

# La G<sup>+</sup>érontoise

Soutenir le vieillir chez soi



## DANS CE NUMÉRO

- P.6** ▶ Lettre à la ministre Sonia Lebel pour positionnement de l'AQIIG
- P.9** ▶ Projet de soins à domicile - Anne Bourbonnais
- P.11** ▶ Entrevue avec Micheline Ulrich - Odette Roy
- P.16** ▶ Vieillir en bonne santé mentale - Fanny Gravel-Patry et Marie-Ève Vautrin-Nadeau ACSM
- P.20** ▶ La personne vivant avec la maladie et ses proches au cœur de nos actions - Marie-Christine Laterreur
- P.23** ▶ Le coaching clinique par les infirmières et les infirmiers - Stéphane Bouffard et Philippe Voyer
- P.32** ▶ Recommandations sur les meilleures pratiques de soins quant à la gestion des cathéters urinaires en CHSLD - Bernadine Jerlin, Didier Mailhot-Bisson
- P.38** ▶ Soigner les vieux par Réjean Hébert

AQiiG<sup>+</sup>

Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en gériologie

# La Gérontoise

AQiiG

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

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

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

La Gérontoise : [revueLaG rontoise@aqiig.org](mailto:revueLaG rontoise@aqiig.org)

Publicité : [coordination@aqiig.org](mailto:coordination@aqiig.org)

## Président de l'AQIIG

Pierre-Luc Déry

[presidence@aqiig.org](mailto:presidence@aqiig.org)

## Rédaction

Rédactrice en chef

Ginette Labbé

## Comité de la revue

Angélique Paquette

Ginette Labbé

Huguette Bleau

Mélanie Thivierge

Claire Page

Louise Francoeur

Odette Roy

## Révision linguistique

Solange Bleau

Membres du comité de  
la revue

## Création graphique et mise en page

L'ASSOCIÉ

Dépôt légal

4<sup>e</sup> trimestre 2023



## Politique  ditoriale

*La Gérontoise* est publiée deux fois par année par l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG).

Cette revue est destinée à toute personne intéressée par le domaine des soins infirmiers. Elle présente les résultats de différentes recherches réalisées en sciences infirmières et autres secteurs d'activités connexes, des projets cliniques, des expériences vécues et la gestion dans les milieux de soins ainsi que des travaux d'étudiantes et étudiants universitaires. S'ajoutent les chroniques *Entrevue* et *J'ai lu* offrant d'autres facettes du soin.

Tous les articles peuvent être reproduits en partie ou en entier à condition d'en spécifier la source. Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

Pour soumettre un article, écrire à [revueLaG rontoise@aqiig.org](mailto:revueLaG rontoise@aqiig.org)   l'attention de la rédactrice en chef Madame Ginette Labbé.

## Politique publicitaire

La revue accepte des messages publicitaires commerciaux, susceptibles d'intéresser ses lectrices et lecteurs. 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 de diffusion

*La Gérontoise* numérique est diffusée gratuitement aux infirmières et infirmiers, aux institutions d'enseignement et de recherche, ainsi qu'aux établissements de santé, et ce, au Québec, dans les autres provinces canadiennes et à l'international.

Pour obtenir la revue, consulter le site internet [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org).

# Sommaire

**4** Mot du président

**5** Mot de la rédactrice en chef

## LETTRÉ À LA MINISTRE

**6** Lettre à la ministre Sonia Lebel pour le positionnement de l'AQIIG - Pierre-Luc Déry

## INNOVATION

**9** Projet de soins à domicile - Anne Bourbonnais

## ENTREVUE

**11** Entrevue avec Micheline Ulrich - Odette Roy

## SANTÉ MENTALE

**16** Vieillir en bonne santé mentale : intégrer la promotion de la santé mentale dans les services destinés aux personnes âgées- Fanny Gravel-Patry et Marie-Ève Vautrin-Nadeau, ACSM

## ARTICLE

**20** La personne vivant avec la maladie et ses proches au cœur de nos actions - Marie-Christine Laterreur

## LE COACHING CLINIQUE

**23** Le coaching clinique par les infirmières et les infirmiers : une avenue potentielle pour l'augmentation de la stimulation quotidienne des personnes âgées hébergées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs - Stéphane Bouffard et Philippe Voyer

## BONNES PRATIQUES

**32** Recommandations sur les meilleures pratiques de soins quant à la gestion des cathéters urinaires en CHSLD - Bernadine Jerlin, Didier Mailhot-Bisson

## J'AI LU

**38** Soigner les vieux de Réjean Hébert - Huguette Bleau

# Mot du président



Chères lectrices et chers lecteurs,

Il me fait grand plaisir de vous adresser mes premiers mots à titre de président. L'année 2023-2024 sera une année de grandes transitions, mais ô combien prometteuse en savoir, en expertise, en prises de position et en rayonnement.

Ainsi, l'AQIIG prend position concernant les dossiers touchant la profession infirmière. Est disponible dans cette édition une prise de position effectuée auprès de Madame Sonia Lebel, ministre responsable de l'Administration gouvernementale et présidente du Conseil du trésor, datée du 17 octobre dernier concernant l'examen d'admission à la profession et ses enjeux connexes. Une autre prise de position avait été adressée à Madame Pascale Déry, ministre de l'Enseignement supérieur le 24 mai 2023 concernant la norme d'entrée à la profession. Elle est disponible dans l'édition du printemps 2023 sur notre site Web <https://aqiig.org/revue/>

Vous êtes invitées à « AIMER » notre page Facebook, ainsi que celle de LinkedIn. Notez que la page LinkedIn à suivre est: AQIIG - L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie. L'autre page LinkedIn, nommée AQIIG aqiig, sera supprimée le 31 décembre 2023. Merci de prendre en compte cette transition. Vous pourrez suivre sur ces deux réseaux nos différentes activités et sujets d'intérêts, dont l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec et les ratios sécuritaires en santé.

