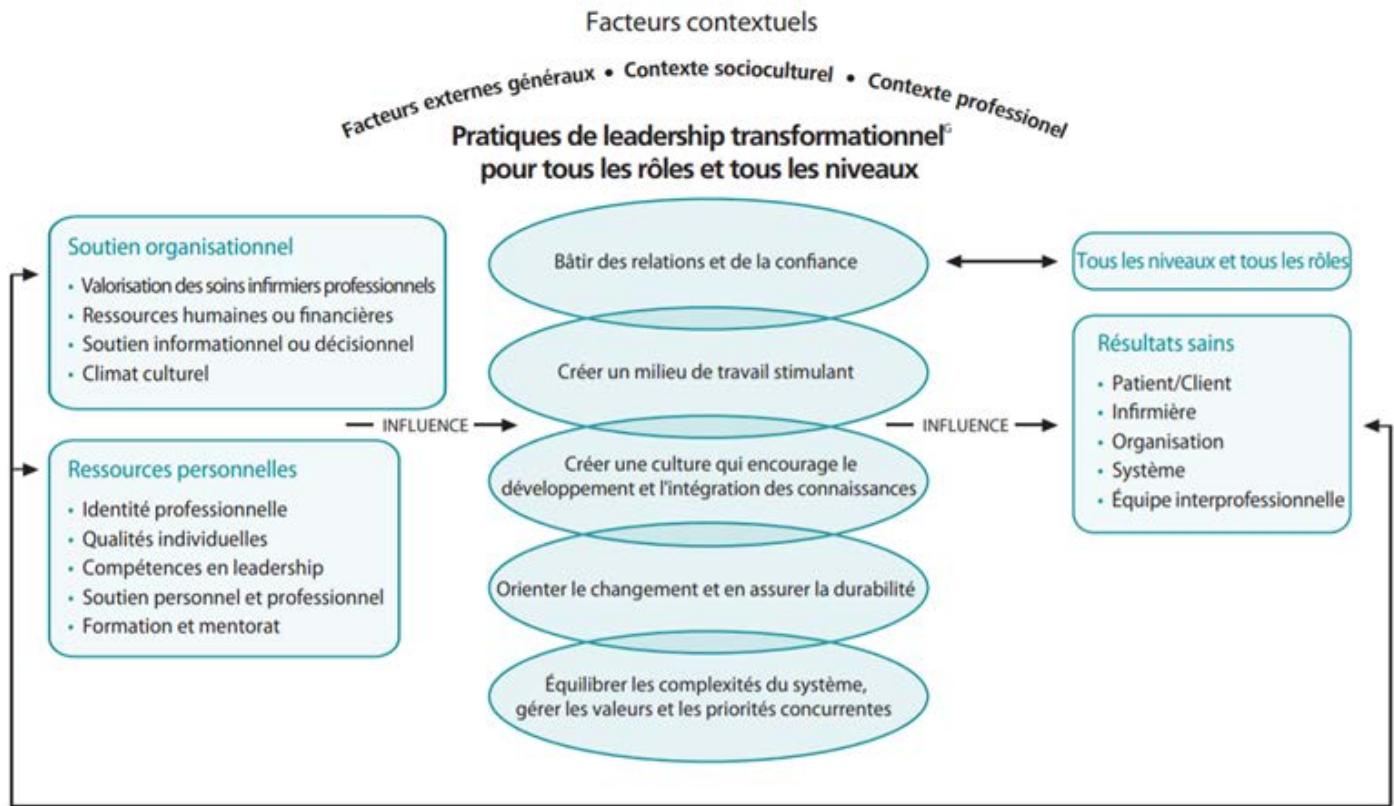
## Modèle intégrateur

Les résultats ont été rassemblés sous les thèmes du modèle de l'AIIAO (2013). Cette illustration visuelle (Figure 1 et Appendice G) permet un regard rapide sur l'ensemble des thèmes et leur application dans le milieu pour proposer des actions concrètes aux infirmières afin d'intégrer l'approche palliative dans leur pratique quotidienne.

## DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette revue intégrative avait pour objectif d'identifier les composantes du leadership infirmier ayant un rôle dans l'intégration de l'approche palliative en CHSLD. Même si plusieurs articles suggèrent que le leadership facilite

**Figure 1. Modèle intégrateur du leadership infirmier transformationnel pour l'approche palliative en CHSLD, adapté de l'AIIO (2013)**



l'intégration de l'approche palliative (Davies et al., 2010; Håkanson et al., 2014; Hewison et al., 2011; Holm et al., 2017; Klarare et al., 2020; Nilsen et al., 2018; Reimer-Kirkham et al., 2016; Reitingen et al., 2018), le processus par lequel le leadership contribue à cette intégration n'est pas clairement défini dans les écrits recensés.

Somme toute, la revue intégrative des écrits a montré que le leadership influence positivement l'implantation de bonnes pratiques de soins et peut ainsi contribuer à l'intégration de l'approche palliative. Le modèle intégrateur propose diverses stratégies pour appliquer les principes de l'approche palliative dans la pratique clinique en CHSLD. **Il est primordial pour les infirmières d'aborder le sujet des SPFV dans leurs discussions auprès des résidents et de leurs proches et de les impliquer lorsqu'elles identifient le bon moment et la bonne personne pour ce faire.** Ces discussions doivent être introduites auprès de tous, mais pas d'emblée de la même manière ni au même moment. Elles doivent être personnalisées en respect des valeurs et croyances individuelles identifiées par les infirmières. Lors des discussions entourant le niveau d'intervention médicale (NIM) à l'admission par exemple, les infirmières

peuvent prêter une attention particulière aux réflexions et commentaires que les résidents et leurs proches peuvent dire pour élaborer la manière qu'elles communiqueront, soit directement ou indirectement. Il importe également que les infirmières s'assurent d'une continuité des soins auprès de l'équipe soignante (intra et interprofessionnelle) en assurant une vigie pour que les volontés des résidents et de leurs proches se reflètent dans les directives infirmières, dans les plans de travail et dans les requêtes professionnelles émises.

En conclusion, l'intégration de l'approche palliative en CHSLD est positivement influencée par le leadership infirmier, mais elle n'en reste pas moins l'affaire de tous, à tous les niveaux du système de santé.

## Références

- Allard, E., Prud'homme, G., Lachance, G. et Francoeur, L. (2021). L'approche palliative : fondement pour des soins de qualité et éthiques. *La Gérontoise*, 32(2), 7-11.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013). *Développement et maintien du leadership infirmier*, (2e éd.). Toronto (Ontario): Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. [https://nao.ca/sites/rnao-ca/files/LeadershipBPG\\_FR.pdf](https://nao.ca/sites/rnao-ca/files/LeadershipBPG_FR.pdf)
- Davies, S., Jenkins, E. et Mabbett, G. (2010). Emotional intelligence: district nurses' lived experiences. *British Journal of Community Nursing*, 15(3), 141-146. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2010.15.3.46903>
- Dobbs, D. J., Hanson, L., Zimmerman, S., Williams, C. S. et Munn, J. (2006). Hospice attitudes among assisted living and nursing home administrators, and the long-term care hospice attitudes scale. *Journal of Palliative Medicine*, 9(6), 1388-1400. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1388>
- Dupuis, R. (2011). Nursing leadership in palliative care: The point of view of committed and experienced nurse leaders [Thèse de doctorat, York University (Canada)]. CINAHL Plus with Full Text. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109857319&lang=fr&site=ehost-live>
- Francoeur, L. (2016, 5 mai). Les soins de fin de vie en CHSLD : les enjeux. [Communication orale]. Congrès de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS). [https://palli-science.com/sites/default/files/miseencommun/francoeur\\_louise\\_0.pdf](https://palli-science.com/sites/default/files/miseencommun/francoeur_louise_0.pdf)
- Gilissen, J., Pivodic, L., Smets, T., Gastmans, C., Vander Stichele, R., Deliens, L. et Van den Block, L. (2017). Preconditions for successful advance care planning in nursing homes: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 47-59. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.003>
- Håkanson, C., Cronfalk, B. S., Henriksen, E., Norberg, A., Ternstedt, B. M. et Sandberg, J. (2014). First-Line nursing home managers in Sweden and their views on leadership and palliative care. *Open Nursing Journal*, 8, 71-78. <https://doi.org/10.2174/1874434601408010071>
- Hawley, P. (2015). Le « Noeud papillon » des soins palliatifs : un modèle pour le 21e siècle. Portail canadien en soins palliatifs. [https://www.virtualhospice.ca/fr\\_CA/Main+Site+Navigation/Home/For+Professionals/For+Professionals/The+Exchange/Current/The+Bow+Tie+Model+of+21st+Century+Palliative+Care.aspx](https://www.virtualhospice.ca/fr_CA/Main+Site+Navigation/Home/For+Professionals/For+Professionals/The+Exchange/Current/The+Bow+Tie+Model+of+21st+Century+Palliative+Care.aspx)
- Hewison, A., Badger, F. et Swani, T. (2011). Leading end-of-life care: an action learning set approach in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(3), 135-141. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.3.135>
- Holm, M., Goliath, I., Södlind, H. et Alvariza, A. (2017). Leading an intervention for family caregivers-a part of nursing in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(4), 166-172. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.4.166>
- Jeong, S. Y., Higgins, I. et McMillan, M. (2007). Advance care planning (ACP): the nurse as 'broker' in residential aged care facilities. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 26(2), 184-195. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.26.2.184>
- Klarare, A., Lind, S., Hansson, J., Fossum, B., Fürst, C. J. et Lundh Hagelin, C. (2020). Leadership in specialist palliative home care teams: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 102-111. <https://doi.org/10.1111/jonm.12902>
- Lee, R. P., Bamford, C., Poole, M., McLellan, E., Exley, C. et Robinson, L. (2017). End of life care for people with dementia: The views of health professionals, social care service managers and frontline staff on key requirements for good practice. *Plos One*, 12(6), 19, article no e0179355. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179355>
- Lopez, R. P. (2009). Decision-making for acutely ill nursing home residents: nurses in the middle. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 65(5), 1001-1009. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04958.x>
- Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L., Jones, R. N., Prigerson, H. G., Volicer, L., Givens, J. L. et Hamel, M. B. (2009). The Clinical Course of Advanced Dementia. *The New England Journal of Medicine*, 361(16), 1529-1538. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902234>
- Nilsen, P., Wallerstedt, B., Behm, L. et Ahlström, G. (2018). Towards evidence-based palliative care in nursing homes in Sweden: a qualitative study informed by the organizational readiness to change theory. *Implementation Science*, 13, 1-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0699-0>

## Auteurs



### GABRIELLE PRUD'HOMME, inf. M. Sc.

Conseillère-cadre en soins infirmiers au CISSS de la Montérégie-Centre, où elle œuvre en CHSLD depuis plusieurs années ayant toujours à cœur la qualité des soins et le développement du leadership infirmier dans ce milieu. Après un microprogramme en soins palliatifs et en fin de vie à l'Université de Sherbrooke, elle termine maintenant sa maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal sous la direction de Mme Émilie Allard.

### EMILIE ALLARD, inf., Ph. D.

Professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheuse régulière au Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Sa programmation de recherche vise l'amélioration de l'accessibilité aux soins palliatifs et de fin de vie par le développement de la formation interdisciplinaire et le soutien aux personnes proches aidantes.



- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de longue durée (CHSLD)*. Cadre de référence. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4504-exercice-infirmier-chsld-cadre-referance-web.pdf>
- Paillet, P. et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans P. Paillet & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). Paris : Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paillet.2012.01.0231>
- Reimer-Kirkham, S., Sawatzky, R., Roberts, D., Cochrane, M. et Stajduhar, K. (2016). 'Close to' a palliative approach: nurses' and care aides' descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), 2189-2199. <https://doi.org/10.1111/jocn.13256>
- Reitinger, E., Schuchter, P., Heimerl, K. et Wegleitner, K. (2018). Palliative care culture in nursing homes: The relatives' perspective. *Journal of Research in Nursing*, 23(2-3), 239-251. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F1744987117753275>
- Saini, G., Sampson, E. L., Davis, S., Kupeli, N., Harrington, J., Leavey, G., Nazareth, I., Jones, L. et Moore, K. J. (2016). An ethnographic study of strategies to support discussions with family members on end-of-life care for people with advanced dementia in nursing homes. *BMC Palliative Care*, 15, 55. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0127-2>
- Sullivan, S. S., Mann, C., Mullen, S. et Chang, Y. P. (2021). Homecare nurses guide goals for care and care transitions in serious illness: A grounded theory of relationship-based care. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.14739>
- Waldrop, D. P. et Nyquist, K. (2011). The transition from routine care to end-of-life care in a nursing home: exploring staff perspectives. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(2), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.04.002>
- Whittemore, R., et Knaf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553.

# La tranquillité d'esprit pour vos patients



Faites confiance au chef de file en matière de services d'alerte médicale au Canada. Lifeline avec AutoAlerte permet aux aînés d'accéder rapidement et facilement à l'aide en cas d'urgence en appuyant simplement sur un bouton ou même automatiquement.

**ESSAI GRATUIT D'UN MOIS** incluant l'installation **SANS FRAIS**. Indiquez le code X1335.

**1 800 LIFELINE (1 800 543-3546)**

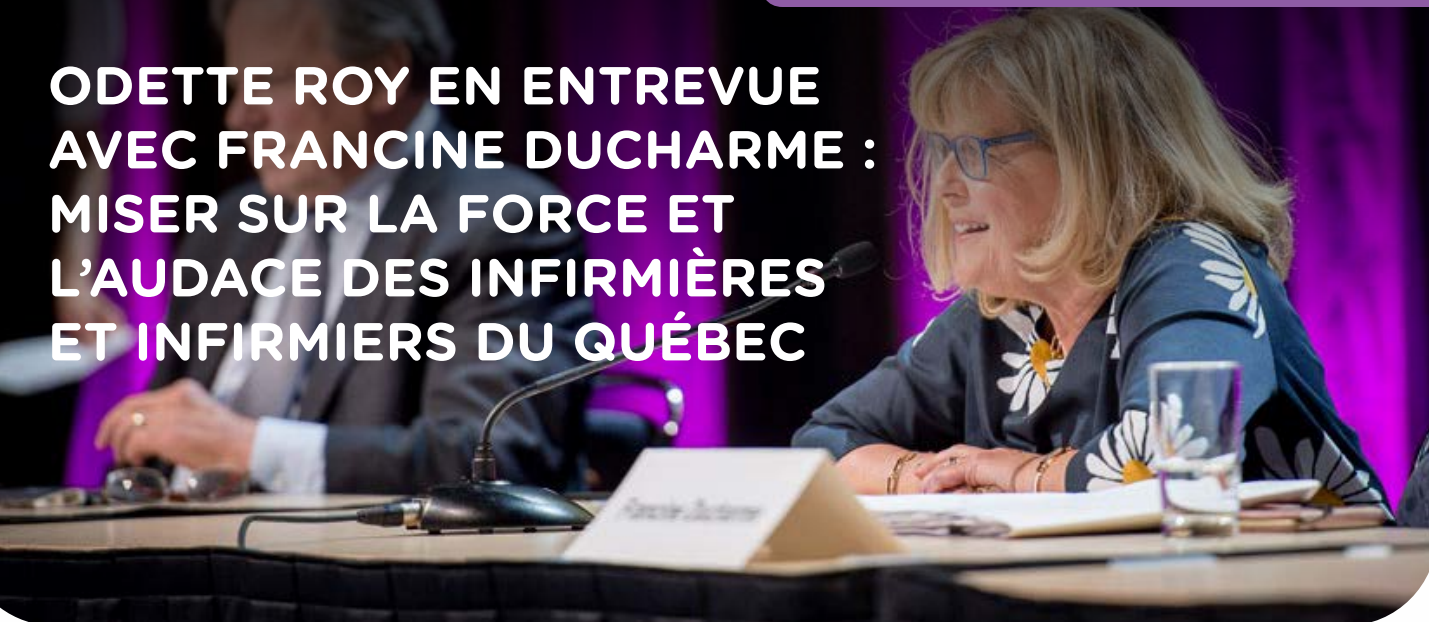
**[www.lifeline.ca](http://www.lifeline.ca)**

*Offre valable uniquement auprès des programmes locaux participants et pour les nouvelles activations. L'offre ne peut pas être combinée à une autre offre. Certaines restrictions s'appliquent.*



# Lifeline

# ODETTE ROY EN ENTREVUE AVEC FRANCINE DUCHARME : MISER SUR LA FORCE ET L'AUDACE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC



Le désir de créer un espace de paroles, propice à alimenter le débat, a donné forme à une nouvelle rubrique, ENTREVUE, dans la revue *La Gérotoise*. Je me suis prêtée au jeu une seconde fois pour un autre face-à-face virtuel tout à fait passionnant avec Francine Ducharme, commissaire des États généraux de la profession. Les propos qu'elle partage généreusement avec les membres de l'AQIIG sont à la fois éclairants, mobilisateurs et agissent comme de véritables catalyseurs à l'action.

Le rapport émanant des États généraux de la profession infirmière 2021 - « *Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec. Un changement porteur d'avenir* » est un ouvrage qui a l'intelligence de se pencher sur la contribution infirmière à la santé de la population du Québec. Trente et une recommandations ont été identifiées comme pistes de solutions pour un système de santé solide et efficace.

Les deux commissaires, Francine Ducharme et Robert Salois, ont dirigé d'une main de maître la démarche qui a duré près d'une année. Ils ont fait preuve d'un engagement sans borne en écoutant, colligeant, analysant et extirpant les recommandations issues d'une vaste période de consultations ayant mené au sommet des États généraux tenus les 20 et 21 mai derniers.

Francine Ducharme, chercheure émérite et clinicienne dans l'âme, livre un message vibrant et rappelle que les infirmières et infirmiers du Québec sont en mesure de construire l'avenir à la hauteur de leurs savoirs, leurs compétences et leur leadership. Nous avons, rappelle-t-elle, tout pour réussir et mettre de l'avant les 31 recommandations du rapport des commissaires : des leaders infirmiers créatifs, visionnaires, engagés, des maisons d'enseignement de haut niveau ainsi que des partenaires solides. Tous doivent être prêts à relever leurs manches et à travailler à l'atteinte d'objectifs communs. L'idée, ici, est de se rapprocher entre infirmières et infirmiers issus des domaines de la

clinique, de la recherche, de la gestion et de la formation, et de partager des espaces communs favorables à des actions concertées.

Les États Généraux de la profession ont ramené des enjeux importants de santé notamment ceux relatifs aux personnes âgées. Francine Ducharme encourage l'AQIIG, sa présidente, Huguette Bleau, et ses membres à poursuivre leur engagement pour la défense des soins de qualité à la personne âgée. Au terme de cette entrevue, on ressort avec ce sentiment que l'avenir se compose au présent et que ce présent commence aujourd'hui, puisque chacune et chacun d'entre nous contribuent ici et maintenant, par notre expertise, à la reconnaissance et la transformation de la pratique infirmière.

**1. LES TRAVAUX INHÉRENTS AUX ÉTATS GÉNÉRAUX ONT CONSTITUÉ UN MOMENT FORT QUI EST VENU MARQUER DE FAÇON SIGNIFICATIVE L'ÉVOLUTION ET L'AVANCEMENT DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AU QUÉBEC. À L'INTENTION DES LECTRICES ET LECTEURS DE LA REVUE LA GÉRONTOISE, POUVEZ-VOUS NOUS RAPPELER LES ASPECTS FONDAMENTAUX AYANT SOUTENU VOTRE ATTENTION TOUT AU LONG DE CETTE DÉMARCHE?**

Un des aspects fondamentaux de l'ensemble de la démarche des États généraux réside sans aucun doute

dans son caractère participatif et dans la rigueur de l'exercice. Les défis, enjeux et solutions à la situation actuelle des soins infirmiers ont été identifiés par des milliers d'infirmières et d'infirmiers de multiples horizons venus partager avec nous leur réalité. Le rapport est le reflet des avis éclairés de ces personnes, ainsi que de ceux de nombreuses organisations, associations et établissements qui nous ont exprimé des besoins urgents de changements. **Un élément à retenir de cette démarche a ainsi été la grande mobilisation des acteurs pour en arriver à des propositions qui ne sont pas celles des commissaires, mais bien celles de toutes ces personnes et participants, incluant les citoyens.**

La trame de fond de cet important exercice était la reconnaissance de l'expertise et des compétences des infirmières et infirmiers. Les étapes suivies illustrent comment les parties prenantes ont été interpellées, et ce, dès le début de la réflexion. Des groupes de discussion avec des infirmières et infirmiers ont d'abord été tenus en 2020 afin de mieux comprendre leur réalité à l'aide d'un exemple spécifique, celui de leur mise à contribution lors de la 1<sup>re</sup> vague de la COVID-19. Un forum virtuel en présence de journalistes connus et portant sur la reconnaissance de l'expertise infirmière a eu lieu par la suite en novembre 2020.

Ces étapes préliminaires ont été suivies d'un large appel à préparer des avis, mémoires et commentaires sur trois grands thèmes liés à l'expertise et aux compétences infirmières. Ces thèmes étaient : 1) le champ d'exercice et la contribution infirmière; 2) l'innovation et la spécialisation et 3) la formation initiale et le développement professionnel. **Plus de 600 contributions venant, entre autres, d'infirmières et infirmiers, d'associations, de syndicats, d'établissements d'enseignement, d'ordres professionnels, d'établissements de santé et de conseils d'infirmières et infirmiers ont été reçues, et cela, en dépit de la pandémie qui mobilisait tous et chacun...** signe d'un intérêt certain à participer à cet exercice.

Comme il était aussi essentiel de tenir compte d'une participation de la population, bénéficiaire des soins infirmiers, un jury citoyen a été organisé par un organisme indépendant, l'Institut du Nouveau Monde (INM). **Des citoyens de différentes régions, n'étant pas membres de la profession infirmière, ont participé à des ateliers et ont soumis des recommandations.** Une question leur était principalement posée : « *Croyez-vous que l'on peut mieux recourir aux compétences infirmières pour mieux soigner? Si oui, à quelles conditions? Si non, pourquoi?* »

Enfin, des audiences publiques ont été tenues pour inviter certaines personnes ou groupes à approfondir leurs avis et mémoires ou encore pour éclairer des enjeux particuliers. De ces audiences, ont émergé des pistes générales d'action. En mai 2021, deux journées d'ateliers avec près de 1200 participants ont permis de prioriser ces pistes. La dernière étape a été la rédaction du rapport à partir de l'ensemble des constats, auxquels les commissaires ont ajouté des données statistiques et des résultats probants issus de recherches pour appuyer les recommandations finales.

## **2. POUVEZ-VOUS NOUS PRÉCISER QUELLES SONT LES CONTRIBUTIONS PRINCIPALES DU RAPPORT ET COMMENT CELLES-CI INTERPELLENT-ELLES LES PRINCIPAUX ACTEURS DU QUÉBEC: GOUVERNEMENT, SYNDICATS, UNIVERSITÉS, ASSOCIATIONS, OIIQ, CITOYENS, ET L'ENSEMBLE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC?**

Les derniers États généraux remontant à 1996, cela faisait déjà 25 ans que nous n'avions pas réservé un temps d'arrêt pour réfléchir à l'avenir de la profession infirmière. Or, depuis 25 ans, beaucoup d'éléments du contexte de la pratique infirmière ont subi des transformations en réponse aux besoins changeants de la population. Il n'y a qu'à penser aux transformations dans l'organisation des soins et services et dans la gouvernance des établissements, à l'essor de l'interdisciplinarité, au développement de la 1<sup>re</sup> ligne en santé et des soins dans la communauté, de même qu'aux nombreuses lois qui ont permis d'élargir la pratique. On peut citer, par exemple, toutes les activités de soins maintenant réservées aux infirmières et infirmiers et le déploiement relativement récent des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) qui favorisent l'accès aux soins de santé. Ce sont ces types de transformations qui ont ouvert la voie à une réflexion.

Tel que mentionné, les acteurs qui avaient à cœur de participer activement à l'identification des défis, des enjeux et surtout des solutions pour mieux faire reconnaître notre profession, ont été mis à profit. Il s'agit de forces vives qui ont fourni des pistes concrètes pour des changements jugés essentiels. **Un comité formé de 14 organisations-clés a été au cœur de l'exercice, et cela, dès son origine en identifiant les thèmes porteurs de la réflexion et en validant la démarche. L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gériatrie a positionné haut et fort les enjeux des soins auprès des personnes âgées.** De même, d'autres associations telles celles des Conseils des infirmières et infirmiers, des infirmières d'urgence, des infirmières praticiennes spécialisées, des infirmières en santé mentale y ont participé activement. Le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Regroupement

provincial des comités des usagers du système de santé et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, qui a organisé la tenue des États généraux, étaient aussi parmi ces partenaires.

Notre rapport, issu des discussions avec tous ces intervenants, souligne l'importance de changements à moyen et à long termes, des changements profonds exigeant une vision de la profession et du système de santé. Plus spécifiquement, la reconnaissance de l'expertise et des compétences passe inévitablement par des actions qui concernent les enjeux identifiés par les partenaires: 1) le contexte actuel de pratique, plutôt défavorable, notamment en regard de l'organisation des soins, des conditions de travail et du soutien clinique; 2) l'étendue de la pratique infirmière, sous-optimale actuellement, et qu'il importe de déployer dans les milieux (incluant la spécialisation et l'innovation essentielles à des changements porteurs) et 3) la formation des infirmières, soit la norme d'entrée dans la profession et le développement professionnel qu'il y a lieu de rehausser.

**L'apport des États généraux est, somme toute, que cette démarche a permis de proposer des solutions qui émanent des infirmières et infirmiers et de leurs alliés. Gouvernement, syndicats, établissements d'enseignement, associations, ordres professionnels et citoyens ont été et sont actuellement interpellés pour qu'enfin la société québécoise reconnaisse les compétences et l'expertise infirmières.**

**3. AU TERME DE NOMBREUSES CONSULTATIONS RÉALISÉES AUPRÈS DES DIFFÉRENTES INSTANCES, ET ENRICHIES PAR DES DONNÉES PROBANTES ET DES ÉCRITS LES PLUS PERTINENTS DANS LE DOMAINE, VOTRE RAPPORT FAIT ÉTAT DE 31 RECOMMANDATIONS. QUELLES SONT CELLES QUI CONSTITUENT DES PILIERS AU CHANGEMENT PORTEUR D'UN FUTUR ? ET PLUS PARTICULIÈREMENT LES RECOMMANDATIONS AYANT TRAIT À LA GOUVERNANCE, LA PRATIQUE AVANCÉE (ICS ET IPS), LA FORMATION INITIALE UNIVERSITAIRE ET CONTINUE.**

A vrai dire, toutes les recommandations issues de la démarche des États généraux sont porteuses du futur de la profession. Il s'agit de solutions sur lesquelles il est possible d'agir et qui concernent, entre autres et tel que vous le mentionnez, la gouvernance des soins, la spécialisation et la pratique avancée, de même que la formation. Pour illustrer leur portée, je ferai état de quelques-unes de ces propositions.

Au regard de la gouvernance des soins, nous y reviendrons

plus loin dans cet entretien, les constats sur la situation des soins infirmiers ont amené naturellement les participants à proposer des ratios patients-infirmières qui permettent d'offrir les soins appropriés, au bon moment et à la bonne personne. Il a également été proposé de maintenir une stabilité dans les équipes de soins pour la continuité, et cela, encore davantage dans le contexte des soins aux aînés vulnérables. Le recours au temps supplémentaire obligatoire et aux agences privées de soins infirmiers sont des facteurs néfastes pour la valorisation de la profession et, bien sûr, pour la rétention du personnel. **Ces pratiques de gestion, qui nuisent aussi à la continuité et à la sécurité des soins, ont été décriées.** La question des soins aux personnes âgées et de l'expertise nécessaire pour soigner la complexité des situations présentées dans la trajectoire de cette clientèle ont été maintes fois évoquées. **Le drame des CHSLD, lors de la première vague de la COVID, est une illustration éloquent de besoin de compétences dans ce domaine, incluant des compétences dans la gestion des soins et la gouvernance des établissements.**

La nécessité d'une révision des rôles et responsabilités des différents membres des équipes de soins, de même que l'étendue limitée de la pratique des infirmières et infirmiers, qui en est sous-jacente, ont été abondamment discutées. Des lois en vigueur précisent les actes professionnels des infirmières et infirmiers au Québec. Il s'agit de l'article 36 de la loi des infirmières et infirmiers et des lois 90 et 21, plus récentes, qui sont venues élargir cet article. On y décline 17 activités réservées aux infirmières, l'un des champs d'exercice les plus vastes avec celui des médecins. En 2016, le règlement sur la prescription pour les infirmières bachelières et, en 2020, un élargissement des activités permises aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS), ont été ajoutés. Enfin, les ordonnances collectives font aussi partie de ce portrait. **Néanmoins, en dépit de toutes ces dispositions précisant les éléments de la pratique infirmière, il semble que ces possibilités ne soient pas déployées à leur juste mesure dans les établissements, ce qui limite grandement la portée de la contribution infirmière à la qualité des soins à la population. En réalité, tout juste la moitié des activités réservées aux infirmières sont actuellement réalisées au Québec.** Bon nombre d'infirmières, par exemple, ne procèdent pas ou peu à l'évaluation de la condition de santé physique et mentale des personnes. Il s'agit pourtant d'une des assises de l'expertise infirmière. Un autre exemple de sous-utilisation du champ d'exercice se situe au niveau de la pratique avancée des infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Le Québec accuse un retard, non seulement parce que les IPS sont en nombre insuffisant, mais aussi parce qu'elles n'exercent pas à la pleine mesure de leurs compétences

et de leur formation. De plus, elles ne travaillent pas ou peu dans certains milieux stratégiques où elles pourraient faciliter l'accès aux soins : les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en constituent un exemple.

Par ailleurs, la pratique infirmière avancée ne concerne pas uniquement les IPS mais aussi les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS). Au Québec, une seule spécialité est reconnue par règlement, celle de la prévention et du contrôle des infections (PCI), une spécialité qui a été grandement sous-utilisée dans le contexte de la pandémie. Dans d'autres provinces du Canada, par exemple en Ontario, on dénombre 22 spécialités. Pour les participants des États généraux, il est temps de doter la profession de nouvelles spécialisations répondant aux besoins de la population en matière de soins infirmiers. Une spécialité en soins aux personnes âgées a été mentionnée à plus d'une reprise.

**A l'issue de l'ensemble des constats recueillis, il a été proposé de mettre en place des normes et des directives nationales concernant, entre autres : la composition des équipes de soins; les responsabilités de chacun de leurs membres en accord avec les dispositions légales existantes; les ratios; et le soutien clinique. Ces directives devraient permettre de rendre effective l'occupation du champ d'exercice.**

Quant à la question de la formation, il s'agit d'un levier identifié comme étant capital pour la reconnaissance de l'expertise et des compétences. À l'heure actuelle, deux parcours de formation sont possibles pour acquérir le titre d'infirmière ou d'infirmier, la formation collégiale (DEC en soins infirmiers) et la formation universitaire (BAC en sciences infirmières). Toutefois, un seul examen d'entrée à la profession existe pour ces deux parcours, examen qui n'évalue pas certains domaines enseignés à l'université (ex., les soins critiques et les soins en contexte communautaire). Cet aspect est, aux dires des membres du jury citoyen, une anomalie. **Les citoyens, comme plusieurs intervenants venus témoigner, considèrent que le double parcours nuit à la compréhension du rôle infirmier au sein de la population, incluant les patients, et crée des divisions au sein même de la profession.** Il faut noter qu'au cours des 20 dernières années, les autres provinces canadiennes et plusieurs pays, notamment au sein de la francophonie, ont tous rehaussé leurs exigences de formation et il semble qu'un écart se soit creusé au Québec entre les connaissances nécessaires pour devenir infirmière et la formation. De récentes statistiques soulignent néanmoins que près de la moitié des infirmières et infirmiers détiennent actuellement un diplôme de baccalauréat (49,9%), une proportion qui ne cesse d'augmenter. De plus, en 2021, près de 59 % des titulaires d'un DEC en techniques infirmières poursuivent leur formation à l'université dans le parcours nommé DEC-BAC.

Dans le contexte d'un développement des connaissances à vitesse grand V, du besoin de formation dans des domaines tels que les soins critiques, la santé communautaire, l'interdisciplinarité et le leadership, pour n'en citer que quelques-uns, **les participants aux États généraux ont recommandé le rehaussement de la norme d'entrée à la profession; en somme que le Québec se dote d'un seul diplôme, celui de baccalauréat en sciences infirmières pour accéder à la profession infirmière, et cela, dans un horizon de cinq ans.** Une des principales résistances à ce changement est qu'il pourrait accentuer la pénurie actuelle. Cependant, force est de constater que les provinces qui ont procédé à ce rehaussement ont vu un accroissement du nombre de demandes d'admission dans



# Votre santé financière nous tient à cœur

**Nous sommes une institution financière exclusive aux professionnels de la santé**

Par notre engagement, notre connaissance fine de votre milieu et notre expertise, nous vous offrons un accompagnement personnalisé et adapté à vos besoins.

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

 **Desjardins**  
Caisse du Réseau de la santé



la profession, ce qui s'explique par le pouvoir d'attraction d'une formation universitaire, source de valorisation et de gratification. En Alberta et en Colombie-Britannique, notamment, on a constaté des augmentations de 45% et de 60% des admissions, respectivement. On remarque les mêmes tendances en Norvège, Australie et Angleterre. Également, dans les disciplines de la santé comme la pharmacie et la médecine, on observe une augmentation des inscriptions après avoir augmenté les exigences.

**L'accès à la profession au niveau universitaire pourrait se réaliser via deux parcours pour les futurs étudiants, soit la formation initiale à l'université (DEC général de 2 ans au CEGEP et BAC de 3 ans à l'université) ou encore la formation DEC-BAC (DEC techniques de 3 ans et poursuite obligatoire au BAC pour 2 ans à l'université).** Dans les deux cas, il s'agit d'une formation totalisant cinq années à partir de l'entrée au système collégial et, dans les deux cas, les formations auront besoin, selon les participants, d'être revisitées. Ce rehaussement nécessitera une collaboration étroite et respectueuse entre les établissements d'enseignement afin de toujours viser la meilleure formation pour la qualité des soins à la population. Le changement devra se faire de façon progressive, à l'image de ce qui a été fait ailleurs, et accompagné de plusieurs mesures transitoires tant pour les infirmières en exercice (clause grand-père par exemple) que pour les étudiants en formation (bourses d'étude, possibilités d'emplois après la formation collégiale avec un titre d'interne ou de résident, etc.).

Le dernier aspect abordé dans le rapport concerne le développement professionnel. **Pour acquérir une identité professionnelle, il faut bien sûr une solide formation initiale mais aussi une culture « d'apprenant à vie ».** Le développement professionnel, expression plus englobante que formation continue et qui sous-tend le développement de carrière, a beaucoup retenu l'attention des infirmières et infirmiers de la relève. Dès leur arrivée dans la profession, considérer le profil et les aspirations des jeunes, les possibilités de carrière qui s'offrent à eux et leur proposer des trajectoires professionnelles intéressantes a été suggéré. Les participants nous ont aussi confié que l'offre actuelle de formation n'est pas suffisamment diversifiée et que son accès n'est pas facilité dans les établissements de santé. Il y a lieu d'élargir les modalités de formation et d'inciter les employeurs à contribuer à ce développement de leur personnel infirmier considéré depuis longtemps comme un outil majeur en matière d'attraction et de rétention. **En fait, le développement professionnel est une affaire qui concerne plusieurs partenaires. Les maisons d'enseignement, les établissements où travaillent les infirmières et infirmiers, de même que les syndicats**

**et l'Ordre sont interpellés par cet enjeu.** Enfin, il a été proposé que les infirmières et infirmiers, à l'image des autres professionnels de la santé, soient dans l'obligation de poursuivre leur formation en ayant des objectifs personnels et des heures de formation pertinentes, dans leur domaine. On recommande la conception d'un outil de type portfolio pour soutenir leur développement et des activités d'autoévaluation de la formation. Il est temps de miser sur le leadership des infirmières et infirmiers quant à leur développement dans leur propre champ d'expertise.

**En résumé, les résultats de la démarche des États généraux soulignent clairement que le *statu quo* n'est pas une option et que des changements en profondeur sont requis pour assurer la santé au travail des infirmières et infirmiers, la santé de la population québécoise via des soins de qualité et l'avenir du système.**

#### **4. COMMENT LES MEMBRES DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN GÉRONTOLOGIE (AQIIG), CEUX ET CELLES PRÉOCCUPÉS PAR LES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES, DOIVENT-ILS SE SENTIR INTERPELLÉS PAR CES RECOMMANDATIONS?**

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie, tel que mentionné, est membre du Comité des partenaires. Elle a été interpellée au tout début et a répondu énergiquement à l'appel. Dès que l'idée même de la tenue d'États généraux pour la profession a été énoncée, l'association a pu s'investir dans la détermination des enjeux, la planification du déroulement du processus, la production d'un mémoire, la participation aux audiences publiques, de même que la présence active aux ateliers de priorisation des enjeux. **La présidente de l'AQIIG, Huguette Bleau, a été proactive et a fait connaître, avec les membres de son équipe, les éléments importants liés à la gouvernance des soins, la spécialisation, l'innovation et la formation des infirmières qui œuvrent dans le domaine des soins infirmiers auprès des personnes âgées et de leurs proches aidants.** Il faut reconnaître que la pratique infirmière auprès des aînés dans différents milieux et pour différentes trajectoires de soins a fait l'objet de nombreuses discussions. La pandémie a mis au grand jour de nombreuses failles, tant dans les soins de courte que de longue durée, de même que dans les soins à domicile. Ces lacunes ont été révélées dans plusieurs rapports d'enquête récents (enquête de la coroner, de la commissaire à la santé et au bien-être, de la protectrice du citoyen...) et la nécessaire expertise pour soigner les complexes réalités de cette clientèle vulnérable, identifiée.