Dans la présente édition, vous êtes invitées, par notre campagne publicitaire, à devenir membre de l'AQIIG. Que vous soyez étudiante graduée, retraitée ou ayant pratiqué comme infirmière en soins infirmiers, devenez membre et soutenez ainsi la diffusion du savoir et la promotion de la qualité des soins et services de santé aux personnes âgées.

Devenez membre dès maintenant et profitez, entre autres, de rabais importants lors de nos formations : <https://aqiig.org/>

Dès maintenant, réservez à votre agenda la journée du mercredi 1er mai 2024. Une journée thématique, en modes présentiel et virtuel, de sept heures accréditées à l'auditorium du Centre de recherche du CHUM vous est proposée sur le thème : « Les troubles neurocognitifs majeurs : du comportement au consentement, clarifions les enjeux, relevons les défis! ». Surveillez nos différentes plateformes d'information à ce sujet dans les mois à venir.

Je suis très fier de l'équipe du conseil d'administration, des comités scientifique et de la revue et de nos bénévoles, celles-ci travaillent avec passion, rigueur, leadership et en toute collaboration. D'ailleurs, les membres du CA sont déjà à l'honneur sur nos réseaux sociaux, et il en sera bientôt de même pour les membres des comités.

Merci d'être là pour l'AQIIG!

**Pierre-Luc Déry, infirmier clinicien, M. Sc. Inf. (c)**  
Président

# Mot de la rédactrice en chef



Bonjour chers lecteurs, chères lectrices,

Je suis heureuse de vous présenter l'édition automnale de *La Gérotoise 2023* intitulée *Soutenir le vieillir chez soi*. Il y est question du désir de vivre à domicile par choix et de tout ce que ça implique comme défis pour soi et les proches aidants, ainsi que pour la pratique infirmière dans les soins à domicile. Les défis sont amplifiés lors de problématiques de santé mentale et de problèmes neurocognitifs. La personne âgée, ses proches aidants et les infirmières deviennent des partenaires de soins dans les prises de décisions.

Après le Mot du président de l'AQIIG et le mien suivra la lettre de notre association à la ministre responsable de l'Administration gouvernementale et présidente du Conseil du trésor, Sonia Lebel, présentant notre position en lien avec le rapport du Commissaire de l'Office des professions. Également, vous trouverez un aperçu d'une étude en cours menée par Anne Bourbonnais sur les caractéristiques et effets perçus d'un modèle innovant de soins à domicile. À la chronique *Entrevue*, Odette Roy rencontre Micheline Ulrich, une infirmière au leadership incontestable qui continue à influencer les milieux de soins par son désir de donner des services de qualité à la population. Fanny Gravel-Patry et Marie-Ève Vautrin-Nadeau, de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) Filiale de Montréal, abordent la promotion de la santé mentale dans le processus de vieillissement, un incontournable des soins et services de proximité. Marie-Christine Laterreur, conseillère au référencement de la Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer, explique l'importance d'un diagnostic précoce lorsque des symptômes de troubles neurocognitifs se manifestent. Le référencement devient une solution pour le proche aidant ainsi que pour la personne vivant avec la maladie. À la chronique *J'ai lu*, Huguette Bleau présente le dernier livre de Réjean Hébert intitulé *Soigner les vieux*, pour une lecture éclairante et critique de notre système de santé d'hier à aujourd'hui. Par la suite, Stéphane Bouffard et Philippe Voyer présentent un projet de recherche sur le coaching clinique par des infirmières et infirmiers pour l'augmentation des activités de la vie quotidienne chez des personnes âgées hébergées atteintes de problèmes neurocognitifs majeurs. Pour terminer, Bernadine Jerlin et Didier Maillot-Bisson, grâce à une revue des écrits et à un stage clinique en pratique infirmière avancée, exposent comment optimiser les soins urinaires pour les personnes âgées en hébergement.

Regardez la page de membership de l'AQIIG et appréciez tous les avantages d'être membre d'une organisation qui accompagne les infirmières et les infirmiers dans les soins à la personne âgée depuis bientôt 40 ans.

Le comité de rédaction aimerait publier vos bons coups dont l'objectif est d'améliorer tant la qualité des soins que la tâche du personnel soignant. Vous voulez souligner le travail exceptionnel d'un ou d'une collègue ou d'une équipe? Faites-nous parvenir leur projet ou innovation dans leur milieu de soins. Contactez-nous à l'adresse courriel : [revueLaGerontoise@aqiig.org](mailto:revueLaGerontoise@aqiig.org).

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

# LETTRE À LA MINISTRE SONIA LABEL POUR LE POSITIONNEMENT DE L'AQIIG

Objet : Avis de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) en lien avec le rapport du Commissaire de l'Office des professions.

Madame la ministre,

D'entrée de jeu, sachez que l'AQIIG est aussi préoccupée par le faible taux de réussite à l'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) de septembre 2022. De plus, nous ne pouvons qu'être convaincus que l'OIIQ n'a pas voulu porter préjudice aux candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) et nous soutenons la nomination d'un « spécialiste indépendant en mesure et évaluation », permettant ainsi d'accompagner l'OIIQ dans la gestion de son examen à l'intérieur d'un processus d'amélioration continue.