Les membres de l'AQIIG ont aussi participé aux États généraux, via leurs commentaires et lors des journées d'ateliers. Toutefois, le travail est loin d'être terminé. Les 31 recommandations demandent à être actualisées et la majorité d'entre elles touchent de près les infirmières de l'association. Nous devons, avec les autres regroupements d'infirmières et d'infirmiers, former une masse critique permettant la mise en œuvre de ces recommandations. Les enjeux plus spécifiques liés au vieillissement de la population, à l'âgisme très présent dans nos établissements de santé, au manque de formation et de reconnaissance pour le travail de soins si important auprès des aînés, méritent toute notre attention et notre créativité. **L'association a besoin de ses membres pour contribuer à améliorer la qualité des soins. Elle a toujours été un leader. Ses activités, publications et le calibre de ses membres en témoignent. Cependant, il est possible d'aller encore plus loin, ensemble, en prenant position, en s'affirmant et en contribuant à modifier les perceptions des journalistes et du public sur la pratique infirmière. Il faut faire en sorte que les infirmières et infirmiers mettent en évidence les nombreuses innovations cliniques dont ils sont auteurs, entre autres dans le domaine des soins aux personnes âgées.**

##### **5. DANS LE RAPPORT, VOUS ÉVOQUEZ À PLUSIEURS REPRIS LA MÉCONNAISSANCE DE L'EXPERTISE INFIRMIÈRE DE LA PART DES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU PUBLIC EN GÉNÉRAL, AUSSI ON Y MENTIONNE LE PROBLÈME D'IMAGE QUE PROJettent LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS. POUVEZ-VOUS NOUS EN DIRE DAVANTAGE SUR L'IMPORTANCE DE CES DEUX ASPECTS?**

Le développement historique de la profession et sa considération, d'abord et avant tout comme une vocation, a une influence certaine sur la méconnaissance de l'expertise infirmière tant pour le public que pour les autres professionnels de la santé. **Si une forte majorité de Québécois font confiance aux infirmières et aux infirmiers, un sondage réalisé en 2020 par la firme Léger et cité dans le rapport des commissaires, souligne que quatre Québécois sur dix associent les infirmières et infirmiers à des personnes dévouées, tandis que seulement le quart des Québécois les définissent comme des personnes compétentes.** Les infirmières et infirmiers ne bénéficient pas d'un rayonnement et d'une couverture médiatique comparables à ceux d'autres professionnels de la santé. Ils sont rarement invités à titre d'experts cliniques dans leur domaine et sont peu conviés lors des grands chantiers politiques. Le forum préparatoire aux États généraux a, en

ce sens, révélé une quasi absence des infirmières dans les médias et une culture de la discrétion. Ceci fait en sorte que la contribution spécifique des infirmières demeure invisible et inconnue.

##### **6. AU-DELÀ DE L'IMAGE PUBLIQUE, CES CONSTATS NOUS AMÈNENT-ILS À ADOPTER UNE POSTURE QUI VALORISE DAVANTAGE LA CONTRIBUTION INFIRMIÈRE DANS LES SOINS DIRECTS À LA POPULATION ET PLUS PARTICULIÈREMENT LES SOINS CLINIQUES BASÉS SUR LA SCIENCE ET L'INNOVATION? (SOINS À DOMICILE, SOINS SPÉCIALISÉS, INFIRMIÈRE BACHELIÈRE, ICS, IPS, ETC.)**

**La crise sanitaire a mis en lumière la méconnaissance des décideurs et des gestionnaires à l'égard de l'expertise clinique. Bien sûr, on peut voir ici un lien avec la gouvernance des soins qui fait peu de place à la parole et au pouvoir des infirmières et infirmiers dans les organisations. Nous y reviendrons.**

L'exercice des États généraux a clairement démontré que les compétences et les savoirs des infirmières et infirmiers sur le terrain ne sont pas utilisés à leur plein potentiel. Concrètement, les infirmières et infirmiers continuent d'effectuer des soins, souvent de nature procédurale ou des tâches administratives qui pourraient être accomplis par d'autres membres de l'équipe de soins. C'est tout le sens donné à leur travail qui s'en trouve affecté. **Si les infirmières et infirmiers effectuaient réellement ce qu'ils sont autorisés à faire et ce pourquoi ils sont formés et délaissent les actes pouvant être faits par d'autres, une valorisation de leur contribution spécifique serait possible et, de là, une contribution des infirmières davantage reconnue, qu'il s'agisse des soins à domicile ou en centre hospitalier, de la pratique avancée ou autres.** Selon les participants, la reconnaissance de la profession passe d'abord et avant tout par la pleine occupation du champ d'exercice et par l'affirmation sur le terrain. Cette impulsion doit venir des infirmières et infirmiers. **Plus qu'une image, c'est une identité professionnelle solide que les infirmières et infirmiers doivent se forger et les recommandations du rapport apportent des stratégies en ce sens sur le plan des trois thématiques identifiées.**

**Pour recourir aux compétences et à l'expertise clinique et pour que les infirmières puissent se sentir à l'aise dans l'expression de cette expertise, certaines conditions doivent être mises en place, des conditions au cœur des enjeux des États généraux: des organisations qui respectent leur travail, leur santé et leur sécurité et qui sollicitent leur**

participation aux décisions; du soutien clinique qui permet l'innovation dans les soins et une pratique basée sur des résultats probants; une formation initiale solide et des possibilités de développement professionnel et de carrière, comme les autres professionnels de la santé.

**7. LES TRAVAUX DE LA COMMISSION RAPPELLENT LES NOMBREUSES RÉFORMES QUI ONT AFFECTÉ LA GOUVERNANCE EN SOINS INFIRMIERS. VOTRE RAPPORT PRÉSENTE COMMENT LES NOMBREUX CHANGEMENTS DANS LES STRUCTURES SONT VENUS ÉRODER L'ORGANISATION ET LES ENVIRONNEMENTS DU TRAVAIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AINSI QUE LES RÉSULTATS DES SOINS À LA CLIENTÈLE. DES RECOMMANDATIONS SONT FAITES À CET ÉGARD.**

**POUVEZ-VOUS NOUS EN DIRE D'AVANTAGE SUR L'IMPORTANCE DE LA GOUVERNANCE EN SOINS INFIRMIERS AU SEIN DU RÉSEAU MAIS SURTOUT COMMENT CES CHOIX (DE GOUVERNANCE) AFFECTENT DIRECTEMENT LE LEADERSHIP INFIRMIER AU SEIN DU RÉSEAU ET LA QUALITÉ DE LA PRESTATION DES SOINS INFIRMIERS ?**

Selon un autre sondage réalisé par la firme Léger en 2020, bien que pour 96 % des infirmières et infirmiers la pandémie ait amené une réorganisation des soins et des pratiques dans leur milieu de travail, 54 % estimaient avoir eu peu ou pas du tout d'influence sur les soins, leur coordination et leur organisation. Dans cette même perspective, les participants aux États généraux nous ont qualifié la gestion actuelle au sein du réseau comme étant une gestion « désincarnée ». Ils ont souligné le besoin incontournable d'une gouvernance forte en soins infirmiers : il faut donner les moyens aux infirmières et infirmiers d'exercer du leadership et du pouvoir. Plus précisément, tant et aussi longtemps qu'ils disposeront de pouvoirs limités dans les organisations, il leur sera difficile, voire impossible, de faire valoir leur expertise. **Il est urgent d'impliquer davantage les infirmières et infirmiers dans la gestion des soins.**

Notamment, les directions des soins infirmiers (DSI) et les Conseils des infirmiers et infirmières (CII), qui ont le mandat d'assurer la qualité des soins dans les établissements, doivent détenir davantage de pouvoir. Les DSI doivent pouvoir gérer les ressources humaines infirmières, accorder les postes de gestion à des infirmières et infirmiers qui connaissent les soins et avoir le loisir de se référer aux ressources humaines en tant que direction conseil. On demande aussi le passage d'une gestion de type hiérarchique à une gestion dite de proximité, participative.

Quant aux CII, ils n'ont pas les mêmes pouvoirs que les Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens dans les établissements et le soutien et l'importance qu'on leur accorde est à géométrie variable. Les infirmières et infirmiers ont peine à participer aux rencontres et ne sont pas encouragés à contribuer aux prises de décision concernant la qualité des soins infirmiers.

**Les grands messages qui nous ont été transmis sont à l'effet qu'il faut soutenir le leadership des infirmières et infirmiers et leur prise de décision, rapprocher la gestion du terrain et offrir du pouvoir. De nouvelles approches de gestion existent. Il est temps de modifier le paradigme actuel.** Pourquoi ne pas retenir les stratégies qui fonctionnent mieux et qui ont fait leurs preuves ailleurs? Un aspect à ne pas négliger concerne la formation des gestionnaires. A cet égard, voici un témoignage que nous avons retenu dans le rapport des États généraux et qui concerne la gestion des soins aux personnes âgées : « *Le fait d'avoir pu compter sur des gestionnaires ayant une formation en soins infirmiers aurait permis d'agir en amont plutôt qu'en urgence en CHSLD pendant la pandémie.* »

Un autre levier sur lequel les gestionnaires pourraient agir concerne le soutien clinique. Les infirmières ont besoin de soutien. Avec les contraintes budgétaires, on a réduit, avec le temps, le nombre de postes dédiés au soutien clinique, entre autres les activités des infirmières conseil. **Un soutien à l'exercice de la profession, entre autres pour les jeunes en début de parcours, par des programmes d'accueil et d'intégration et des programmes de mentorat, a été recommandé.** Pour attirer et retenir la relève, il faut éviter de laisser les recrues seules dans un univers complexe de soins ... elles désertent le monde des soins infirmiers. Enfin, tel que mentionné précédemment, que tous les établissements permettent aux infirmières et infirmiers de pratiquer selon leur pleine étendue de pratique, selon toutes les possibilités qui s'ouvrent à eux, ferait en sorte que la population recevrait les soins infirmiers auxquels elle est en droit de s'attendre.

**8. LE CONTEXTE PANDÉMIQUE CONTINUE DE RÉVÉLER UN SYSTÈME DE SANTÉ EN DIFFICULTÉ. CHAQUE VAGUE VIENT CONFIRMER LA FRAGILITÉ DU SYSTÈME EN TERMES D'ACCESSIBILITÉ, DE RUPTURE DE SERVICES POUR LA CLIENTÈLE MAIS AUSSI AFFECTER DIRECTEMENT DES ENVIRONNEMENTS ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL FAVORABLES À DES SOINS DE QUALITÉ, LESQUELS S'OPPOSENT CARRÉMENT AUX PRATIQUES DE GESTION CONTEMPORAINES. CONCRÈTEMENT, À LA LUMIÈRE DES TRAVAUX**

## **RÉALISÉS DANS LE CADRE DES ÉTATS GÉNÉRAUX, QUELLES SONT LES PISTES DE CHANGEMENT À PRIORISER RAPIDEMENT?**

Nous avons proposé 31 recommandations touchant les trois enjeux identifiés. Identifier une priorité serait difficile, voire impossible, car l'exercice que nous avons mené est un exercice dit «systémique», un exercice où les leviers sont interreliés. Le gouvernement cherche bien sûr des solutions ponctuelles pour une sortie de crise, alors que notre rapport fait état de solutions à moyen et à long termes et de modifications de fond au sein de la profession et du système.

Pour arriver à la reconnaissance de l'expertise et des compétences, des conditions d'exercice gagnantes, une utilisation optimale des expertises et des compétences et, bien sûr, une formation à la hauteur de cette expertise et de la contribution stratégique des infirmières sont essentielles. Un élément ne va pas sans l'autre. Uniquement parler de formation sans changer les conditions de travail? Se limiter à parler des conditions de travail?... Insuffisant pour une reconnaissance pleine et entière. **Il s'agit ici de la différence fondamentale entre le rapport des États généraux et des solutions ponctuelles qui peuvent fonctionner en temps de crise mais qui ne règlent rien. En somme, il y a lieu d'envisager les recommandations proposées dans un ensemble où le tout est plus grand que la somme de ses parties.** Le système de santé est souvent taxé de fonctionner en silos. Dans le contexte de la réflexion faite par les infirmières et infirmiers, il semble important de réfléchir de façon systémique plutôt que de façon linéaire. Il s'agit certainement d'un processus plus complexe, qui demande de la concertation, des allers et retours entre les partenaires, qui prend plus de temps car les problématiques sont multifactorielles mais qui, somme toute, conduit à des solutions dont l'acceptabilité sociale est facilitée. **Il importe donc de travailler sur le contexte, les conditions de travail, l'étendue de la pratique et la formation pour en arriver à une reconnaissance. La mission des États généraux n'était pas de régler les situations urgentes. L'objectif était de revaloriser, de rendre attrayante cette profession, de mettre au grand jour ses possibilités ... et cela nécessite, encore une fois, des changements en profondeur.**

Il faut toutefois reconnaître que les conditions de travail qui attirent peu en ce moment doivent être modifiées rapidement, notamment le temps supplémentaire obligatoire. Il est impératif d'offrir une qualité de vie et une conciliation travail-famille aux membres de la profession. Des actions de mobilisation à cet égard ont eu lieu et se poursuivent. Il existe aussi certaines solutions qui

n'ont pas à être inventées et qui touchent, par exemple, l'autogestion des horaires de travail pour une plus grande équité. Elles pourraient se mettre en action rapidement.

## **9. CROYEZ-VOUS QUE LE CONTEXTE PANDÉMIQUE POURRAIT JUSTEMENT CONSTITUER UNE VÉRITABLE OPPORTUNITÉ POUR S'IMPLIQUER DANS LES NOMBREUX CHANGEMENTS EN VUE DE CORRIGER RAPIDEMENT LA SITUATION (RÉVISION DES STRUCTURES, ACCESSIBILITÉ, SOINS HOSPITALIERS VERSUS SOINS PREMIÈRE LIGNE, SOINS AUX PERSONNES PLUS VULNÉRABLES, ETC.) ?**

Oui, le contexte pandémique est apparu favorable à la tenue des États généraux et aux changements qui s'imposent. Ce n'est pas un hasard si la volonté de prendre un temps d'arrêt pour réfléchir à l'avenir de la profession infirmière s'est vraiment confirmée en contexte pandémique. **La crise sanitaire a été un catalyseur pour imaginer les améliorations dans l'organisation des soins.** L'engagement des participants de nombreux milieux, la rigueur des mémoires et avis reçus, les multiples pistes de solutions proposées, empreintes de créativité, et cela, en temps de pandémie où tous et toutes étaient mobilisés à 100% sont des illustrations convaincantes du désir de changement. Les commissaires ont été impressionnés de cette participation qui dénote un immense intérêt pour un avenir plus reluisant.

Les enjeux de la pratique infirmière qui n'avaient pas été mis à jour depuis 25 ans ont été exacerbés et révélés par le contexte pandémique. La prévention et le contrôle des infections, la gestion et la dotation du personnel en situation de pénurie, les pénibles conditions de travail, la spécialisation et l'innovation nécessaires pour évoluer, de même que la solide formation pour répondre à la complexité des situations ont été des éléments analysés, critiqués par tous et chacun, incluant les médias. **Les infirmières et infirmiers se sont de plus en plus exprimés sur « l'innommable » survenu lors de la première vague de la COVID, entre autres auprès des personnes âgées vulnérables. La population a pu constater la gravité de la situation dans un système qui demande à être revu. Bon timing pour réfléchir à l'avenir et qui a ébranlé les décideurs.**

## **10. PAR AILLEURS, LE CONTEXTE PANDÉMIQUE ET LEURS NOMBREUX EFFETS DÉLÉTÈRES RISQUENT-ILS D'AGIR EN DÉFAVEUR DE L'ATTRACTION DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE? ET LA TENDANCE ACTUELLE DU GOUVERNEMENT À METTRE DE L'AVANT DES PROGRAMMES DE FORMATION DE PLUS EN PLUS ÉCOURTÉS (PAB,**

## INF. AUX.), COMBINÉE À UNE PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE, RISQUE-T-ELLE DE COMPROMETTRE LES CHANTIERS EN FAVEUR DES CHANGEMENTS DE LA FORMATION INFIRMIÈRE UNIVERSITAIRE?

Il est bien évident qu'avec la crise de la pandémie qui en est à sa 5e vague au moment où sont écrites ces lignes, le gouvernement recherche des solutions rapides pour permettre au plus grand nombre de Québécois d'être soignés, des solutions pour pallier cette crise sans précédent, entre autres par des formations écourtées, ici et là. Ce n'est pas l'optique du rapport des États généraux dont les recommandations ont été soumises au gouvernement en mentionnant qu'elles n'ont pas cette visée. **Les solutions actuelles du gouvernement sont proposées pour gérer la catastrophe; nous devons être critiques et vigilants pour que ces solutions demeurent temporaires.**

Le contexte de la pandémie n'est certainement pas optimal pour attirer les troupes. Néanmoins, ce contexte et les conditions de travail difficiles sont dénoncés à tous les jours. **Les décideurs reconnaissent actuellement l'importance de modifier les fondements du système de santé, entre autres en favorisant la gestion de proximité, en formant des personnes qui pourront venir en aide aux infirmières et infirmiers dans les tâches qui ne sont pas de l'ordre de soins infirmiers, d'offrir des conditions décentes et respectueuses et de reconnaître à leur juste valeur les infirmières et infirmiers qui tiennent le système à bout de bras.** Plusieurs instances s'y attardent déjà. Par ailleurs, il semble que des universités voient une croissance de leurs demandes d'admission en sciences infirmières. **De grands chantiers s'annoncent pour la profession et les solutions mises sur la table peuvent offrir un espoir aux jeunes qui songent à une carrière en soins infirmiers. Ils font partie des solutions pour la reconnaissance de la profession et certains peuvent certainement y trouver des défis énergisants.**

**11. LE RAPPORT « RECONNAÎTRE ET TRANSFORMER LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AU QUÉBEC. UN CHANGEMENT PORTEUR D'AVENIR », D'UNE EXTRÊME RIGUEUR, CONDUIT IRRÉMÉDIABLEMENT À L'ACTION ET AU DÉFI DE MIEUX TRAVAILLER ENSEMBLE.**

**QUELLES SONT LES FORCES EN PRÉSENCE, FAVORABLES À UN CHANGEMENT PORTEUR POUR L'AVENIR, SUR LESQUELLES NOUS DEVONS MISER PRINCIPALEMENT? MAIS AUSSI QUELLES SONT LES PRINCIPALES CONTRAINTES (OU OBSTACLES) QUI POURRAIENT FREINER OU**

## RALENTIR LES ÉLANS ET L'ENTHOUSIASME DES PRINCIPAUX ACTEURS À CE CHANGEMENT?

L'organisation du processus des États généraux a été menée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, une organisation qui a les ressources pour un tel exercice d'envergure. Toutefois, il ne s'agit pas, tel que Luc Mathieu, président de l'Ordre l'a souligné fréquemment, d'États généraux de l'Ordre. En fait, l'OIIQ a mandaté deux commissaires indépendants et un groupe de partenaires pour le contenu de la démarche. **Le souhait des commissaires est que ces partenaires poursuivent leur mobilisation et utilisent leur pouvoir d'influence pour en arriver à mettre en action les recommandations.**

**Il importe, par exemple, d'avoir des porteurs de dossiers bien identifiés, du travail en concertation, d'user d'influence politique, d'avoir un échancier.** Nous avons confiance que les groupes engagés et les infirmières et infirmiers qui ont participé aux États généraux sont des leaders d'influence. Le rapport est issu de la parole des infirmières et infirmiers... **il faut maintenant utiliser le travail réalisé pour se projeter plus loin et d'une même voix, sans division.** La population est à l'écoute, le gouvernement et les gestionnaires aussi. *Le momentum* est bon. **L'offre de soins de qualité par des infirmières et infirmiers qualifiés, compétents et reconnus pour leur contribution et qui ont des conditions d'exercice valorisantes est l'objectif.**

**Ainsi, mobilisation, leadership, représentations politiques, actions des partenaires, groupes d'influence et de pression...il y a lieu de poursuivre les actions de lobbying déjà amorcées et d'être proactifs.** Il faut également réagir rapidement et sans attendre aux mesures que les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur annonceront dans les prochains mois, lorsque cette crise sera enfin derrière nous.