Ceci étant dit, nous avons été attentifs aux différents propos tenus dans les médias concernant le rapport du Commissaire et nous désirons donner notre avis sur la solution proposée de rédiger deux examens pour l'entrée à la profession infirmière, soit pour les étudiantes<sup>1</sup> en techniques des soins infirmiers (niveau collégial) et celles inscrites au baccalauréat en sciences infirmières (niveau universitaire). L'AQIIG désire trouver des solutions pour unifier la profession infirmière et non pour la diviser, et ainsi éviter d'être contreproductif. Voici notre position :

Considérant que l'écart sur le terrain entre les infirmières techniciennes et les infirmières cliniciennes se creuse (p.ex. : une détérioration du climat de travail, les défis dans l'exécution de certaines activités cliniques telles que l'évaluation de la situation de santé de la clientèle ; l'instauration de critères spécifiques dans l'octroi de certains postes comme en santé communautaire) et crée un climat néfaste pour la continuité des soins et la rétention de la main-d'oeuvre;

Considérant que les infirmières auxiliaires sont de plus en plus présentes au sein des équipes de soins infirmiers et apportent une expertise non négligeable;

Considérant que trois permis sont déjà délivrés au Québec pour le personnel infirmier, soit pour les infirmières auxiliaires, les infirmières et les infirmières praticiennes spécialisées;

Considérant la difficulté actuelle pour le réseau de la santé à démystifier les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe des soins infirmiers (p.ex. : IPS, infirmière clinicienne spécialisée, infirmière clinicienne, infirmière technicienne, infirmière auxiliaire);

Considérant que les enjeux actuels avec l'examen de l'OIIQ nuiraient aussi à la juste compréhension des rôles et responsabilités du personnel infirmier et dévalorisait la profession infirmière ;

<sup>1</sup> L'utilisation du féminin n'a comme seul but de faciliter la lecture.

Considérant que la recommandation du Commissaire pour la rédaction de deux examens d'entrée à la profession est contradictoire avec la volonté d'harmoniser le parcours de formation infirmière;

**L'AQIIG s'inscrit en faux contre cette recommandation et suggère fortement de garder le statu quo en misant sur la révision de l'examen d'entrée à la profession infirmière selon les compétences d'exercice de la profession attendues au niveau collégial.**

L'AQIIG soutient l'OIIQ dans ses divers travaux. Lors des États généraux de la profession infirmière, nous nous sommes positionnés sur différents défis, particulièrement sur le baccalauréat comme norme d'entrée à la profession. Aussi, notre association fait partie de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec qui, avec des experts, ont élaboré un cahier de propositions afin de faire face aux enjeux du système de santé québécois. Ces propositions vont assurément contribuer à l'efficacité et à l'efficacite de notre réseau.

### **Des solutions, nous en avons ...**

L'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec (2023) stipule : « qu'en s'inspirant des meilleures pratiques en la matière, nous devons mieux intégrer les nouvelles infirmières sur le marché du travail. Dans le contexte de pénurie de main-d'oeuvre actuelle, nous devons bien accueillir la relève infirmière ». C'est pourquoi l'Alliance (2023) propose de « mettre en place un programme d'intégration dans le réseau de satisfaction professionnelle accrue, de faire de la rétention dans la profession et de créer un sentiment d'appartenance ». Comme mesures concrètes structurantes, ce même groupe propose : « d'assurer la présence de personnes-ressources désignées à l'accueil des nouvelles infirmières diplômées dans tous les établissements et les unités de soins pour réduire le nombre d'infirmières quittant la profession dans leurs premiers 12 mois de pratique, d'assurer des suivis périodiques auprès des nouvelles infirmières pour réussir leur intégration et d'établir un calendrier pour la période d'orientation des nouvelles infirmières diplômées sur une base de critères de compétences à acquérir sur le plan théorique et pratique selon le domaine de soins ».

De surcroit, les besoins complexes de santé de la population, les défis liés aux pratiques émergentes et les enjeux sociaux et environnementaux actuels et futurs constituent autant d'éléments pour lesquels l'expertise infirmière est essentielle. C'est pourquoi les organisations doivent avoir : « des expertes dédiées au développement professionnel » (Alliance, 2023). Ces infirmières expertes vont donc contribuer à : « l'amélioration de la compétence et de la confiance, la réduction du stress et de l'épuisement professionnel et l'amélioration des résultats des patients » (Alliance, 2023). Concrètement, les membres de l'Alliance (2023) proposent de : « créer un poste de chef de service spécifique au développement professionnel et clinique sous la direction des soins infirmiers : également responsable d'assurer la formation continue et la collaboration entre les milieux d'enseignements et ceux cliniques. Ensuite, offrir un service de soutien professionnel aux infirmières formées hors-Québec ou à l'international et aux infirmières débutant dans un nouveau domaine de soins ou établissement. Et enfin, constituer des équipes d'infirmières expertes et expérimentées dédiées au soutien professionnel et au développement professionnel continu ».

Nous vous remercions de votre attention et sachez que nous demeurons disponibles afin de participer à tous travaux visant l'avancement de la profession infirmière au Québec.



**Pierre-Luc Déry, infirmier clinicien, M. Sc. Inf. (c)**

Président

Appuyée par les membres du conseil d'administration de l'AQIG :

Angélique Paquette, trésorière (Montérégie)  
Carole Dagenais, administratrice (Montréal)  
Huguette Bleau, vice-présidente (Laurentides)  
Marie Beaulieu, administratrice (Lanaudière)  
Mélanie Thivierge, administratrice (Bas-Saint-Laurent)  
Nancy Ouellette, administratrice (Lanaudière)  
Johanne Vallée, secrétaire (Laval)

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIG) est un organisme à but non lucratif qui vise à promouvoir la qualité des soins et services de santé aux personnes âgées. Par la diffusion du savoir, elle favorise l'amélioration des compétences en soins en partageant de nouvelles connaissances et des expériences aux professionnels de la santé. De plus, elle prend position sur les grands enjeux sociétaux les concernant. L'AQIG est active sur l'ensemble du territoire québécois.

cc. :

Christian Dubé, Ministre de la santé,  
Pascale Déry, Ministre de l'Enseignement supérieure,  
André Fortin, Président de la Commission de la culture et de l'éducation,  
Vincent Marissal, Porte-parole du deuxième groupe d'opposition en matière de santé,  
Joël Arseneau, Porte-parole du troisième groupe d'opposition en matière de santé, de services sociaux et de soins à domicile,  
Jean Phillippe Dechoinière, conseiller au cabinet du ministre Dubé,  
Luc Mathieu, président de l'OIIQ,  
Camille Michaud, L'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec,  
La Fédération des cégeps.  
Marie Achille, vice-doyenne aux études de premier cycle, Université de Montréal,  
Philippe Voyer, vice-doyen aux études de premier cycle et à la formation continue, Université Laval,  
Jérôme Gauvin-Lepage, vice-doyen aux sciences infirmières, Université de Sherbrooke,  
Anita Gagnon, vice-doyenne, École Sc Inf. Ingram Université McGill,  
Lyne Campagna, directrice de comité de programme de 1er cycle Sc. Inf., UQTR,  
Frédéric Banville, directeur du département des sciences de la santé, UQAR,  
Véronique Roberge, responsable du module B Sc Inf., UQAC.



# PROJET DE SOINS À DOMICILE

**ANNE BOURBONNAIS, INF., PH. D.**

## **LES CARACTÉRISTIQUES ET EFFETS PERÇUS D'UN MODÈLE INNOVANT DE SOINS À DOMICILE : UNE ÉTUDE DE CAS MIXTE EN COURS**

Menée par Anne Bourbonnais, inf., Ph. D., Xin Yi (Justine) Wu, inf., B. Sc., Delphine Bosson-Rieutort, Ph. D., Jacqueline Rousseau, erg., Ph. D., Stéphanie Daneau, inf., Ph. D., Jérôme Leclerc-Loiselle, inf., Ph. D., Maryse Soulières, T.S., Ph. D.,

Recevoir des soins à domicile (SAD) est le choix privilégié par les personnes âgées ou ayant une maladie chronique pour favoriser leur qualité de vie et éviter les effets délétères de visites à l'urgence ou d'hospitalisations. Les soins à ces personnes impliquent généralement une approche palliative centrée sur le soulagement des souffrances, le maintien du confort et de la dignité. Toutefois, l'accès à des SAD intégrant une approche palliative diminue étant donné l'accroissement de la demande découlant du vieillissement de la population, ce qui ne permet pas de respecter le choix des personnes et augmente la pression sur les hôpitaux.

Des solutions sont donc nécessaires rapidement. Le centre local de services communautaires (CLSC) de Verdun vise à renverser cette tendance en appliquant un modèle de SAD intégrant une approche palliative. Leur modèle vise, entre autres, à éviter les références « inutiles » à l'hôpital par l'ajout d'infirmières dédiées à la prestation rapide de soins et de suivis cliniques pour des problèmes aigus à domicile et par une forte collaboration interprofessionnelle, notamment par l'implication active de médecins. Toutefois, ce modèle innovant n'a pas été décrit ni évalué rigoureusement, ce qui limite son implantation à plus grande échelle. Le but de l'étude vise ainsi à décrire scientifiquement les caractéristiques du modèle de SAD du CLSC de Verdun, soit sa structure, ses processus de soins et ses effets, dans le contexte des besoins grandissants en soins palliatifs au Québec et ailleurs dans le monde.

Une étude de cas unique est en cours où le modèle de SAD du CLSC de Verdun représente le cas. Une approche mixte concurrente est utilisée. Le recrutement est en cours pour identifier des participant-e-s (≥ 18 ans) ayant reçu des SAD dans ce CLSC depuis la mise en œuvre de leur modèle en 2016, leurs proches, ainsi que des professionnel-le-s et des gestionnaires y travaillant. Pour le volet qualitatif, des données seront collectées sur la structure, les processus de soins et les effets perçus à l'aide d'entrevues individuels semi-dirigés auprès d'environ dix personnes soignées, dix proches et vingt professionnel-le-s et gestionnaires. Les résultats obtenus dans ce volet seront complétés de ceux du volet quantitatif qui permettra de collecter des données clinico-administratives à partir de documents et bases de données sur les activités du CLSC. Les résultats contribueront à optimiser les pratiques cliniques et organisationnelles de SAD pour les personnes soignées et leurs proches et serviront de leviers dans la comparaison de ce modèle aux autres existants dans divers territoires pour une éventuelle implantation à plus grande échelle.

En attente de la publication des résultats de cette étude, les personnes intéressées à en savoir davantage sur les caractéristiques et les effets perçus du modèle de SAD du CLSC de Verdun sont invitées à contacter Anne Bourbonnais ([anne.bourbonnais@umontreal.ca](mailto:anne.bourbonnais@umontreal.ca) ou 514 343-6111, poste 2734).

---

## Auteure



### **ANNE BOURBONNAIS, INF., PH. D.**

Anne Bourbonnais, inf., Ph. D., professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en soins aux personnes âgées et de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Anne Bourbonnais a une expertise sur les soins aux personnes âgées, entre autres sur celles vivant avec un trouble neurocognitif majeur. Elle s'intéresse plus particulièrement aux comportements de ces personnes âgées et au développement d'interventions pour favoriser leur bien-être, ainsi que celui de leurs proches et de leurs intervenants, et ce, dans une perspective clinique et sociale. Pour plus de détails, voir : <https://www.chairepersonneagee.umontreal.ca/>

# MICHELINE ULRICH : FEMME ET INFIRMIÈRE ENGAGÉE



ODETTE ROY

Les personnes qui ont le plaisir de côtoyer Micheline Ulrich, reconnaissent son engagement inconditionnel en regard de la qualité des soins et des meilleures pratiques en santé. Ces personnes sont unanimes à qualifier son leadership infirmier d'incontestable. Pour plusieurs, Micheline Ulrich est un modèle inspirant. Les personnes qui lisent la revue *La Gérotoise* seront sûrement curieuses de connaître cette infirmière au parcours exceptionnel ayant reçu les plus hautes distinctions, notamment l'Insigne du mérite de l'OIIQ.