## 12. EN TERMINANT, QUELS MESSAGES SOUHAITEZ-VOUS TRANSMETTRE À L'AQIIG ? ET AUX INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EXERÇANT AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES ?

Une seule organisation ou association ne pourra prendre en charge les 31 recommandations. Le souhait des commissaires est que les partenaires qui ont été présents tout au long de la démarche, dont l'AQIIG, poursuivent leur mobilisation pour en arriver à mettre en action ces recommandations. **L'AQIIG possède le leadership et le pouvoir de mobiliser ses membres, encore faut-il que ceux-ci se sentent interpellés par les grands défis, particulièrement ceux qui touchent les soins**

**aux personnes âgées.** Nous avons des acquis précieux en matière de soins de qualité à la clientèle âgée pour aller plus loin. Le drame des aînés au cours de cette pandémie ne doit pas être oublié. Tel que le mentionnait la présidente de l'association, Huguette Bleau dans un entretien publié dans le numéro d'automne 2021 de *La Gérotoise*, le rapport des États généraux « *Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec. Un changement porteur d'avenir* » constitue un outil pour façonner l'avenir et un rapport à ne pas tableter en cette croisée des chemins.

En quoi cette démarche est-elle utile à soutenir l'avenir de la profession infirmière? Au risque de me répéter, il s'agit d'une réflexion structurée, qui a fait appel aux principaux interlocuteurs et qui était nécessaire. Un temps d'arrêt donnant lieu à des recommandations pour un meilleur avenir. **Toute profession doit, à un moment donné, s'arrêter et faire le point; c'est ce que la profession infirmière a fait pour en arriver à des solutions systémiques qu'il ne faut pas dénaturer dans l'urgence.**

Nous avons rencontré les ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur, l'Office des professions, les Ordres professionnels. D'autres doivent maintenant poursuivre la démarche et l'AQIIG, qui s'intéresse aux aînés, en fait partie. Le gouvernement et la société tout entière ont certainement besoin de son éclairage. Le mandat des commissaires s'arrête ici mais d'autres sont compétents et habilités pour reprendre le flambeau. **Nous sommes la seule profession de la santé à avoir réalisé un tel exercice, un véritable modèle pour les autres. Nous pouvons en être fiers.**

---

## Auteurs



### FRANCINE DUCHARME

Francine Ducharme est infirmière et détient une formation postdoctorale en santé mentale. Elle a été tour à tour infirmière clinicienne, enseignante, chercheuse et gestionnaire. Elle est actuellement professeure honoraire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal après avoir été doyenne de cette Faculté entre 2015 et 2020. Elle est également chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et a été Titulaire de la Chaire de recherche philanthropique Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille de 2000 à 2015. Depuis le début de sa carrière, Francine Ducharme s'intéresse à la qualité de vie et à la qualité des soins des personnes âgées et de leurs proches aidants. Ses travaux de recherche portent principalement sur les interventions éducatives et de soutien auprès des proches aidants de personnes âgées vulnérables. Elle a diffusé largement ses travaux et a été consultée lors de la rédaction de plusieurs politiques dont les récentes (2021) Politique nationale concernant la proche aide au Québec et celle de l'hébergement et des soins de longue durée. Elle est membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé et du groupe de travail sur les soins de longue durée de la Société Royale du Canada qui a diffusé un important rapport sur la situation catastrophique des personnes âgées vivant en milieu d'hébergement lors de la première vague de la COVID-19. Elle a reçu plusieurs distinctions, notamment le prix Reconnaissance de l'AQIIG à l'occasion de son 30<sup>e</sup> anniversaire et tout récemment, l'insigne du mérite de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'ensemble de sa carrière.



### ODETTE ROY

C'est une grande passion du soin qui anime toujours Odette Roy. Forte de ses expériences cliniques en gestion et en formation comme en recherche accumulées au cours des 40 dernières années, elle poursuit son engagement comme mentor et comme chercheuse. Face à l'urgence actuelle, elle est convaincue qu'il faut mettre la pédale au fond pour arriver à des changements significatifs. Ceci passe définitivement par le leadership infirmier qui doit laisser la parole aux infirmières et infirmiers sur leur pratique, l'organisation de leur travail et les résultats de soins infirmiers. Les écouter est primordial croit-elle, car ce sont elles et eux qui contribuent à la construction du système de demain, plus humain.

# PLAIDOYER POUR UNE LOI SUR DES RATIOS SÉCURITAIRES EN SANTÉ AU QUÉBEC



La sécurité et la qualité des soins constituent un enjeu de santé publique et un droit collectif. Le Québec doit avoir des équipes de soins compétentes et en nombre suffisant pour garantir des soins de santé sécuritaires, humains et de qualité pour nous tous et toutes, quels que soient notre âge, notre région et le type de soins dont nous avons besoin.

Unissons nos voix pour demander des ratios garantissant aux professionnel-le-s en soins d'être en nombre suffisant pour former des équipes en mesure de soigner les clientèles de façon sécuritaire et d'offrir des soins de qualité au Québec. Ensemble, agissons pour sauver des vies, pour améliorer les soins de santé et pour préserver la dignité des Québécoises et des Québécois.

## **NOUS, SIGNATAIRES, RÉCLAMONS UNE LOI SUR LES RATIOS SÉCURITAIRES EN SOINS DE SANTÉ AU QUÉBEC.**

Nous appelons le gouvernement à adopter, dès maintenant, une loi garantissant des ratios sécuritaires minimums pour assurer la sécurité et la qualité des soins prodigués au Québec et à débiter aussitôt la mise en œuvre graduelle de cette loi.

- **Cette loi sur les ratios professionnel-le-s en soins/patient-e-s devra assurer le respect des ratios établis en tout temps, et ce, partout au Québec.**
- **La loi devra explicitement définir les ratios à mettre en place selon les besoins des groupes de clientèles et de la population, et ce, pour tous les contextes de soins de 1re, 2e, et 3e lignes.**
- **La loi devra également prévoir que les établissements de santé soient imputables de sa mise en œuvre et de son respect.**
- **La loi devra également prévoir les rehaussements des ratios au besoin, selon l'état de santé des patient-e-s, les besoins des communautés et la complexité des soins.**

**EN SAVOIR DAVANTAGE  
SUR LES RATIOS**

**ACTUALITÉ**

**LE PLAIDOYER**

**SIGNEZ LE PLAIDOYER**

## Une richesse inestimable de savoir, savoir-être et savoir-faire!



Vous êtes une infirmière ou un infirmier qui oeuvre auprès des personnes âgées et vous désirez aider à faire avancer la place de la gérontologie dans le milieu de la santé, devenez membre de l'AQIG, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie. Maintenir votre adhésion vous permet de faire des rencontres, de créer des liens et de contribuer à l'atteinte de vos objectifs professionnels et personnels relatifs aux soins aux personnes âgées.

### Être membre de l'AQIG, c'est :

- Appartenir à un réseau spécialisé en gérontogériatrie;
- Recevoir la revue numérique **La Gérontoise** deux fois par année;
- Bénéficier d'informations du conseil d'administration par l'intermédiaire de l'**InfoAQIG**;
- Se tenir **informé des meilleures pratiques** et des plus **récentes avancées dans le domaine**;
- Bénéficier d'activités annuelles de formation et de réseautage à des **tarifs avantageux**;
- Avoir la possibilité de profiter d'heures accréditées de formation professionnelle;
- Collaborer à l'avancement des connaissances dans la communauté infirmière gérontologique.

## Membre particulier

| Type de membre              | Adhésion 1 an (sans taxes) | Adhésion 1 an (avec taxes) | Adhésion 2 ans (sans taxes) | Adhésion 2 ans (avec taxes) |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Membre régulier             | 50,00 \$                   | 57,49 \$                   | 85,00 \$                    | 97,73 \$                    |
| Membre étudiant et retraité | 35,00 \$                   | 40,24 \$                   | 60,00 \$                    | 68,99 \$                    |

## Membre corporatif

| Type de membre | Adhésion 1 an (sans taxes) | Adhésion 1 an (avec taxes) | Adhésion 2 ans (sans taxes) | Adhésion 2 ans (avec taxes) |
|----------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Corporatif     | 350,00 \$                  | 402,41 \$                  | 450,00 \$                   | 517,39 \$                   |

Pour plus de détails, rendez-vous sur notre site internet <http://aqiig.org>



ÉVÈNEMENT VIRTUEL

27  
OCTOBRE  
2022

JOURNÉE SCIENTIFIQUE

# LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES AÎNÉS DES PREMIERS PEUPLES

MIEUX COMPRENDRE  
POUR MIEUX SOIGNER.

AQiiG<sup>+</sup>





# LE LEADERSHIP INFIRMIER : ESSENTIEL POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE EN FAVEUR DE LA RÉDUCTION DES CONTENTIONS ET DE L'ISOLEMENT EN CONTEXTE DE PANDÉMIE

MARILÈNE COULOMBE, M. Sc. inf.

Plus que jamais nous savons que la décision d'appliquer une mesure de contrôle chez une personne est une démarche complexe qui doit tenir compte de plusieurs dimensions tant cliniques, éthiques que légales. Chaque personne étant unique autant que chaque situation, il est devenu incontournable pour les professionnels de la santé, notamment les infirmières, d'utiliser une approche personnalisée pour chaque situation clinique et d'éviter d'appliquer des règles de façon systématique ce qui constitue un obstacle majeur à l'exercice du jugement clinique. Engagé depuis plusieurs années, dans ce changement, le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (CISSSMC) travaille constamment pour développer l'autonomie professionnelle, le leadership et les meilleures pratiques.

Avec l'arrivée de la pandémie au printemps dernier, les équipes de soins en gériatrie ont été soumises à plusieurs défis. Ces équipes se sont vues confrontées à un contexte d'urgence sanitaire et aux différentes mesures pour contrer la transmission de la COVID-19. Concrètement, cela s'est traduit par une utilisation plus importante de mesures de contrôle auprès de la clientèle âgée affectée par divers troubles neurodégénératifs dans le but de les protéger de la COVID-19. Par conséquent, les équipes de soins ont dû composer avec les conséquences connues, tant au plan physique dont le déconditionnement, que psychologique, de l'application des mesures de contrôle devant la nécessité de contrôler la transmission de la COVID-19. De plus, l'instabilité des équipes de soins exacerbée par les congés de maladie, l'absence d'expérience et de formation pour travailler auprès des clientèles se sont ajoutés au défi. Sans le leadership infirmier, il aurait été difficile de composer avec les différents enjeux, les conflits de valeurs et les malaises éthiques vécus par les intervenants, les personnes âgées et leurs proches. Fortes de ces expériences, les équipes de soins poursuivent le changement de pratique amorcé sous le signe de la compétence et de la bienveillance.

---

## INTRODUCTION

Depuis plus de vingt ans, les différentes actions entreprises par le ministère de la Santé et Services sociaux et les établissements de santé québécois convergent vers une volonté d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins offerts aux usagers, en ne perdant pas de vue que l'autonomie professionnelle et le leadership clinique sont au cœur de ces avancements. En effet, dans la pratique quotidienne, il apparaît que la réflexion clinique exercée en amont de la prise de décision d'utiliser ou non une mesure de contrôle, ainsi que l'anticipation des effets d'une telle mesure constituent des pièces maîtresses à la discussion

avec l'usager et ses proches. Rappelons que cette décision à haut risque de préjudice est une activité réservée, entre autres, à l'infirmière pour laquelle, au cours de sa formation initiale et continue, elle acquiert une capacité d'évaluation, de pensée critique, d'un esprit d'analyse et de jugement clinique.

## HISTORIQUE DU CHANGEMENT DE PRATIQUE

Depuis plusieurs années, l'utilisation des mesures de contrôle suscite des questionnements et des préoccupations tant au niveau du ministère, des milieux de soins que des différents groupes de défense des droits

d'usagers. Les nombreuses recherches dans le domaine sont venues montrer les conséquences néfastes de leur usage et la nécessité d'un changement de pratique dans le réseau de la santé en ce qui concerne leur utilisation auprès des personnes vulnérables.

Au Québec, cette volonté de changement s'est déclinée à travers un ensemble de mesures telles les créations de lois et de règlements gouvernementaux, de dispositions législatives quant aux activités réservées des professionnels de la santé, d'un programme de formation national et d'une obligation pour chaque établissement d'adopter un protocole concernant les mesures de contrôle.

Tout d'abord en 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) déploie le Programme de formation - Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca). L'objectif de ce programme est *d'instaurer, dans les établissements publics de santé, un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention physique et à l'isolement et, le cas échéant, d'en abréger la durée* (MSSS, 2006). Plus précisément, ce programme de formation élaboré par une équipe de cliniciens interdisciplinaires et de consultants juridiques, permet d'effectuer une réflexion critique face à l'utilisation, à l'efficacité et aux effets véritables de ces mesures. Également, grâce aux huit modules référentiels, il permet, dans une perspective de changement de pratique, de se familiariser avec une grille d'analyse conçue pour faciliter la prise de décision et donc d'accroître le leadership décisionnel lorsque se pose la question du contrôle de la personne (MSSS, 2006). L'Aide-Mémoire - Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca) conçu pour les professionnels du terrain s'est ajouté comme un outil d'aide à la décision et la promotion des mesures de remplacement aux mesures de contrôle (MSSS, 2008).

En 2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux publie une mise à jour du cadre de référence de 2011. Il a pour objectif d'insérer la notion de substance chimique utilisée comme mesure de contrôle, mais aussi d'adapter le document en fonction de l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (MSSS, 2009), qui a apporté diverses modifications à l'acte réservé pour certains professionnels (MSSS, 2015).

Bien que les mesures de contrôle comprennent les contentions, l'isolement et les substances chimiques, nous n'aborderons dans cet article que les mesures de contention et d'isolement.

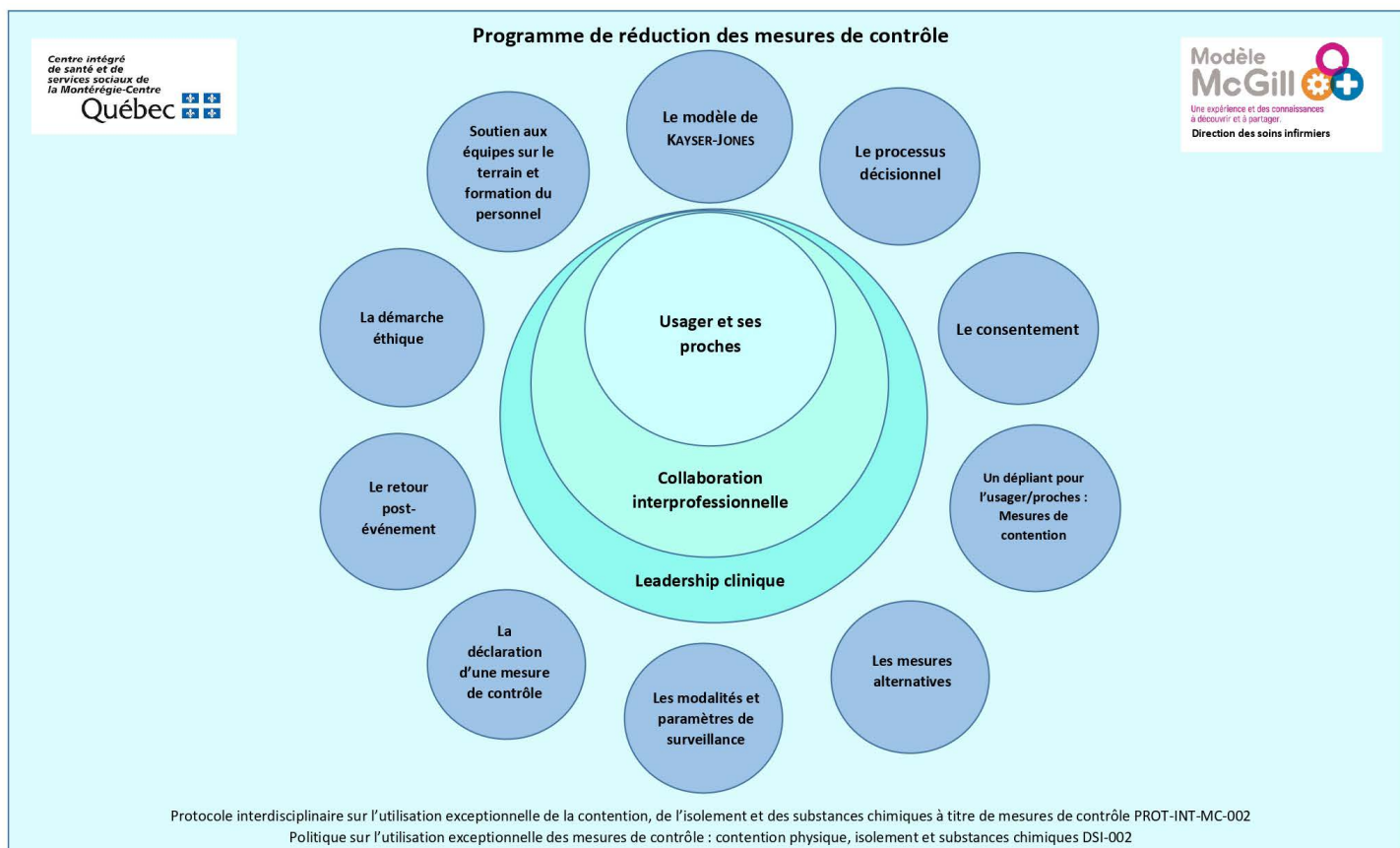
## CHANGEMENT DE PRATIQUE AU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE (CISSSMC)

L'amélioration des pratiques est un processus long et continu. Le leadership de plusieurs acteurs est donc essentiel pour que ce changement s'inscrive dans les priorités et s'arrime à la culture de qualité et de sécurité. En effet, la volonté de l'organisation quant à la philosophie d'intervention, l'adoption des valeurs et l'approbation des documents d'encadrement y sont assurément l'assise du changement pérenne au bénéfice des usagers.

Le programme de réduction des mesures de contrôle du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre, propose un cadre conceptuel, mais aussi opérationnel, axé sur trois grands principes incontournables, soient l'approche collaborative avec l'utilisateur et ses proches, la collaboration interdisciplinaire ainsi que le leadership clinique de l'ensemble de l'équipe de soins. Autour de ces trois principes fondamentaux, les équipes du CISSSMC ont développé et mis en place des outils correspondant aux exigences légales, cliniques et éthiques qui permettent d'accompagner la démarche clinique (CISSSMC, 2021). Ces outils sont les suivants :

- Un formulaire de démarche interdisciplinaire et une affiche sur le processus décisionnel;
- Un formulaire de consentement ou refus à l'application des mesures de contrôle;
- Un dépliant pour l'utilisateur et ses proches : Mesures de contention;
- Un recueil de mesures alternatives;
- Une grille de surveillance - mesures de contrôle ou de positionnement (courte durée et centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)) et un aide-mémoire sur les modalités et les paramètres de surveillance;
- Un rapport de déclaration de la mesure de contrôle ainsi qu'un aide-mémoire;
- Un aide-mémoire sur le retour post-événement;
- Un guide d'introduction à la démarche éthique et un guide de réflexion éthique en lien avec la mise en place ou non d'une mesure de contrôle;
- Une équipe de coaching terrain assurant la vigie des bonnes pratiques.

L'image ci-dessous représente une schématisation de l'ensemble du programme de réduction des mesures de contrôle du CISSS de la Montérégie-Centre (2021).



De plus, le CISSS de la Montérégie-Centre a mis de l'avant une *Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention physique, isolement et substances chimiques* afin de mettre en lumière le cadre juridique et administratif applicable aux mesures de contrôle (2020). Aussi, un *Protocole interdisciplinaire sur l'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques à titre de mesures de contrôle* est venu baliser les pratiques (CISSSMC, 2021).

Ces changements de pratique se sont effectués par le chevauchement de plusieurs stratégies telles que l'engagement du milieu, la formation continue des équipes de soins et l'implantation graduelle de plusieurs outils. Afin de rendre le message le plus concret possible, nous avons opté pour l'implantation d'outils de travail essentiels pour les équipes. De plus, nous avons également utilisé divers canaux de communication comme par exemple, via la plate-forme de l'environnement numérique d'apprentissage (ENA), l'intranet du CISSSMC, des affiches et des documents consultatifs sur les unités de soins ainsi que du soutien sur le terrain par des experts.

## LE PROCESSUS DE DÉCISION DE L'INFIRMIÈRE LORS DE L'APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

La décision d'appliquer une mesure de contrôle n'est pas une intervention banale. Selon les activités réservées 14 et 15, l'infirmière peut *décider de l'utilisation des mesures de contention et décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2016). Afin de réaliser ces activités professionnelles, elle doit effectuer une démarche de soins complexe qui lui demande à la fois des connaissances très spécifiques, une pensée critique, un jugement clinique, mais aussi un très grand leadership. En premier lieu, elle met à l'avant-plan la première activité réservée de son champ d'exercices, soit l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique (OIIQ, 2016). Cette évaluation lui permet d'examiner attentivement les signes et symptômes et les comportements de la personne.

Selon le module 3 du *Programme de formation – Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*, le processus de décision comporte 5 étapes, soit : l'évaluation de la situation, l'analyse et l'interprétation des informations dans un contexte de soins, la planification des interventions, la communication du plan d'interventions et la réévaluation (MSSS, 2006).

| Les étapes du processus décisionnel |  |
|-------------------------------------|--|
| Évaluation                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Observer les comportements</li> <li>Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause</li> </ul>  |
| Analyse / interprétation            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Formuler des hypothèses</li> <li>Émettre un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque</li> </ul>   |
| Planification des interventions     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Planifier et donner priorité aux interventions/mesures de remplacement</li> </ul>   |
| Communication                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Communiquer avec la personne, les proches et l'équipe</li> <li>Laisser des traces de la décision et de sa justification</li> <li>Si mesure de contrôle :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Consentement</li> <li>Modalités d'application</li> <li>Modalités de soins et de surveillance</li> </ul> </li> </ul> |
| Réévaluation et réajustement        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Réévaluer :               <ul style="list-style-type: none"> <li>L'état de santé</li> <li>L'efficacité des mesures de remplacement</li> <li>La pertinence de maintenir ou non les mesures de contrôle</li> <li>Réajuster le plan d'interventions</li> </ul> </li> </ul>   |

Ce processus est non linéaire et doit tenir compte en tout temps de l'influence de différentes variables telles que la personne, les structures organisationnelles, l'aménagement physique, l'environnement humain, l'aspect psychosocial et culturel, etc. L'infirmière, par ses activités professionnelles et son rôle majeur et central auprès de l'utilisateur et de l'équipe de soins exerce un grand leadership tout au long de cette démarche de soins complexe (Roy et Gagnon, 2020).

## CHANGEMENT DE PRATIQUE RIME AVEC LEADERSHIP

Depuis de nombreuses années, au CISSS de la Montérégie-Centre, c'est la direction des soins infirmiers (DSI) qui

s'est vu confier le mandat d'assurer le leadership de l'amélioration des pratiques ainsi que la vigie en lien avec l'utilisation adéquate des mesures de contrôle. Afin que le programme de réduction des mesures de contrôle puisse « vivre au quotidien » dans les équipes de soins, le mandat m'a donc été octroyé à titre de conseillère-cadre en soins infirmiers. Mes responsabilités consistent à soutenir le développement des pratiques en concordance avec les résultats probants, d'assurer une vigie et d'accompagner les différentes équipes de soins. **L'accompagnement des équipes par le coaching sur le terrain revêt toute son importance puisqu'il permet un contact privilégié avec les équipes soignantes, de faire ressortir leurs connaissances, consolider leurs savoirs, mais surtout de développer leur pensée critique, leur leadership décisionnel ainsi que leur jugement clinique.** Ce travail sur le terrain s'effectue avec d'autres professionnels, en l'occurrence une physiothérapeute, une ergothérapeute et une infirmière. Cette approche collaborative interdisciplinaire valorise une vision globale de l'utilisateur en mettant à profit les différentes expertises dans le processus d'évaluation, d'analyse et de prise de décision en fonction du champ de compétences de chacun.

Cette équipe sur le terrain collabore et influence les soignants dans leur pratique. Deux fois par mois, soit sur les quarts de jour et de soir, une tournée clinique s'effectue dans les deux hôpitaux et sur chacune des unités de soins. La visite consiste à faire une tournée visuelle sur l'unité pour repérer les dispositifs utilisés à titre de mesure de contrôle ainsi que les usagers hospitalisés sous contention physique. Par la suite, l'équipe révisé les dossiers avec une grille permettant de valider si l'ensemble des éléments justifie l'application d'une mesure de contrôle et si les exigences légales telles que le consentement par exemple sont respectées. Ensuite, une discussion est amorcée avec l'infirmière et son équipe (les préposés aux bénéficiaires, l'infirmière auxiliaire, l'assistante au supérieur immédiat, etc.) afin de leur transmettre nos recommandations. L'équipe assure également, une fois par année, une visite dans chacun des huit CHSLD du territoire et elle est disponible en tout temps dans l'ensemble du CISSS de la Montérégie-Centre pour des consultations lors de situations complexes.

## CRISE SANITAIRE ET BOULEVERSEMENT DES PRATIQUES

En 2020, bien que nos pratiques en lien avec les mesures de contrôle se consolidaient de plus en plus, la pandémie à la COVID-19 a bouleversé le quotidien des équipes de soins. Cette crise sanitaire est venue soulever certains enjeux, provoquer des conflits de valeurs et des malaises

éthiques pour les intervenants, les usagers et leurs proches. Ce bouleversement a été d'une telle ampleur... au point de compromettre nos processus de soins et d'influencer la pratique des soins infirmiers.

Ces mêmes constats ont été mis en évidence par Okuno et al. (2020) qui observe que la pandémie a provoqué une augmentation significative de l'utilisation des contentions physiques chez les patients âgés souffrant de démence. Ces mesures ne sont malheureusement pas sans conséquence. En effet, pour la clientèle en général cela pose un grand défi, mais pour la clientèle âgée les effets s'avèrent encore plus dévastateurs en raison de la fragilité des personnes, de leur grand âge et de la précarité de leur condition de santé.

Le contexte sanitaire et la situation d'urgence sont venus défier les façons de penser et de faire. Concrètement, l'application des mesures relatives à la prévention et au contrôle des infections ont soumis les équipes à plusieurs défis; en l'occurrence d'utiliser l'isolement dans le but de réduire la transmission de la COVID-19. De plus, l'absence des familles auprès de l'utilisateur a également changé les façons de faire. Ces équipes se sont vues confrontées quotidiennement, et ce, sur une période prolongée, à adopter des façons de faire jamais vues auparavant, par exemple, confiner dans leur chambre les personnes ayant contracté la COVID-19 ou suspectées d'être positives.

D'après une fiche documentaire sur les repères éthiques concernant les mesures de contrôles en contexte de pandémie, produite par le Centre intégré de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSSCA), l'application de ces mesures pouvaient se justifier pour des raisons de sécurité et utilisées uniquement en dernier recours. Il n'en demeurerait pas moins que les intervenants ont éprouvé de l'inconfort, de l'impuissance, de la culpabilité et même de la souffrance devant ces situations inédites qui contrevenaient aux processus de soins habituels. Les équipes étaient littéralement déchirées entre le respect des règles de santé publique pour contrer la transmission de la COVID-19 à des personnes hébergées sur l'unité de soins et la nécessité d'éviter le plus possible les conséquences liées aux effets délétères de l'isolement ou de la contention physique. On mentionne dans ce même document qu'*« être confronté à la souffrance d'un usager peut apporter une malaise, voire de la souffrance chez les intervenants »*.

Au plus fort de la crise, les processus pourtant bien établis jusqu'à présent quant au leadership dans la prise de décision de l'infirmière à appliquer ou non une mesure de contrôle se sont carrément effrités. Plusieurs infirmières ont exprimé un sentiment d'impuissance qui se reflète

dans le témoignage suivant : *« C'est comme si on sentait que nous n'avions plus le droit de réfléchir et que la prévention et le contrôle des infections était l'entité qui devait tout gérer, toutes les décisions partaient de là »*. Les usagers âgés, confinés à leur chambre sont venus ébranler les intervenants dans leur notion des bonnes pratiques en lien avec le processus décisionnel. Les infirmières vivaient littéralement un paradoxe dans les soins qu'elles prodiguaient: protéger les personnes de la transmission d'une infection et les restreindre dans leur liberté mais aussi réduire le plus possible les effets liés à l'application des mesures de contrôle. Faut-il rappeler qu'au cours de leurs études, les infirmières sont formées à poser un regard critique sur différentes situations et à prodiguer des soins répondant aux besoins de la personne et aux meilleures pratiques. Malheureusement, le contexte de pandémie rendait difficile les décisions infirmières et tout particulièrement *« de faire la balance du moindre mal »*: éviter la transmission de la COVID-19, brimer les droits et libertés des usagers et contrer les effets négatifs de l'application d'une mesure de contrôle.

De toute évidence, ce sont les connaissances des risques associés à l'utilisation des mesures de contrôle qui confrontaient les infirmières. Selon Roy et Gagnon (2020), les conséquences liées à l'application d'une contention sont largement documentées dans les écrits. Elles touchent tant la personne, ses proches que les intervenants ainsi que les établissements. Selon Evans et Cotter (2008) le recours à la contention sur une longue période est à l'origine de nombreuses complications telles qu'une rigidité musculaire, une perte d'amplitude de mouvements, une contracture des articulations, des plaies de pression, de la constipation, etc. Quant aux proches des aînés qui se trouvent sous contention, ils constatent le désespoir de la personne et sont tourmentés par un sentiment d'impuissance. Dans certains cas, certains proches finissent par espacer leurs visites. Les intervenants eux aussi vivent des conflits de valeur entre la protection de la personne ou le respect de la dignité et de l'autonomie, auxquels s'ajoutent bien souvent un sentiment de culpabilité. La réputation des établissements peut aussi être affectée par l'absence de règles claires quant à la contention ainsi qu'à la négligence d'en évaluer la pratique, une prolongation de la durée de séjour ainsi qu'une augmentation de la morbidité et de la mortalité et faire face à des problèmes juridiques (Roy et Gagnon, 2020).

Concrètement, en contexte de pandémie, l'application des mesures de santé publique en matière de prévention des infections, bien qu'essentielle, est venue modifier grandement les habitudes de vie des personnes âgées hébergées avec son lot d'effets indésirables au niveau

de l'activité physique, de la nutrition et de la santé mentale. Ces personnes sont plus à risque de ressentir les effets de périodes prolongées d'inactivité physique et d'isolement, et par conséquent de subir les effets délétères du déconditionnement. Le déconditionnement est défini comme l'ensemble des conséquences physiques, mentales et sociales reliées à l'inactivité, à une période de sédentarité ou à la sous-stimulation intellectuelle et sociale. À la lumière de la gravité des nombreuses conséquences, le ministère de la Santé et des Services sociaux a réitéré l'importance de mettre en œuvre des actions préventives du déconditionnement à l'intérieur du Plan d'action ministériel COVID-19 qu'il a mis de l'avant (MSSS, 2021a). Par conséquent, dans les unités de soins, la prévention du déconditionnement a constitué une priorité.

Malheureusement, pendant la pandémie, malgré tous les efforts des équipes, plusieurs personnes âgées se sont retrouvées confinées à leur chambre. En CHSLD, lors de la création des zones froides (résidents sans symptômes de la COVID-19) et des zones chaudes (résidents testés COVID-19 positifs), il a été suggéré de laisser le résident en isolement dans sa chambre seul ou de le placer selon l'organisation des zones disponibles dans le milieu, et ce, pour éviter toute contamination croisée (MSSS, 2021b).

## **MISE EN PLACE DE STRATÉGIES DANS UN CONTEXTE PANDÉMIQUE**

La période de la pandémie nous a incités à questionner certaines pratiques et mettre de l'avant des nouvelles stratégies, afin de répondre aux besoins des usagers et de leur famille, des intervenants ainsi que de l'organisation. Bien que les exigences entourant la prévention et le contrôle des infections aient préséance, il fallait, pour soutenir les intervenants, revoir nos procédures habituelles, afin que toutes les façons de faire soient les plus simples et les documents accessibles. Concrètement, nous avons réitéré aux gestionnaires et aux équipes de soins que les balises d'application des mesures de contrôle demeuraient les mêmes en temps de pandémie, mais qu'il fallait davantage mettre l'emphase sur l'évaluation des risques liés à la sécurité des usagers et des intervenants. De plus, en mettant l'emphase sur les principes directeurs des mesures de contrôle, nous avons rappelé aux infirmières que l'utilisation de la contention demeurerait une mesure exceptionnelle en ce sens et que son application doit être minimale et temporaire, la durée d'application doit se réduire à de courtes périodes et la pertinence de celle-ci doit être réévaluée constamment. De plus, nous avons évoqué l'importance qu'une mesure de contrôle ne doit pas être utilisée pour solutionner un problème administratif ou répondre à la rareté des intervenants. Pour faciliter l'accès rapide à l'information, nous avons créé un

aide-mémoire relatif au processus décisionnel ainsi qu'un formulaire de surveillance et un aide-mémoire concernant les modalités et les paramètres de surveillance. Ces informations essentielles se trouvaient à porter de main pour tous. Ceci revêtait encore plus d'importance pour assurer la continuité et la surveillance dans un contexte où les équipes sont devenues de plus en plus morcelées avec le délestage et que le soutien aux équipes constituait un incontournable.

Aussi, en raison des délestages, les intervenants appelés à travailler sur les unités de soins n'étaient pas toujours formés et préparés pour travailler auprès des clientèles ayant des besoins spécifiques (CISSSCA, 2020). Il est reconnu que la formation des intervenants permet de corriger les préjugés et les fausses croyances que certaines personnes entretiennent au sujet de l'efficacité de la contention, d'en réduire l'utilisation et de mieux outiller les soignants en matière de mesures de remplacement (Roy et Gagnon, 2020; Strumpf et al., 1992). D'ailleurs, dans un rapport relatif au redéploiement des ressources, l'Institut national de santé publique du Québec, (2020) déclarait que le manque flagrant d'employés, l'absence de formation des personnes affectées à des tâches qu'elles étaient incapables d'effectuer ont conduit à de véritables chocs de valeurs personnelles ou professionnelles. De plus, une grande instabilité au sein des équipes de travail, la réduction ou l'absence de réunion d'équipe, la peur d'être contaminé par la COVID-19 et de contaminer ses proches ont constitué autant d'éléments susceptibles d'exercer des effets néfastes sur la santé physique et psychologique des intervenants.

À cet effet, beaucoup d'efforts ont été déployés pour écouter, entendre les besoins, pour améliorer les connaissances et offrir un accompagnement aux équipes. L'objectif du coaching était de mettre de l'avant le leadership de l'infirmière afin qu'elle puisse développer des aptitudes pour prendre une bonne décision rapidement, mais aussi qu'elle puisse communiquer et guider son équipe. Nous avons également misé sur des interventions alternatives pour favoriser la relation avec l'utilisateur et l'implication de sa famille comme, par exemple l'utilisation de tablettes électroniques.

Dans un contexte de pandémie, où parfois on effectue les processus de décision trop rapidement on oublie l'importance de faire une démarche complète. Lorsque cela se produit, il faut retourner à la source de la problématique et refaire la démarche de façon rigoureuse. Au CISSS de la Montérégie-Centre, il a été porté à l'attention de la DSI que plusieurs demi-portes seraient utilisées comme mesure de contrôle ou comme dispositif pour protéger l'intimité d'une personne contre l'intrusion des autres

usagers présentant des comportements dérangeants. Or, depuis 2006, le ministre de la Santé et des Services sociaux n'encourage pas cette pratique. En raison des risques que ce dispositif comporte, son utilisation doit être extrêmement limitée aux situations où il n'y a pas d'autres solutions valables et raisonnables. En dernier recours, lorsqu'il est nécessaire d'employer une mesure de contrôle, l'utilisation des autres dispositifs doit d'abord être tentée (CISSSCA, 2020). Considérant cette situation, en collaboration avec les gestionnaires et les membres de l'équipe de soins, nous avons effectué à nouveau l'ensemble du processus décisionnel et avons mis en place des mesures de remplacement qui ont empêché l'installation massive de demi-portes.