À la tête d'un des plus grands CIUSSS du Québec, à titre de présidente du conseil d'administration, depuis plus de 7 ans, ce sont l'ensemble de ses compétences en sciences infirmières et aussi de gestionnaire chevronnée dotée de qualités humaines remarquables qui agissent comme une véritable boussole pour mener à bien la mission de cette organisation de santé.

**Dans ce numéro, l'équipe de la revue souhaitait mettre sous les feux de la rampe, une infirmière engagée toujours active susceptible d'offrir une autre définition de la retraite. Nous l'avons trouvée en la personne de Micheline Ulrich. Une infirmière qui compte plus de 50 ans d'expérience qui continue d'influencer et d'exercer un leadership comme défenderesse des soins et des services à la population.** Cette rencontre nous offre l'opportunité de briser les mythes persistant envers le vieillissement et de découvrir non seulement cette femme exceptionnelle, mais surtout connaître les raisons de ce qui l'anime encore et toujours. Au terme de cet entretien qui devait durer une heure, mais qui s'est prolongé au-delà de trois heures, j'ai connu le bonheur de trier un contenu dense et même très dense pour en extraire les forces vives d'une personne engagée qui fait comme vous le constaterez, une différence dans un monde en profonde mutation. Au moment où plusieurs infirmières et infirmiers vivent un passage à vide, une perte de repères, se retirent et même quittent la profession, les messages livrés par Micheline Ulrich constituent, sans aucun doute, une source de réflexion pour les infirmières et infirmiers œuvrant auprès des personnes âgées et une invitation à garder le cap sur l'importance de leurs compétences en soins infirmiers auprès des personnes qu'elles soignent, du rôle majeur joué au sein des équipes interdisciplinaires

et surtout de leur contribution indéniable à la santé de la population.

**Micheline Ulrich, je ne peux débiter cet entretien sans vous poser cette importante question : Qu'est-ce qui vous anime avec tant de vigueur et de détermination ?**

C'est avec un large sourire qu'elle me répondra, « Mais je fais ce que j'aime et j'ai la conviction que cela est utile pour la société. »

Spontanément, Micheline Ulrich me dira « Je porte cette conviction que la profession d'infirmière fait une grosse différence pour les personnes que l'on soigne. Au fil de mon expérience, j'ai compris que l'on est capable d'influencer et qu'il fallait le faire puis quand ça ne marche pas, j'écris et je rentre en action. C'est ma profession et je continue à m'impliquer et de participer à la vie en société. Pour moi, c'est un choix que j'ai fait, je m'implique pour faire avancer les choses. »

Dès les premières minutes de l'entretien, je suis en mesure de discerner ce qui anime Micheline Ulrich. L'importance d'être un modèle pour les autres. « Montrer aux autres de quoi on est capable, de faire des choses et surtout, de bien les faire. » me dit-elle clairement.

À titre de modèle, elle compte sur des qualités humaines qui se traduisent par sa capacité d'écoute, de poser des actions concrètes pour solutionner les problèmes et d'évaluer les retombées. Modestement, elle me rapporte le propos d'un des membres du conseil d'administration, qui lui a dit récemment : « Moi, je n'oublierai jamais madame, la façon dont vous recevez les gens. L'empathie que vous démontrez et cette capacité que nous avons ensemble de trouver des solutions. »

Sa capacité de mobiliser une équipe est une autre de ses qualités. Je partage ce commentaire que lui a formulé un autre membre du CA qui en témoigne l'ampleur : « Vous savez madame, j'aime beaucoup travailler dans cette équipe parce qu'il n'y a pas de tabous. Tout ce qu'on dit est bien accueilli et on est capable ensemble d'avancer. Vous avez cette capacité d'amener les gens à le faire. » Faire avancer les équipes constitue sa marque distinctive.

Ce qui me touche tout au long de l'entretien, c'est la profonde connaissance et reconnaissance du travail fait par les infirmières et infirmiers. **« Les infirmières ou infirmiers ont le sens de l'autre, ils ont le sens profond de la personne. On est parmi les rares qui ont encore ça. »** Elle poursuit en disant : **« Tu sais, on est habitué d'écouter, d'observer, d'analyser, de travailler en équipe, de toujours chercher plus loin afin d'être sûr qu'on n'est pas passé à côté de quelque chose et que l'on réponde aux besoins des personnes. On est très proche des familles. Tu sais qu'en 5-10 minutes, on en sait beaucoup sur ce qui se passe. »**

**Votre parcours professionnel est captivant. Vous vous êtes intéressée à tous les domaines de la discipline infirmière (clinique, formation, gestion et recherche). Quelles sont les plus grandes réalisations dont vous êtes particulièrement fière, comme clinicienne, directrice des soins et présidente de CA.**

Micheline Ulrich répond sans hésitation ; c'est de sa carrière d'infirmière clinicienne spécialisée au programme de transplantation hépatique à l'Hôpital Saint-Luc dont elle me parle. Détentrice d'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Montréal et après plusieurs stages en hépatologie et conférences à New-York, Washington et Pittsburg, elle contribue à la création et à l'implantation du programme en hépatologie et aux différentes activités cliniques, de formation et de recherche permettant aux infirmières d'exercer dans un secteur de haute pointe technologique. « Il y avait beaucoup à faire et à inventer. » Tout en mettant de l'avant le rôle d'infirmière clinicienne spécialisée qui était à ses balbutiements au Québec et qui reposait avant tout, prend-t-elle le soin d'ajouter, sur une expertise clinique avancée. C'est dans ces années 80, avec d'autres collègues, qu'ils travailleront d'arrache-pied

à générer des interventions infirmières en soulagement de la douleur des personnes hospitalisées et aussi des interventions auprès des familles. Visiblement, en évoquant son travail auprès de cette clientèle, elle en tire beaucoup de fierté.

À titre de directrice des soins, après avoir occupé cette fonction dans plusieurs établissements, elle précise que ses plus grandes réalisations seront toujours celles ayant trait à la qualité des soins et à l'avancement des pratiques infirmières. « La qualité des soins a toujours été ma priorité comme directrice des soins et ma préoccupation constante était d'aider le personnel à développer les habiletés et les connaissances nécessaires pour y arriver. Et ça passait entre autres par les programmes de soins et de suivi de soins ». Elle ajoute que le fait d'être chargée de cours à l'université lui a permis d'être au fait des plus récents développements scientifiques.

La transition d'un hôpital vers un statut universitaire constituera une de ses réalisations majeures dans son parcours professionnel. Micheline Ulrich en parle avec beaucoup de fierté. Forte d'une vision universitaire, d'une expérience clinique et de connaissances avancées en sciences infirmières et en gestion (maîtrise en administration publique), elle mettra sur pied une équipe de conseillères cadres en soins infirmiers. Cette équipe avec les infirmières cliniciennes constitueront une des bases solides à l'enseignement universitaire ainsi qu'au développement des meilleures pratiques. Cette infirmière visionnaire affirme : « Tu sais, il faut avoir des connaissances certes, mais il faut être capable de travailler ensemble afin d'amener les autres à se développer également. » Elle ajoute : « Je me dis qu'à chaque fois que je permets à une collègue de prendre son envol, je le vis comme un succès. Je me dis que cette infirmière a compris qu'elle portait quelque chose de plus grand. Pour moi, être infirmière relève d'une responsabilité sociale. »

Toujours active, elle poursuit les visites d'agrément tant au Canada qu'à l'international. Participer à cet exercice lui permet, me dit-elle, de garder le contact avec le terrain mais aussi de reconnaître ce qui se fait de bien, amener les équipes à réfléchir à leur pratique dans une optique d'amélioration continue de la qualité à la lumière des besoins de la population et de la science.

Et comme présidente d'un conseil d'administration d'un des plus grands CIUSSS du Québec, sa fierté relève de plusieurs aspects que Micheline Ulrich explique. Une fierté de travailler avec une même équipe depuis près de huit ans. Des membres du CA qui y demeurent parce qu'ils ont la conviction de ramer dans le même sens pour atteindre les objectifs visés. Ils sont fiers, me dit-elle, de rendre service et de mettre à contribution leurs compétences.

Jusqu'à tout récemment, Sonia Bélanger occupait le poste de PDG, elle me rappelle qu'il s'agissait d'une première fois, où deux infirmières de profession occupaient des postes stratégiques et travaillaient étroitement dans une des organisations les plus importantes. Maintenant, elle poursuit sa démarche dans le même esprit, avec Vincent Lehouillier, PDG en poste depuis 2022.

Je comprends rapidement à travers les propos de Micheline Ulrich que son rôle de présidente du conseil d'administration et la fierté d'y travailler depuis toutes ces années, se résume simplement en cette capacité de travailler en équipe : « **Nous autres, on travaille ensemble et on s'occupe de nos affaires.** » **Entretenir précieusement la cohésion, la stabilité et la confiance mutuelle entre les membres ainsi que l'écoute de l'autre sont autant d'ingrédients qui permettent de trouver des solutions aux problèmes et aux défis auxquels on fait face. Ceci résume l'esprit de leur environnement de travail.**

Quand Micheline Ulrich s'engage ce n'est jamais à moitié, ce qui se traduit dans ses fonctions de présidente en étant disponible. Elle lève souvent la main en tout ce qui a trait à la participation d'activités stratégiques du CIUSSS. Elle connaît l'organisation comme le fond de sa poche : « Je sais ce qui se passe chez-nous, et je suis en mesure d'analyser les enjeux si nécessaire et d'apporter le soutien et de participer aux prises de décisions. »

**Micheline Ulrich, vous avez occupé plusieurs postes à titre de cadre supérieur. Le fait d'être une femme et une infirmière, a-t-elle influencé votre manière de gérer et d'administrer ?**

« Oui. J'ai souvent été la seule femme autour de la table. Je vois la gestion différemment. On ne se pose pas les mêmes questions. Notre formation infirmière nous amène à voir les choses globalement, à analyser constamment ce qui se passe et à anticiper des résultats possibles. C'est un gros plus, à mon avis. »

En véritable battante, elle a défendu les soins infirmiers qui souvent sont perçus comme trop chers : « Souvent, j'ai utilisé cet argument, je suis la seule qui a étudié en sciences infirmières, mais c'est tout le monde à part moi, qui va décider. » On comprend que défendre des dossiers demande ténacité et art de convaincre.