## CONCLUSION

Les changements entourant les mesures de contrôle dans les dernières années, tant au niveau des données probantes qu'au niveau législatif, ont permis à l'infirmière d'exercer un leadership clinique majeur dans le processus décisionnel menant à la réduction de l'application d'une mesure de contrôle. Grâce à ce processus rigoureux, l'infirmière s'assure que tous les impacts et les conséquences soient envisagés. Elle s'assure que l'humanisation des soins soit à l'avant-plan comme par exemple le maintien de l'autonomie et la dignité de la personne. Son leadership est donc essentiel pour ébranler les croyances, changer les pratiques et centrer les soins sur la personne, afin d'éviter de tomber dans une forme de « standardisation » dans les soins. La crise est venue mettre en lumière l'importance de la globalité de la personne.

Pendant la pandémie, lorsque la pression était à son maximum entourant l'application des mesures de prévention et contrôle des infections, l'infirmière a fait également preuve de rigueur quant au processus décisionnel respectant le plus possible les besoins de l'utilisateur et de sa famille. Le réel défi était d'assurer la sécurité au niveau de la prévention des infections tout en assurant le maintien de la qualité des soins. Elle a su faire preuve d'advocacy lorsque les droits de l'utilisateur n'étaient pas respectés. Tout ce leadership exercé par l'infirmière nous a fait reconnaître toute l'expertise et les compétences infirmières. Le leadership s'est également traduit concrètement auprès des autres membres de l'équipe tels que les préposés aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires et l'équipe interdisciplinaire. Ainsi le leadership devient un véritable levier des situations pénibles et difficiles. Les infirmières ont été de véritables gardiennes de l'humanisation, de la qualité et de la sécurité dans les soins.

Aussi, face à l'adversité et aux nombreux défis, les

intervenants ont fait preuve d'un courage et d'un leadership exceptionnels « *les équipes se sont mobilisées pour trouver des solutions novatrices afin de préserver le plus possible la qualité des soins et la sécurité* ». « *Même si les équipes de travail étaient éclatées, la mobilisation du personnel a permis de faire un travail d'équipe exceptionnel et remarquable* ». La notion de leadership amène la notion de qualité et de sécurité dans les soins.

La pandémie nous aura certainement appris qu'il est inconcevable de prendre des décisions « standardisées », et ce, même si le contexte nous dicte une certaine conduite. Elle nous aura permis également de trouver un point d'équilibre entre les besoins individuels des usagers et les besoins collectifs. **Les compétences de l'infirmière ainsi que son leadership mis à l'avant-plan, ont mis en évidence sa grande flexibilité, sa détermination, sa créativité, ainsi qu'une vigilance d'esprit lui permettant de demeurer critique et d'être dans l'action auprès des personnes et de leurs proches. Elle a su au cours de cette situation pandémique tout droit sortie d'un livre de science-fiction, développer des compétences, déployer un leadership indéniable centré sur une approche bienveillante qui contribuera assurément à la pratique future de grande qualité des soins infirmiers.**

---

## Auteure



### MARILÈNE COULOMBE, M. Sc. inf.

Marilène Couombe est infirmière depuis plus de 17 ans au CISSS de la Montérégie-Centre. Elle détient une maîtrise en sciences infirmières et exerce actuellement les fonctions de conseillère-cadre en soins infirmiers auprès de la clientèle souffrant d'un trouble de santé mentale. Elle est également membre de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM) où elle participe à plusieurs projets pour soutenir et développer la profession infirmière en santé mentale. Elle est l'une des instigatrices de l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée à l'unité de gérontopsychiatrie de l'Hôpital Charles-LeMoine.



## Références

1. Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2020). *Mesures de contrôle en contexte de pandémie, Repères éthiques*. [https://www.ciassca.com/clients/CISSSCA/CISSS/COVID-19/Personnel\\_gestionnaires\\_m%C3%A9decins\\_%C3%A9tudiants/Mesures\\_de\\_contr%C3%B4le/DOC\\_mesures-contr%C3%B4le\\_pandemie.pdf](https://www.ciassca.com/clients/CISSSCA/CISSS/COVID-19/Personnel_gestionnaires_m%C3%A9decins_%C3%A9tudiants/Mesures_de_contr%C3%B4le/DOC_mesures-contr%C3%B4le_pandemie.pdf).
2. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre. (2020). *DSI-002. Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention physique, isolement et substances chimiques*. [document inédit].
3. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre. (2021). *PROT-INT-MC-002. Protocole interdisciplinaire sur l'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques à titre de mesure de contrôle*. [document inédit].
4. Evans, L.K. et Cotter, V.T. (2008). Avoiding restraints in patients with dementia: understanding, prevention, and management are the keys. *American Journal of Nursing*, 108 (3), 40-49.
5. Institut national de santé publique. (2020). *Recommandations concernant la réduction des risques psychosociaux du travail en contexte de pandémie - COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2988-reduction-risques-psychosociaux-travail-covid19.pdf>
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Programme de formation – Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-812-01.pdf>
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Aide-Mémoire - Mesure de remplacement de la contention et de l'isolement*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf>
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Projet de loi no 21, loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2009C28F.PDF>
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle, contention, isolement et substances chimiques (édition révisée)*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a). *Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-010-rev1.pdf>.
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021b). *Guide pour la prise en charge médicale des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19*, [En ligne], 2021. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-389W.pdf>
12. Okuno, T., Itoshima, h., Shin, J.-H., Morishita, T., Kunisawa, S. et Imanaka, Y. (2020). Physical Restraint of Dementia Patients in Acute-Care Hospitals During the COVID-19 pandemic: A Cohort Analysis in Japan. *Plos One*, 16(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260446>
13. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers 3e édition*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>
14. Roy, O. et Gagnon, R. (2020), La contention physique. Dans P. Voyer (dir) *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. (3<sup>e</sup> éd., p. 393-408). Pearson ERPI.
15. Strumpf, N.E., Evans, L.K., Wagner, J. et Patterson, J. (1992) Reducing physical restraint: developing an educational program. *Journal of Gerontological Nursing*. 18 (11), 21-27.



# L'EXERCICE DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER CHEZ LES INFIRMIÈRES NOUVELLEMENT DIPLÔMÉES QUI ŒUVRENT AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE DE PERSONNES ÂGÉES

SARA ALAMI HASSANI, inf. M. Sc.

Comme nous le savons, le développement de la compétence de leadership clinique infirmier dans la pratique professionnelle est primordial à l'optimisation de la qualité des soins et de la sécurité des patients (Brown et al., 2015; Ekström et Idvall, 2015; Goudreau et al., 2015; Patrick et al., 2011; Pepin et al., 2011; Robin et Noshaba, 2016; Stanley et Stanley, 2018; Wong et al., 2013). Ainsi, dans un contexte organisationnel qui met en place différentes réformes de santé qui visent l'amélioration et le maintien de la qualité des soins, il devient intéressant d'explorer la question de l'exercice de la compétence de leadership clinique infirmier chez les infirmières nouvellement diplômées qui œuvrent auprès d'une population québécoise vieillissante.

## INTRODUCTION

Sachant que les prédictions effectuées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) annoncent que d'ici 2031, une personne sur quatre serait âgée de 65 ans et plus et que d'ici 2021, 54 % des plus vieux de la catégorie baby-boomers ne seraient plus autonomes dans la prise en charge de leur santé (OIIQ, 2017), il est légitime de croire que l'allongement de l'espérance de vie et que le vieillissement de cette génération amèneront un accroissement du nombre de citoyens québécois susceptibles d'avoir des problèmes de santé. Ainsi, ces personnes devront être efficacement soignées par des infirmières, et ce, dans tous les domaines de pratiques cliniques.

Face à l'accroissement des besoins de santé de la population vieillissante et malgré la restructuration et la réorganisation constante du système de santé, il est attendu des infirmières qu'elles prodiguent des soins de qualité et qu'elles assurent la sécurité des patients (Patrick et al., 2011). Or, bien que les systèmes de santé occidentaux misent sur le développement et l'exercice des compétences infirmières pour assurer la sécurité des usagers (Duff, 2013), il va s'en dire que la fragilité du système de santé actuel, la lourdeur des soins causée par la pandémie de la COVID-19 et l'augmentation de la

prévalence des maladies chroniques et des troubles cognitifs chez la clientèle de personnes âgées (Estabrooks et al., 2020) rendent le développement et l'exercice des compétences infirmières plus complexes, surtout chez les infirmières nouvellement diplômées (IND).

## INFIRMIÈRE NOUVELLEMENT DIPLÔMÉE, DE NOS JOURS TOUT UN DÉFI

Les nombreux changements dans les milieux hospitaliers et la complexification des situations de soins engendrent du stress chez les IND dans les milieux cliniques (Parker et al., 2014), un sentiment d'être mal préparées à la réalité des soins (Missen, McKenna et Beauchamp, 2014) et des difficultés d'adaptation (Laschinger et al., 2016; Li et al., 2014). L'augmentation des patients hospitalisés, la réduction des durées de séjour ainsi que la pénurie du personnel de soins (Dyess et Sherman, 2009) causent un accroissement et un alourdissement des charges de travail de celles-ci (Regan et al., 2017). Les mutations organisationnelles, les restructurations, les réaménagements et le manque de financement des institutions de santé réduisent les ressources dont elles pourraient bénéficier dans leurs milieux de pratique. En effet, le manque d'accompagnement de ces dernières lors de la période de transition (Regan et al., 2017) vers le milieu clinique et l'incapacité de celles-ci à répondre aux attentes élevées des milieux de soins (Phillips et al., 2013;

Regan et al., 2017) les amènent à envisager de quitter la profession (Regan et al., 2017). Pourtant, les IND sont une ressource précieuse «et tout devrait être mis en œuvre pour améliorer la rétention des effectifs et réduire le roulement de personnel de ce segment important du personnel infirmier» (traduction libre de Fallatah et al., 2017, p. 173).

Ces IND se retrouvent, selon le portrait de la relève 2019-2020 diffusé par l'OIIQ, dans différents secteurs d'emploi, notamment 95 % dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, dont 44 % exercent en médecine-chirurgie, 13 % en gériatrie et soins de longue durée, 12 % en soins critiques et 6 % en santé mentale (OIIQ, 2020). Des secteurs où la prévalence de la clientèle de personnes âgées est accrue et où la prise en charge clinique de cette clientèle est augmentée. Or, tout comme dans la plupart des services de soins au Québec, la pénurie d'infirmières auprès de la clientèle gériatrique et dans les secteurs de soins de longues durées est présente. Ainsi, les IND qui se retrouvent auprès de cette clientèle, doivent non seulement rapidement devenir autonomes dans leur pratique clinique, doivent développer leur expertise professionnelle, mais doivent notamment apprendre à exercer toutes leurs compétences infirmières pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients. En effet, dans leur pratique professionnelle, ces IND sont les mieux placées pour comprendre, analyser et répondre aux besoins des patients (Duff, 2013). Tel que décrit à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (2021) du Québec : «l'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie». Ainsi, sur les unités de soins et auprès de toutes les clientèles, incluant celle des personnes âgées et celle en perte d'autonomie, il est attendu des infirmières, débutantes ou expérimentées, de développer un partenariat avec les patients et les familles, qu'elles collaborent avec les équipes intra et interprofessionnelles et qu'elles mobilisent toutes les ressources intrinsèques et extrinsèques nécessaires leur permettant d'améliorer leur prestation des soins (Patrick et al., 2011).

La littérature nous permet de constater que les environnements dans lesquels les IND exercent en début de pratique clinique ont une influence majeure sur leur bien-être, sur le développement de leurs habiletés procédurales ainsi que sur l'émancipation et l'exercice de leurs compétences infirmières. Ici la compétence se définit telle qu'«un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une

variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations» (Tardif, 2006, p. 22). Ainsi, **«dans une optique de transformation des pratiques et dans l'objectif d'optimiser la qualité des soins et d'assurer la sécurité des patients, les IND doivent développer toutes leurs compétences infirmières et mettre l'accent sur l'exercice de leur leadership clinique infirmier (LCI) (Brown et al., 2015; Dierckx de Casterlé et al., 2008; Goudreau et al., 2015; Patrick et al., 2011; Pepin et al., 2011; Robin et Noshaba, 2016; Stanley et Stanley, 2018; Wong et al., 2013).**

## **L'EXERCICE D'UNE COMPÉTENCE FONDAMENTALE PAR LA RELÈVE DE DEMAIN**

Sous l'influence de nombreux facteurs dont la culture et le contexte (Casey et al., 2011), la notion de leadership se définit de diverses manières dans la littérature (Mannix et al., 2015; Walker et al., 2011). Cependant, le leadership exercé par les infirmières dans le milieu de soins clinique se nomme le leadership clinique infirmier (Casey et al., 2011). Ce leadership a pour objectif «d'améliorer les résultats pour les patients, de soutenir la prestation des soins de qualité et d'assurer la sécurité des patients» (traduction libre, Ha et Pepin, 2018, p. 37). Bien que le leadership infirmier soit relativement bien décrit dans les écrits, le volet clinique du leadership est un terme relativement nouveau (Stanley et Stanley, 2018). Ainsi, dans le cadre de cet article, le LCI sera défini comme un processus qui s'exprime dans les comportements professionnels des infirmières qui dispensent des soins directs aux patients. Ces infirmières sont celles qui, par leur réflexion critique, leur utilisation des connaissances et leur expertise, «influencent et mobilisent les patients, les familles, ainsi que les professionnels de la santé dans leurs prestations de soins, et ce, dans l'objectif de dispenser des soins qui visent des résultats bénéfiques pour les patients» (traduction libre, Patrick et al., 2011, p.450).

Plusieurs auteurs ont exploré l'impact des facteurs facilitateurs ou contraignants le développement et l'exercice du LCI chez les infirmières qui œuvrent au chevet des patients (AL-Dossary et al., 2014; Duff, 2013; Larue et al., 2013). Nous comprenons que la structure et la culture des organisations de santé ont une influence non négligeable sur le développement et l'exercice du LCI (Larue et al., 2013). Les indicateurs propres au LCI permettent de minimiser la confusion entre le LCI et d'autres compétences infirmières (Boyer et al., 2016; Goudreau et al., 2015). Ainsi, exercer du LCI va au-delà de «s'engager dans un processus de raisonnement clinique qui permet d'offrir des soins humanistes et scientifiques en partenariat avec la Personne, en tenant compte de ses priorités, besoins/problèmes et ressources et en

collaboration avec les membres des équipes intra et interprofessionnelles» (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2015, p.16). Exercer du LCI n'est pas uniquement assurer la continuité des soins, ce qui fait appel à la compétence de communication d'informations pertinentes, au moment opportun, aux membres des équipes; l'exercice de cette compétence s'approche néanmoins des indicateurs de la compétence de collaboration dans les équipes professionnelles, en ce sens que les deux impliquent une analyse critique des points de vue exprimés au sein des équipes (Alami Hassani et Pepin, 2019). Or, malgré ces proximités dans les définitions et même si le LCI peut être lié aux autres compétences de l'infirmière (Goudreau et al., 2015), celui-ci se distingue principalement par ses indicateurs de développement qui prônent l'influence et la mobilisation des équipes à l'amélioration des soins.

Tout comme les infirmières d'expérience, les IND qui exercent la profession infirmière dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), revendiquent les conditions qui leur permettent d'assurer la qualité des soins prodigués à la population gériatrique en perte d'autonomie (Bourbonnais, 2021). D'ailleurs, la pandémie de la COVID-19 a justement mis à l'avant toute la complexité des soins et l'importance du développement des compétences spécifiques à la clientèle hébergée. Les IND qui se retrouvent parfois, même en tout début de pratique clinique, dans ces milieux instables, sans ressources et peu équipées en matière de compétences gériatriques, doivent rapidement exercer leurs compétences auprès des patients hébergés, de leurs familles et des équipes de soins. Rapidement, ces IND doivent exercer leur LCI pour gérer les épisodes d'instabilités de cette clientèle vulnérable et fragile sur les plans fonctionnel et cognitif et mettre en place des plans de traitements et d'intervention qui respectent la perspective de la personne hébergée et de son projet de vie (OIIQ, 2018). Ainsi, très tôt dans leur parcours professionnel, les IND deviennent responsables de la planification et de la coordination des soins, du choix des meilleures interventions, des dépistages, du suivi et des évaluations cliniques (OIIQ, 2018). Nécessairement, l'exercice de l'IND en CHSLD «requiert un leadership infirmier important ainsi qu'une grande autonomie professionnelle» (OIIQ, 2018, p.6).

## **PRÉPARER EFFICACEMENT LES INFIRMIÈRES NOUVELLEMENT DIPLÔMÉES**

La relève infirmière joue un rôle fondamental «dans l'avenir des soins infirmiers, non seulement pour remplacer les professionnels prochainement retraités, mais également, pour assurer la survie de la profession infirmière» (traduction libre de Winfield et al., 2009, p. 7). Ainsi, dans

une optique de rétention du personnel, de développement de compétences, d'épanouissement professionnel et d'amélioration des prestations de soins, il est légitime de croire que le processus de transition et d'adaptation des IND dans le réseau de la santé du Québec nécessitera des efforts majeurs pour préparer celles-ci à affronter les complexités du contexte actuel des soins.

En raison du vieillissement démographique, il devient intéressant de se questionner sur la formation des IND et si les milieux académiques les ont suffisamment préparées à potentialiser l'étendue de leur rôle infirmier auprès de la population gériatrique, et ce, dès les premiers mois de pratique clinique. Le Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière (Ducharme et Salois, 2021) conclut que le Québec doit élargir et développer le nombre de spécialisations reconnues, particulièrement en soins infirmiers auprès des personnes âgées, parce qu'à ce jour, les infirmières qui exercent auprès des clientèles adultes doivent aussi développer et exercer des compétences en gérontologie pour répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées. À cet effet, le renforcement de l'exposition des IND à cette clientèle tout au long de leur parcours académique notamment grâce aux notions théoriques en gérontologie, au développement des différents volets de l'étendue de pratique et grâce aux stages cliniques dans le secteur gériatrique sera nécessaire et fondamental aux IND qui œuvrent dans les différents milieux cliniques. Cette exposition accrue serait une avenue favorable aux IND qui soigneront la population québécoise de demain.