**Face au vieillissement auquel le Québec n'échappe pas, les défis de santé sont énormes. Parallèlement à ce phénomène modulé par les valeurs sociales ambiantes, on constate que les besoins exprimés par les personnes âgées d'aujourd'hui sont différents de ceux d'hier. En regard de cette réalité, quel est votre vision du vieillissement, les principaux défis qui y sont associés et**

**leur influence sur la transformation du rôle de l'infirmière et de l'infirmier dans le système de santé.**

Micheline Ulrich y porte un regard critique et constate du même souffle que le phénomène du vieillissement n'est pas identique pour chacun. **Chaque personne doit être considérée dans son unicité. De son expérience et de celle de son entourage, elle remarque cette tendance à considérer les personnes âgées comme étant toutes en perte d'autonomie, en pertes cognitives ou incapables de prendre part aux décisions qui les concernent :** « Une de mes amies âgée de 83 ans a été hospitalisée récemment et systématiquement on lui a apporté un fauteuil roulant, pourtant elle se déplaçait sans aucun problème. C'est presque insultant. » L'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) doit se concentrer sur leurs besoins : « Définitivement, il est nécessaire de s'occuper des personnes qui en ont besoin, mais il est tout aussi important de reconnaître qu'une majorité des personnes sont autonomes et en mesure de prendre leur décision. » Pour bien rendre son idée, elle ajoute : « C'est comme s'il fallait faire le chemin inverse de l'approche adaptée et adapter l'approche à la personne autonome. Il y a un danger à considérer l'âge comme seul indicateur, ce n'est pas uniquement l'âge qui définit les besoins. »

Il est évident pour Micheline Ulrich que **le système de santé doit continuer de s'ajuster aux nouvelles réalités, être à l'affût de nouvelles façons de faire et organiser les soins et les services en conséquence, comme par exemple développer des points de services de proximité pour des personnes dont les déplacements sont difficiles sans compter aussi le problème de transport qui est un obstacle à considérer.** La priorité de développer davantage les suivis à domicile fait partie des défis pour les prochaines années. Déjà, des équipes interdisciplinaires et d'infirmières chevronnées assurent le maintien à domicile de personnes atteintes de problèmes de santé chroniques avec des pharmacies et autres organismes communautaires. Visionnaire et femme d'action, Micheline Ulrich ajoute : « Déjà il existe des choses, mais pour moi, il faut aller plus loin dans le développement. »

Constamment à la recherche de nouvelles façons de faire, de nouveaux modèles d'organisation de soins en quartier méritent un examen attentif. Ils pourraient constituer une avenue intéressante dans une optique d'optimisation des soins et services et font aussi appel à une solidarité citoyenne. Déjà des initiatives implantées qui s'apparentent à une vigie de quartier portent fruits avec des résultats tangibles auprès de personnes vivant seules ou carrément isolées.

**En tant que femme et citoyenne vieillissante, quelles sont selon vous les principales préoccupations sur lesquelles**

## **nous devons exercer une attention toute particulière ?**

Sur cette question, Micheline Ulrich réplique rapidement que pour elle, **vieillir représente une opportunité de continuer à avancer, d'aller plus loin et d'être un modèle. Comme femme et citoyenne vieillissante, elle trouve important d'exercer une influence sur la façon dont on appréhende la vieillesse.** Souvent, on lui fait des remarques du genre : « Vous êtes encore dans ce comité-là » ou bien : « Vous travaillez encore » comme si le fait d'être active constituait un interdit ou bien le fait d'occuper un espace public était impossible pour une infirmière ou une femme d'un âge certain. Est-ce de l'âgisme? Est-ce que les hommes aux cheveux blancs ont droit aux mêmes remarques? Peut-être, ajoute-elle, mais raison de plus de contribuer à détruire certains de ces mythes persistants qui, trop souvent, teintent négativement le fait de vieillir comme femme avec toutes les conséquences que cela génère.

En contrepartie, les membres des équipes avec qui elle travaille sont étonnés de sa vigueur et de sa force de travail : « Je ne suis pas jeune, mais en même temps, qu'ils me suivent. » déclare Micheline Ulrich sur un ton amusé. **Une chose est certaine, il faut déboulonner l'âgisme et être davantage conscient que chaque âge de la vie comporte ses beautés et ses aléas, et surtout que l'on demeure capable de réalisations significatives. Déterminée, elle poursuit en disant : « Pour ma part, je n'arrêterai pas d'avancer. »**

Demeurer une citoyenne engagée, notamment en tant que présidente d'un conseil d'administration, comporte beaucoup d'exigences. Par ailleurs, les préparatifs, les rencontres et les discussions sont autant d'activités dont elle tire beaucoup de satisfaction. Il faut demeurer maître de sa vie et continuer d'occuper un espace en société en fonction de son parcours, ses forces, ses préférences et ses choix. L'essentiel est de continuer d'avancer, comme le répète souvent Micheline Ulrich tout au long de la rencontre.

Plus concrètement en regard du vieillissement Micheline Ulrich ajoute que les femmes ont beaucoup d'atouts pour vivre pleinement cette étape de vie : « Il ne faut pas oublier que les femmes ont été des cheffes de famille. Elles ont développé beaucoup d'habiletés sur le train-train quotidien ce qui constitue une force pour continuer à vivre autonome. » Par contre, il faut être réaliste, se rendre compte que sa condition de santé peut changer et apprendre à demander de l'aide, ce qui en contrepartie n'est pas facile à admettre pour plusieurs. En effet : « Demander de l'aide est difficile à accepter pour nous, car comme femmes et infirmières par surcroît, on s'est occupées des autres toute notre vie, on a soutenu tout le

monde. Demander de l'aide peut constituer un nouveau défi. »

## **Vous avez été un témoin privilégié de la progression et de l'évolution de la condition des femmes au Québec. À votre avis, quels ont été les points majeurs qui ont marqué cette évolution et exercé à leur tour une influence sur l'évolution de notre discipline, la pratique infirmière? Quels sont les enjeux et défis futurs pour la relève?**

**Micheline Ulrich est persuadée que l'évolution de la pratique infirmière est intimement liée à l'évolution de la condition féminine : « Se prendre en main comme femme, se prendre en main comme infirmière, prendre en main son propre développement et ses propres affaires, pour moi, tout est intimement lié. »** En poursuivant notre discussion, elle évoque que sa mère fut un modèle déterminant qui a influencé son parcours de vie. Autonomie et détermination, deux traits de caractère qui peuvent la définir. Féministe, elle peine à comprendre que 52 % de la population, ne reçoivent pas la pleine reconnaissance sociale : « Ne pas se servir des talents de 52 % d'une société, c'est inconcevable, tu sais. » Elle rappelle que les jeunes doivent se souvenir des batailles menées et des bénéfices que l'on en tire aujourd'hui. Il ne faut pas laisser aller les choses, rien n'est jamais acquis en termes de droits des femmes : « Il y a d'autres batailles à livrer à mon avis et il faut les mener. En vieillissant, j'en prends davantage conscience. » La gouvernance au féminin amène tellement à la société et s'ajoute harmonieusement à celle des hommes.