## **CONCLUSION**

Au début de leur carrière professionnelle, les IND souhaitent être écoutées, soutenues et intégrées dans leurs équipes de soins pour avoir le sentiment de pouvoir exercer leur LCI avec leurs patients, les familles et leurs équipes. Les organisations doivent promouvoir des stratégies pour soutenir l'exercice de cette compétence critique pendant les douze premiers mois de la pratique professionnelle pour amener les IND à répondre aux besoins de la population (Alami Hassani et Pepin, 2019). L'exercice de cette compétence permet à l'infirmière débutante de mettre à profit plusieurs aspects de sa profession en se positionnant dans une optique d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. **Comprendre ce qu'est le leadership clinique infirmier et l'importance du développement et de l'exercice de cette compétence dans la pratique clinique, c'est mettre en place des stratégies qui favoriseront l'avancement de la pratique professionnelle et conséquemment l'émancipation de la discipline infirmière.**

## Auteure




### SARA ALAMI HASSANI, inf. M. Sc.

Sara Alami Hassani a complété son baccalauréat initial en sciences infirmières en décembre 2016. Dès la fin de ses études, elle a travaillé sur l'unité de chirurgie thoracique, vasculaire et oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital général juif de Montréal. À l'automne 2018, elle entame sa maîtrise en recherche, volet formation, à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Son projet de recherche s'intéresse au parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez les infirmières nouvellement diplômées. Durant ses études aux cycles supérieurs, Mme Alami Hassani a été auxiliaire de recherche et d'enseignement en plus d'enseigner au CÉGEP Édouard-Montpetit. En 2019, elle a occupé un poste dans la direction des soins infirmiers, et ce, en tant que conseillère-cadre en soins spécialisés au CISSS de la Montérégie-Est. L'an dernier, celle-ci est lauréate du prix Florence catégorie relève octroyé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. À présent, elle est chargée de cours à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

## Références

1. Alami Hassani, S. et Pepin, J. (2019). Le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. <http://hdl.handle.net/1866/24536>
2. AL-Dossary, R., Kitsantas, P. et Maddox, P. J. (2014). The impact of residency programs on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: a systematic review. *Nurse education today*, 34(6), 1024-1028. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.006>
3. Bourbonnais, A. (2021). Démontrer l'expertise et agir avec advocacy pour de meilleurs soins à la population. Mémoire présenté à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec dans le cadre des états généraux 2021. <https://docplayer.fr/209628261-Memoire-demontrer-de-l-expertise-et-agir-avec-advocacy-pour-de-meilleurs-soins-a-la-population.html>
4. Boyer, L., Pepin, J., Dubois, S., Descôteaux, R., Robinette, L. et Déry, J. (2016). Référentiel de compétences infirmières en milieu de soins hospitalier québécois de l'enfant à l'adulte. *Centre d'innovation en sciences infirmières de l'Université de Montréal*.
5. Brown, A., Crookes, P. et Dewing, J. (2015). Clinical leadership in pre-registration nursing programmes—an international literature review. *Contemporary nurse*, 51(1), 39-55.
6. Casey, M., McNamara, M., Fealy, G. et Geraghty, R. (2011). Nurses' and midwives' clinical leadership development needs: a mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1502-1513. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05581.x
7. Dierckx de Casterlé, B., Willemsse, A., Verschuere, M. et Milisen, K. (2008). Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process: a case study. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 753-763.
8. Ducharme, F. et Salois, R. (2021). Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec. Un changement porteur d'avenir. Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière. <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>
9. Duff, B. (2013). Creating a culture of safety by coaching clinicians to competence. *Nurse Education Today*, 33(10), 1108-1111. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.05.025>
10. Dyess, S. M. et Sherman, R. O. (2009). The first year of practice: new graduate nurses' transition and learning needs. *Journal of continuing education in nursing*, 40(9), 403-410.
11. Ekström, L. et Idvall, E. (2015). Being a team leader: newly registered nurses relate their experiences. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 75-86.
12. Estabrooks, C. A., Straus, S., Flood, C. M., Keefe, J., Armstrong, P., Donner, G., Boscart, V., Ducharme, F., Silvius, J. et Wolfson, M. (2020). Rétablir la confiance: la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée. Société royale du Canada. [https://rsc-src.ca/sites/default/files/LTC%20PB\\_FR.pdf](https://rsc-src.ca/sites/default/files/LTC%20PB_FR.pdf)
13. Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2015). Référentiel de compétences : baccalauréat en sciences infirmières (2e éd.). Université de Montréal: Faculté des sciences infirmières.
14. Fallatah, F., Laschinger, H. K. et Read, E. A. (2017). The effects of authentic leadership, organizational identification, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' job turnover intentions in Canada. *Nursing outlook*, 65(2), 172-183.
15. Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descôteaux, R., Lavoie, P. et Dumont, K. (2015). A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse Education in Practice*, 15(6), 572-578.
16. Ha, L. et Pepin, J. (2018). Clinical nursing leadership educational intervention for first-year nursing students: A qualitative evaluation. *Nurse Education in Practice*, 32, 37-43. doi: 10.1016/j.nepr.2018.07.005
17. Larue, C., Dubois, S., Girard, F., Goudreau, J. et Dumont, K. (2013). The development of clinical reasoning skills and leadership: personal factors and organizational factors. *Recherche en soins infirmiers*, 112, 76-87.
18. Laschinger, H. K. S. et Grau, A. L. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 282-291.
19. Li, A., Early, S. F., Mahler, N. E., Klaristenfeld, J. L. et Gold, J. I. (2014). Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout. *Journal of Professional Nursing*, 30(1), 89-99.
20. Mannix, J., Wilkes, L. et Daly, J. (2015). Aesthetic leadership: Its place in the clinical nursing world. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(5), 357-361. doi: 10.3109/01612840.2015.1011361
21. Loi sur les infirmières et infirmiers. Éditeur officiel du Québec. (2021, 31 octobre). <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/l-8>
22. Missen, K., McKenna, L. et Beauchamp, A. (2014). Satisfaction of newly graduated nurses enrolled in transition-to-practice programmes in their first year of employment: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2419-2433.
23. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017). *Portrait de la relève infirmière 2016-2017*. [https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/Portrait-releve\\_2016-2017.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/Portrait-releve_2016-2017.pdf)
24. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4504-exercice-infirmier-chsl-d-cadre-reference-web.pdf>
25. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2020). *Portrait de la relève infirmière 2019-2020*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/9565847/Portrait-releve-2019-2020.pdf>
26. Parker, V., Giles, M., Lantry, G. et McMillan, M. (2014). New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse education today*, 34(1), 150-156.
27. Patrick, A., Laschinger, H. K. S., Wong, C. et Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 449-460.
28. Pepin, J., Dubois, S., Girard, F., Tardif, J. et Ha, L. (2011). A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today*, 31(3), 268-273. doi: 10.1016/j.nedt.2010.11.009
29. Phillips, C., Esterman, A., Smith, C. et Kenny, A. (2013). Predictors of successful transition to registered nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1314-1322.
30. Regan, S., Wong, C., Laschinger, H. K., Cummings, G., Leiter, M., MacPhee, M., Réhaume, A., Ritchie, J. A., Wolff, A. C., Jeffs, L., Young-Ritchie, C., Grinspun, D., Gurnham, M. E., Foster, B., Huckstep, S., Ruffolo, M., Sharnian, J., Burkoski, V., Wood, K. et Read, E. (2017). Starting Out: qualitative perspectives of new graduate nurses and nurse leaders on transition to practice. *Journal of Nursing Management*, 25(4), 246-255. doi: 10.1111/jonm.12456
31. Robin, D. C. K. et Noshaba, K. (2016). Leadership in healthcare. Anaesthesia et intensive care medicine. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 63-65.
32. Stanley, D. et Stanley, K. (2018). Clinical leadership and nursing explored: A literature search. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 1730-1743.
33. Tardif, J. (2006). L'évaluation des compétences. *Documenter le parcours de développement*. Montréal: Chenelière Éducation.
34. Walker, R., Cooke, M., Henderson, A. et Creedy, D. K. (2011). Characteristics of leadership that influence clinical learning: a narrative review. *Nurse Education Today*, 31(8), 743-756.
35. Winfield, C., Melo, K. et Myrick, F. (2009). Meeting the challenge of new graduate role transition: Clinical nurse educators leading the change. *Journal for Nurses in Professional Development*, 25(2), E7-E13.
36. Wong, C. A., Cummings, G. G. et Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724.



# LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT NOVATEURS POUR LES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : PARTIE 1 DES ÉCRITS

PHILIPPE VOYER, inf., Ph. D.

ÉMILIE ALLAIRE, M.A.

ANNE-MARIE VEILLETTE, M.A.

CAMILLE SAVOIE, inf., Ph. D. (c)

L'environnement physique et l'aménagement des milieux de soins peuvent influencer la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes hébergées et de leurs proches. Depuis des décennies, les milieux d'hébergement du Québec priorisent une philosophie de soins axée sur la sécurité physique et la prévention des risques. Or, le développement de milieux novateurs à travers le monde a amené une modification du paradigme, donnant plus de place à la liberté, à la participation sociale et à l'autonomie des personnes hébergées. Cet article, qui se veut être la première partie d'une série de deux, vise à présenter ce qui caractérise ces milieux d'hébergement novateurs.

## INTRODUCTION

L'environnement physique représente un déterminant fondamental de la santé (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2007). L'influence des facteurs environnementaux sur la santé des personnes, des familles et des communautés est étudiée depuis de nombreuses années, et ce, notamment par la discipline infirmière. En effet, l'environnement constitue l'un des quatre concepts centraux du métaparadigme infirmier (Fawcett, 1991). Florence Nightingale fut la première à démontrer l'influence des interventions infirmières sur l'environnement et leurs effets sur la santé des personnes (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2007). La discipline infirmière doit donc s'intéresser aux dimensions environnementales du soin.

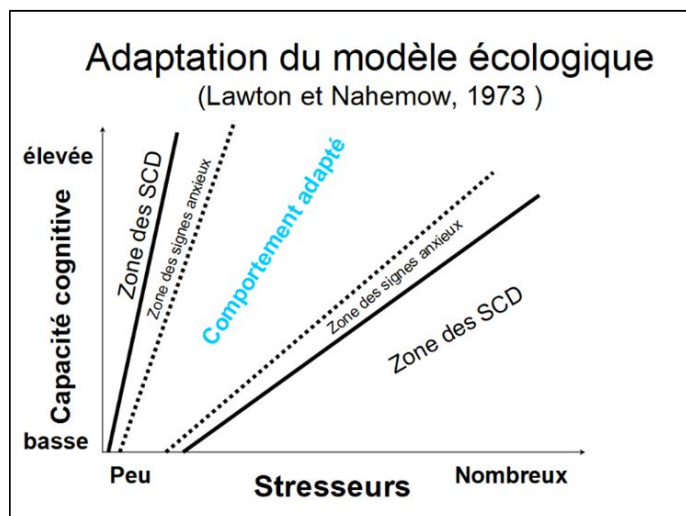
Dans le contexte du vieillissement de la population et de la prévalence croissante des troubles neurocognitifs majeurs, il importe de mieux comprendre la relation entre l'environnement et le bien-être des personnes âgées (PA) atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). À cet effet, nous proposons dans cet article de présenter ce qui caractérise les milieux d'hébergement novateurs

pour les PA atteintes de TNCM. Est-ce que ces milieux représentent une option intéressante pour l'avenir? Dans une série de deux articles, nous allons décrire ces milieux et les principes qui les habitent afin d'éclairer les lecteurs.

## LES MODÈLES D'HÉBERGEMENT NOVATEURS ONT-ILS UNE BASE THÉORIQUE?

Concernant cette première question, il semble que la réponse soit connue depuis 1973... En effet, le modèle écologique de Lawton (1973) (figure 1) propose depuis longtemps qu'il y a une relation claire entre l'environnement s'exprimant par la présence de « stresseurs » et la présence de comportements adaptés ou non chez les PA. Lorsque des « stresseurs » perturbent une PA atteinte de TNCM (ex. : elle a froid, il y a trop de bruits), l'apparition de signes anxieux peut se manifester. Afin d'éviter cette manifestation d'anxiété et favoriser un retour vers un « comportement adapté », l'atténuation des « stresseurs » environnementaux est essentielle. À l'opposé, dans une situation où la personne vit de la sous-stimulation, ce qui constitue aussi un « stressor » (ex. : isolement social, absence de loisirs), les signes anxieux menant à des problèmes comportementaux peuvent aussi

**Figure 1. Modèle de Lawton (1973)**



être présents. Ainsi, le modèle écologique de Lawton nous a enseigné qu'il faut toujours tenter de trouver un équilibre des « stresseurs » liés à l'environnement, soit un bon arrimage entre le besoin de stimulation individuel et les fonctions cognitives de la PA atteinte de TNCM afin qu'elle se trouve le plus souvent possible dans la zone des « comportements adaptés ». Autrement dit, si des résidents d'un CHSLD se trouvent dans un milieu de vie bruyant, froid, malodorant, désorientant, inconfortable et détérioré, il est possible que certains d'entre eux affichent des problèmes comportementaux malgré les traitements optimaux de leurs maladies.

De même, l'environnement physique va au-delà du design et inclut aussi les activités offertes. Le modèle « *Balancing Arousal Controls Excesses (BACE)* » démontre l'effet de l'environnement sur l'agitation des PA atteintes de TNCM. Ce modèle propose de revoir le calendrier journalier des personnes hébergées en utilisant une approche personnalisée afin d'obtenir un équilibre entre les activités et les moments de repos. Il propose de mettre en place un niveau de stimulation pertinent pendant 90 minutes, suivi d'une période de repos de 90 minutes, permettant d'éviter l'accumulation de stimuli provoquant de l'agitation et du stress. Ce modèle suggère aussi de tenir compte du niveau de stimulation avant d'intervenir avec une personne hébergée. Le degré de stimulation optimal étant variable d'une personne à l'autre, Kovach et al. (2004) suggèrent d'utiliser une approche individualisée et personnalisée afin de déterminer les meilleurs moments d'activités et de repos pour chaque individu.

Ces deux modèles théoriques offrent donc une orientation pour la création de milieux d'hébergement qui vise le développement d'environnement centré sur

les besoins des PA atteintes de TNCM. Les modèles novateurs d'hébergement partagent cette préoccupation en cherchant à offrir un environnement rassurant et stimulant pour les résidents. Cela dit, il faut admettre que les PA atteintes de TNCM ne sont pas un groupe homogène. À ce sujet, le triangle d'intensité des services de Brodaty (2003) est éclairant en proposant un modèle à sept niveaux d'intensité de services à offrir aux personnes atteintes de TNCM en lien avec la fréquence et la sévérité des SCPD (figure 2).

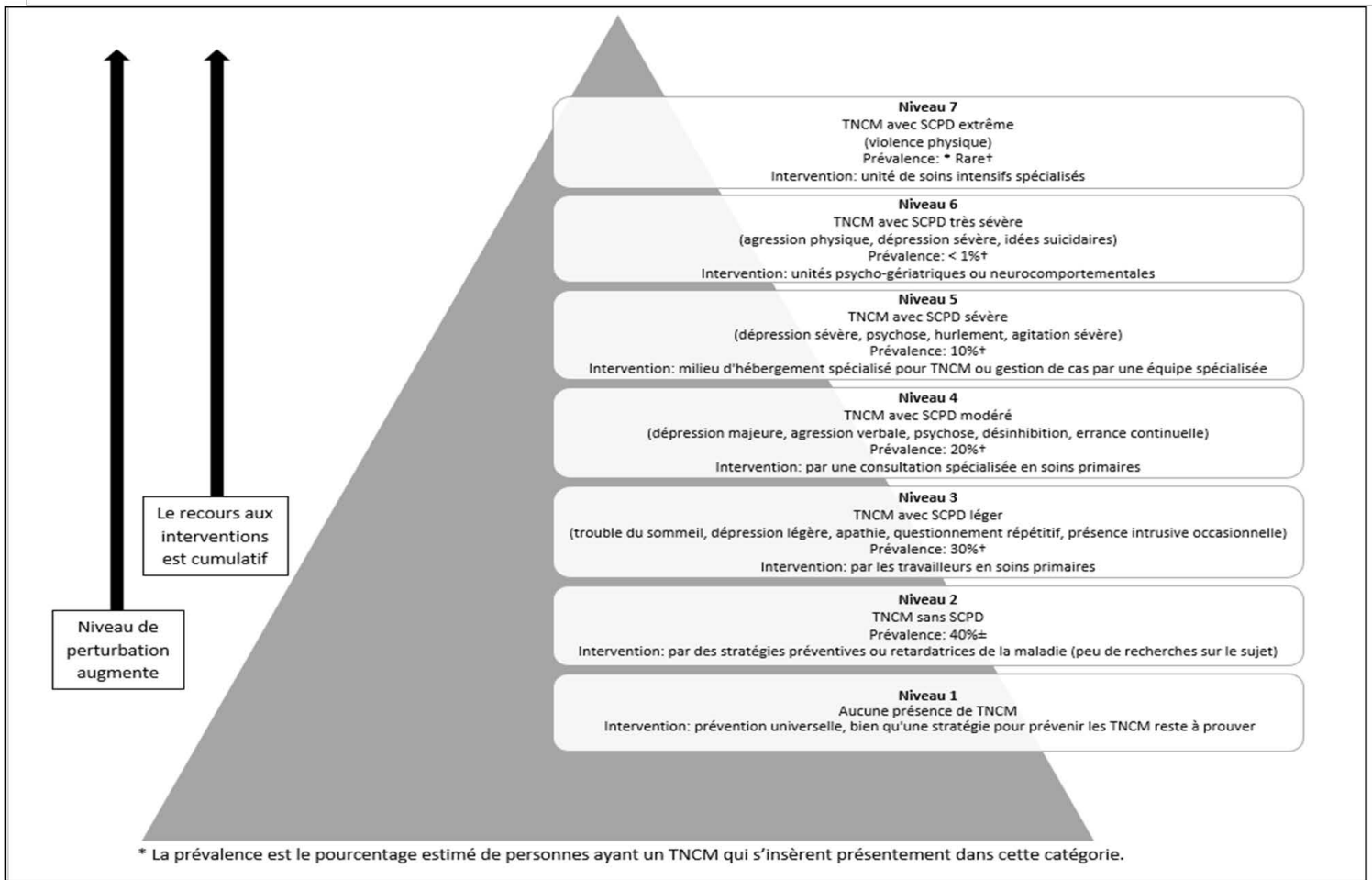
Chaque niveau d'intensité de SCPD se rattache à un environnement adapté répondant aux besoins spécifiques des personnes atteintes de TNCM selon la prévalence des SCPD. Les niveaux 1 à 4 font partie de la première ligne de services. On inclut dans la première ligne les centres d'hébergement suivants : les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires (RI) et les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Le niveau 1 concerne les aînés qui n'ont pas de TNCM et fait référence aux activités de prévention des TNCM. Les niveaux 2 à 4 représentent 90% des personnes atteintes de TNCM qui résident dans les centres d'hébergement. Ces aînés ne présentent aucun SCPD (niveau 2), des SCPD légers (niveau 3) ou des SCPD modérés (niveau 4). Le présent article ainsi que sa 2e partie se concentrent sur ce groupe, puisque 9 PA atteintes d'un TNCM sur 10 s'y retrouvent.

Les niveaux 5 à 7 représentent 10% des personnes atteintes de TNCM, et incluent les aînés affichant des SCPD sévères à extrêmes. Ce sont alors des unités prothétiques et spécialisées qui répondent le mieux aux besoins de ces aînés. Ces milieux ont des caractéristiques environnementales qui incluent certains des éléments des niveaux 2 à 4, mais plusieurs requièrent des adaptations et l'ajout de nouveaux éléments en raison de leurs besoins particuliers (par exemple : salle d'apaisement) ou des enjeux de sécurité. Le triangle de Brodaty nous démontre qu'il importe de tenir compte de l'intensité et de la persistance des SCPD pour créer des milieux de vie adaptés aux PA atteintes de TNCM.

## ENVIRONNEMENTS ET PHILOSOPHIE DE SOINS

En plus de tenir compte des facteurs précédemment énoncés, il importe de prévoir un changement de paradigme dans l'organisation pour espérer voir les effets d'un environnement physique adapté se concrétiser dans le vécu quotidien des résidents et de leurs proches. L'environnement et la philosophie de soins forment un tout. Les facteurs environnementaux sont indissociables de la philosophie de soins, des approches et des valeurs qui l'habitent. Selon l'Institut national d'excellence

**Figure 2. Triangle d'intensité des services de Brodaty (2003)**



Traduction libre par Voyer et al.

en santé et en services sociaux (INESSS) (2020), les bénéfices souhaités pour les personnes hébergées ne seront obtenus qu'en présence d'une concordance entre l'environnement et la philosophie de soins.

Depuis plusieurs années, deux philosophies de soins s'opposent implicitement et parfois explicitement dans les milieux d'hébergement, soit une philosophie centrée sur la *sécurité/rigidité* versus une philosophie priorisant la *liberté/flexibilité*. Malgré les effets positifs démontrés de la liberté et de la flexibilité sur le bien-être des PA atteintes de TNCM, ce sont majoritairement la sécurité et les restrictions quotidiennes qui sont priorisées dans la plupart des milieux d'hébergement. La littérature scientifique décrit la philosophie centrée sur la *sécurité/rigidité* comme des pratiques priorisant la sécurité physique, la prévention des risques et la rigidité des horaires de soins. Cette philosophie offre très peu de

flexibilité aux personnes hébergées quant aux choix de leurs repas, de l'heure du lever, du coucher, de leurs loisirs et du moment de leurs soins d'hygiène (Reimer et al., 2004). Les milieux d'hébergement priorisant cette philosophie offrent généralement un environnement facilitant le travail du personnel soignant et non la réponse aux besoins des usagers. De plus, très peu de flexibilité est accordée au personnel soignant concernant le temps de qualité passé avec les personnes hébergées. L'horaire de travail est strict et conçu pour prioriser les soins médicaux et d'hygiène. Par ailleurs, cette philosophie a des impacts majeurs sur le comportement et le bien-être des résidents (INESSS, 2018; Kok et al., 2016; Verbeek et al., 2014). En plus de diminuer le confort, l'autonomie et la socialisation, l'environnement et la philosophie de ces milieux contribuent à augmenter la fréquence des SCPD (Martin, 2019). L'utilisation d'antipsychotiques est aussi une stratégie fréquemment utilisée, même si son efficacité



est limitée et peut causer des conséquences négatives sur la santé (Martin, 2019). Or, la principale crainte des gestionnaires et des membres du personnel soignant à donner plus de liberté et d'autonomie aux PA atteintes de TNCM est l'augmentation possible du nombre d'accidents et de décès. D'une part, plusieurs gestionnaires de milieu d'hébergement, ne souhaitant pas être responsables d'un accident, décident de favoriser la sécurité et d'éviter tous les risques (Born & Dhalla, 2012; Martin, 2019). D'autre part, en raison de la perte d'autonomie progressive de leur proche, les familles craignent bien souvent pour leur sécurité et doutent de leur capacité à participer au milieu de vie (Born & Dhalla, 2012; Martin, 2019). Considérant que la sécurité et la rigidité sont priorisées depuis des décennies dans les milieux d'hébergement, le choix de la liberté et de la flexibilité ne s'avère pas être une décision si facile à prendre.

La philosophie centrée sur la *liberté/flexibilité* est décrite dans la littérature comme une approche généralement utilisée dans des milieux d'hébergement résidentiels. Il s'agit de petits milieux adaptés pouvant accueillir 5 à 12 résidents. Ce type d'environnement permet de favoriser le déplacement, la participation et l'autonomie des personnes hébergées. Ces milieux respectent les routines et les préférences des usagers et accordent plus de temps au personnel soignant auprès des personnes hébergées. Cette philosophie entraîne des effets positifs sur le comportement et le bien-être des personnes (Benbow, 2014; Reimer et al., 2004; Smit et al., 2012). En plus de réduire l'anxiété des personnes hébergées, ces milieux améliorent leur autonomie, leur communication et leur comportement au quotidien (Cohen-Mansfield et al., 2010; Lee et al., 2016; Smit et al., 2012; Verbeek et al., 2012). La fréquence des SCPD et l'usage d'antipsychotiques sont significativement réduits (Dyer et al., 2018; Nakanishi et al., 2012; Zeisel et al., 2018). De plus, cette philosophie permet de respecter la dignité et l'estime des personnes, tout en améliorant l'ambiance générale; entre autres lors de la prestation des soins.

Les résultats de recherche suggèrent donc que la philosophie centrée sur la liberté et la flexibilité serait favorable au bien-être des PA atteintes de TNCM. Nous allons examiner maintenant quelques exemples de milieux de vie qui ont adopté cette philosophie.

## ENVIRONNEMENTS ET INSPIRATIONS INTERNATIONALES

Depuis plusieurs années, des modèles d'hébergement novateurs tentent de contrecarrer les approches centrées sur la sécurité et la rigidité (de Boer et al., 2018). Situés principalement en Europe, en Australie, aux États-Unis et

**Figure 3. Exemple de Greenhouse**



Crédit Philippe Voyer

maintenant au Canada, les *Greenhouses*, les *Care Villages* et les *Care Farms* offrent une nouvelle philosophie centrée sur la liberté, la flexibilité des soins, l'autonomie et l'acceptation du risque. Au sein de ces modèles, l'environnement hospitalier des milieux traditionnels est délaissé pour faire place à des lieux résidentiels et familiaux.

Les *Greenhouses* sont des modèles d'hébergement destinés aux personnes atteintes de TNCM et en perte d'autonomie (Voyer & Allaire, 2020). Il s'agit de maisons pouvant accueillir un petit nombre de personnes qui possèdent une cuisine, une salle à manger et un salon à aire ouverte (figure 3). Les personnes hébergées ont des chambres et des salles de bain privées. Le quotidien est structuré en fonction des habitudes et des intérêts des usagers. Ceux-ci peuvent participer à la préparation des repas, faire le ménage ainsi que s'occuper du jardin et des animaux. Dans ces maisons, seul le personnel Shabaz (qui sont soit des préposés aux bénéficiaires ou infirmières auxiliaires) est responsable quotidiennement des soins d'assistance des usagers. Ils doivent, en plus, s'occuper des loisirs, de la stimulation, de la préparation des repas et de faire la lessive. L'équipe clinique est externe et se déplace dans le milieu ponctuellement pour assurer les suivis. Les résidents y vivent jusqu'à la fin de leur vie.

Les *Care Villages* sont des modèles d'hébergement où le principe est de reproduire un mini-village (Benbow, 2019). Répartis sur un territoire fermé, ils ont pour objectif d'offrir aux personnes atteintes de TNCM une vie de quartier. Pouvant accueillir un petit nombre de personnes, chaque maisonnette du village est de type résidentiel. Les rues, les parcs et les maisons sont conçus et adaptés pour que les usagers puissent y circuler librement et de façon sécuritaire. La vie communautaire est au cœur du quotidien. En plus de la présence des familles, des bénévoles et des citoyens, les personnes ont accès à

**Figure 4. Exemple de Care Farm**



Crédit Philippe Voyer

différents commerces, restaurants, loisirs, jardins et parcs. La philosophie de soins est centrée sur la vie domestique et communautaire, la liberté et l'autonomie.

Les *Care Farms* (figure 4) sont des modèles d'hébergement offrant un environnement résidentiel et rural pour les personnes atteintes de TNCM. L'objectif est de reproduire une vie domestique centrée sur la nature et les animaux. Les personnes hébergées habitent directement sur la ferme où elles sont encouragées à participer aux différentes activités à leur rythme (s'occuper des animaux, jardiner, préparer les repas, faire le ménage, etc.) et où elles peuvent circuler librement. Sur la ferme, les maisonnettes sont aménagées afin d'accueillir un petit nombre de personnes. La philosophie de soins est centrée sur la vie domestique rurale, la liberté et la participation.

Quelques études sur ces trois modèles ont été réalisées jusqu'à maintenant. Dans une recension portant sur la qualité de vie dans les milieux d'hébergement pour les aînés, l'INESSS (2018) présente ces trois modèles. Ceux-ci offrent jusqu'à ce jour de meilleurs résultats pour la santé et la qualité de vie des personnes hébergées. Les *Greenhouses*, les *Care Villages* et les *Care Farms* permettent de diminuer l'anxiété et l'ennui, tout en favorisant le maintien de l'autonomie des personnes hébergées. En plus d'adopter une philosophie centrée sur la liberté et la flexibilité, ces modèles novateurs empruntent la même stratégie d'habitation que les *small-scale* et les *home-like facilities*. Ces principes d'aménagement sont bien documentés dans la littérature scientifique (Kok et al., 2016) et diminuent de manière significative la fréquence des SCPD, l'utilisation des contraintes physiques et l'usage

d'antipsychotiques. Ils améliorent les capacités cognitives et favorisent les interactions sociales, la participation et l'engagement occupationnel des personnes hébergées. Il diminue également les signes de dépression et de somnolence diurne (Fleming et al., 2016; INESSS, 2018; Verbeek et al., 2012).

Enfin, il importe de souligner les efforts déployés par le gouvernement du Québec dans le développement et la construction des maisons des aînés au Québec qui sont en cohérence avec la littérature scientifique présentée. Par exemple, les maisons accueilleront 12 résidents où chaque aîné aura sa chambre privée. Un environnement de type résidentiel et une approche familiale sont préconisés, en plus de promouvoir une flexibilité dans les soins. Ces nouveaux milieux permettront de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de TNCM.

## CONCLUSION

L'objectif de ce premier article était de présenter les caractéristiques des milieux d'hébergement novateurs. La philosophie qui les habite et les appuis scientifiques qui les soutiennent ont aussi été soulignés. Dans le deuxième article, nous présenterons comment intégrer certaines des caractéristiques de ces milieux novateurs dans les établissements existants.

---

## Auteurs



**PHILIPPE VOYER, inf., Ph. D.**

Professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec



**EMILIE ALLAIRE, M.A.**

Professionnelle de recherche, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec



**ANNE-MARIE VEILLETTE, M.A.**

Professionnelle de recherche, Centre de recherche du CISSS Chaudière-Appalaches



**CAMILLE SAVOIE, inf., Ph. D. (c)**

Étudiante au doctorat, assistante de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

**Références**

1. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2007). *L'environnement et la santé: Une entrée en matière pour les infirmières et les infirmiers* Ottawa, Canada. [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/environmental\\_health\\_2008\\_f.pdf?la=fr](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/environmental_health_2008_f.pdf?la=fr)
2. Benbow, B. (2019). Care Villages. *Canadian Nursing Home*, 30(4), 12-24.
3. Benbow, W. (2014). Design features for resident engagement and Meaningful Activity. *Canadian Nursing Home*, 25(4), 4-8.
4. Born, K. et Dhalla, I. (2012). *Improving quality and safety in Ontario's nursing homes*. Healthydebate. <https://healthydebate.ca/2012/07/topic/community-long-term-care/long-term-care/>
5. Brodaty, H., Draper, B. M. et Low, L-F. (2003). Behavioral and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery. *The Medical Journal of Australia*, 178(5), 231-234.
6. Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Dakheel-Ali, M. et Marx, M. S. (2010). Engaging nursing home residents with dementia in activities: the effects of modeling, presentation order, time of day, and setting characteristics. *Aging Ment Health*, 14(4), 471-480. <https://doi.org/10.1080/13607860903586102>
7. de Boer, B., Beerens, H. C., Katterbach, M. A., Viduka, M., Willemse, B. M. et Verbeek, H. (2018). The Physical Environment of Nursing Homes for People with Dementia: Traditional Nursing Homes, Small-Scale Living Facilities, and Green Care Farms. *Healthcare (Basel)*, 6(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare6040137>
8. Dyer, S. M., Liu, E., Gnanamanickam, E. S., Milte, R., Easton, T., Harrison, S. L., Bradley, C. E., Ratcliffe, J. et Crotty, M. (2018). Clustered domestic residential aged care in Australia: fewer hospitalisations and better quality of life. *Med J Aust*, 208(10), 433-438. <https://doi.org/10.5694/mja17.00861>
9. Fawcett, J. (1991). Approaches to knowledge development in nursing. *The Canadian journal of nursing research*, 2(23), 23-34.
10. Fleming, R., Goodenough, B., Low, L. F., Chenoweth, L. et Brodaty, H. (2016). The relationship between the quality of the built environment and the quality of life of people with dementia in residential care. *Dementia (London)*, 15(4), 663-680. <https://doi.org/10.1177/1471301214532460>
11. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018). *Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie*. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Qualite\\_milieu\\_de\\_vie.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qualite_milieu_de_vie.pdf)
12. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020).

*Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Conciliation\\_CHSLD\\_Etat\\_pratiques\\_2020.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Conciliation_CHSLD_Etat_pratiques_2020.pdf)

13. Kok, J. S., van Heuvelen, M. J., Berg, I. J. et Scherder, E. J. (2016). Small scale homelike special care units and traditional special care units: effects on cognition in dementia; a longitudinal controlled intervention study. *BMC Geriatr*, 16, article 47. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0222-5>
14. Kovach, C. R., Taneli, Y., Dohearty, P., Schlidt, A. M., Cashin, S. et Silva-Smith, A. L. (2004). Effect of the BACE intervention on agitation of people with dementia. *Gerontologist*, 44(6), 797-806. <https://doi.org/10.1093/geront/44.6.797>
15. Lawton, M. P. et Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisendorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619-674). American Psychological Association.
16. Lee, S. Y., Chaudhury, H. et Hung, L. (2016). Effects of Physical Environment on Health and Behaviors of Residents With Dementia in Long-Term Care Facilities: A Longitudinal Study. *Res Gerontol Nurs*, 9(2), 81-91. <https://doi.org/10.3928/19404921-20150709-01>
17. Martin, L. (2019). 'It's our reputation': why nursing homes are denying Australians the 'dignity of risk'. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/australia-news/2019/may/21/its-our-reputation-why-nursing-homes-are-denying-australians-the-dignity-of-risk>
18. Nakanishi, M., Nakashima, T. et Sawamura, K. (2012). Quality of life of residents with dementia in a group-living situation: an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 59(1), 3-10. [https://doi.org/10.11236/jph.59.1\\_3](https://doi.org/10.11236/jph.59.1_3)
19. Reimer, M. A., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G. et Eliasziw, M. (2004). Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. *J Am Geriatr Soc*, 52(7), 1085-1092. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52304.x>
20. Smit, D., de Lange, J., Willemse, B. et Pot, A. M. (2012). The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia. *Int Psychogeriatr*, 24(5), 722-732. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002377>
21. Verbeek, H., Zwakhalen, S. M., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. I. et Hamers, J. P. (2014). Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. *Int Psychogeriatr*, 26(4), 657-668. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002512>
22. Verbeek, H., Zwakhalen, S. M., van Rossum, E., Kempen, G. I. et Hamers, J. P. (2012). Small-scale, homelike facilities in dementia care: a process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. *Int J Nurs Stud*, 49(1), 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.008>
23. Voyer, P. et Allaire, E. (2020). *Comment transformer un CHSLD en un centre Alzheimer? Guide de transformation*. [https://402ec391-dc61-4a10-9168-0500ee4a0a31.filesusr.com/ugd/7de94d\\_da2a79f8d7944324a89a817c183ba9f5.pdf](https://402ec391-dc61-4a10-9168-0500ee4a0a31.filesusr.com/ugd/7de94d_da2a79f8d7944324a89a817c183ba9f5.pdf)
24. Zeisel, J., Silverstein, N. M., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, M. P. et Holmes, W. (2018). Environmental Correlates to Behavioral Health Outcomes in Alzheimer's Special care units. *Gerontologist*, 43(5), 697-711.

# J'AI LU !



## **Manifeste du prendre soin à domicile**

**Préface par Philippe Pozzo Di Borgo dont l'histoire a inspiré le beau film *Intouchables*.**

Ce livre est sous la direction des cofondateurs du « Centre d'études sur les soins, l'aide et l'accompagnement à domicile » (CESAAD), Noël-Jean Mazen et David Sadigh. Cette organisation « s'est donnée pour mission d'initier une réflexion théorique sur le soutien à domicile, sur la valorisation des métiers qui s'y rattachent et de réfléchir plus largement aux questions éthiques qui se posent dans le cadre de l'organisation et de la réalisation de ce type d'activités » (p. 19). C'est ainsi que, de cette réflexion, ce livre est né, dont la première partie est consacrée aux valeurs et principes d'action qui devraient guider les soins à domicile, inspirés du care et adaptés de ce contexte de soins. La deuxième partie propose une Charte éthique de l'intervention à domicile à la disposition des professionnels et des aidants, suivie de la section Regards croisés, composée d'une série d'articles scientifiques sur le thème du prendre soin à domicile.

Même si le CESAAD est un organisme français, ainsi que la majorité des auteurs, ce condensé de réflexions et d'articles fait écho au contexte québécois. En effet, les médias français dénoncent régulièrement « les situations de quasi-maltraitance et de burn-out qui règnent dans les EHPAD » (p. 15), mais ils ne font que peu de cas des soins à domicile qui semblent tout aussi précaires. Cet état de fait semble à tout point semblable à celui du Québec, alors que tous les sondages expriment que les Québécois préfèrent rester à domicile plutôt qu'entrer en CHSLD, surtout après la pandémie qui nous a tous marqués. Ce livre nous apporte donc des réflexions sur des aspects éthiques du contexte à domicile, mais aussi des pistes d'action pour faire face à cette réalité particulière. Il vise les professionnels, mais aussi les aidants, les étudiants, les bénévoles, voir les gestionnaires de ces soins à domicile.



AQiiG

Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en gériatrie

 [facebook.com/aqiigqc/](https://facebook.com/aqiigqc/)

CP 89022 – CSP Malec  
Montréal (Québec) H9C 2Z3

**Téléphone : 514.360.7273**

**Site web : [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)**

**Courriel : [info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org)**