## **Au moment où sont annoncés d'autres changements en santé (projet de loi 15 et autres), à titre de présidente de CA de l'un des plus grands CIUSSS du Québec, quels messages vous souhaitez partager?**

Le projet de loi 15 mérite toute notre attention. Micheline Ulrich compte, avec son équipe, en faire une analyse approfondie afin d'entreprendre les actions nécessaires pour assurer les soins et services de santé à la population. **La gouvernance au sein du réseau de santé représente un des enjeux majeurs pour préserver le développement du système de santé en termes d'accessibilité et d'efficacité : « Quand tu as une bonne gouvernance, tu es capable de faire avancer les choses. »**

À la fin de cette rencontre, j'ai apprécié davantage cette femme remarquable. Son engagement envers la société et sa générosité en font une leader inspirante.

Merci Micheline Ulrich pour votre contribution indéniable à la santé de la population québécoise.

---

## Auteurs



### 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 chercheure. 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.



### MICHELINE ULRICH

Micheline Ulrich est infirmière depuis 1969. Détentrice d'une maîtrise en sciences infirmières et d'une maîtrise en administration publique, elle a occupé des fonctions de directrice des soins infirmiers dans plusieurs établissements de Montréal et de la région environnante. Reconnue pour son leadership indéfectible, Micheline Ulrich a laissé sa marque dans plusieurs dossiers de développements en soins infirmiers au sein du réseau de la santé, du ministre de la santé et des services sociaux ainsi qu'à l'international. Son implication au sein de plusieurs conseils d'administration et de comités stratégiques font d'elle une personne de référence en sciences infirmières. À la fine pointe de l'excellence des soins infirmiers, elle compte plusieurs conférences et publications dans les domaines de la pratique clinique, de la formation et de la gestion. Pour sa contribution exceptionnelle à l'avancement des soins infirmiers, elle recevait en 2019, l'insigne du mérite de l'OIIQ.



# VIEILLIR EN BONNE SANTÉ MENTALE : INTÉGRER LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE DANS LES SERVICES DESTINÉS AUX PERSONNES ÂÎNÉES

FANNY GRAVEL-PATRY ET MARIE-ÈVE VAUTRIN-NADEAU L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE (ACSM)  
FILIALE DE MONTRÉAL

Avec le vieillissement de la population québécoise, la santé mentale des personnes âgées est un enjeu qui interpelle de plus en plus lorsqu'il est question d'un maintien à domicile optimal et respectueux. Si des investissements sont nécessaires pour faciliter l'accès aux soins, des actions de promotion de la santé mentale sont aussi à privilégier pour favoriser le bien-être des personnes âgées. Alors que vieillir à domicile vient avec son lot de défis, cet article situe l'approche de promotion de la santé mentale comme un incontournable des soins et services de proximité. Il présente d'abord l'approche de promotion de la santé mentale, puis il aborde le concept de vieillissement optimal, qui accorde une importance centrale aux buts personnels et à la qualité de vie. Sont ensuite abordés les enjeux de détresse psychologique et de crise, qui en disent long sur les obstacles auxquels les personnes âgées doivent s'adapter.

**Mots clés :** santé mentale, vieillissement optimal, personnes âgées, maintien à domicile, services et soins de proximité

Demeurer chez soi le plus longtemps possible, de façon autonome et en bonne santé, n'est-ce pas ce que tout le monde souhaite? Selon le gouvernement du Québec, qui lançait la première politique sur le vieillissement en 2012 — *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec (VVE)* — il s'agit bien d'un désir pour la majorité des personnes âgées de 65 ans et plus. Or, avec le vieillissement de la population québécoise, cet enjeu tend à mobiliser de plus en plus de personnes cliniciennes et proches aidantes, véritables alliées d'un maintien à domicile qui respecte la personne et ses besoins. Si des investissements sont nécessaires pour faciliter l'accès aux soins, des actions de promotion de la santé mentale sont aussi à privilégier pour favoriser les comportements de santé et le bien-être des personnes âgées. À l'heure où les personnes proches aidantes représentent 21,1 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus (Observatoire québécois de la proche aide, s.d.), il est d'autant plus crucial de miser sur ces actions, qui convoquent non seulement le personnel médical et social, mais l'ensemble de la société.

En 2012, l'Association canadienne pour la santé mentale

(ACSM) Filiale de Montréal lançait le programme *Vieillir en bonne santé mentale* dans l'optique d'outiller les acteurs sociaux qui accompagnent les personnes âgées au quotidien, entre autres, les personnes proches aidantes. Comportant un guide d'intervention et trois formations, le programme encourage le renforcement de facteurs de protection (p. ex., relations sociales enrichissantes et stimulantes) et la réduction des facteurs de risque (p. ex., stéréotypes relatifs à la vieillesse). Abordant le vieillissement comme un phénomène hétérogène qui ne se résume pas au déclin du corps, il met en lumière les principaux changements y étant reliés, de même que les signes et symptômes de la détresse psychologique et des problèmes de santé mentale courants au troisième et au quatrième âges. Alors que vieillir à domicile vient avec son lot de défis, cet article situe l'approche de promotion de la santé mentale comme un incontournable des soins et services de proximité. Il présente d'abord l'approche que préconise l'ACSM Filiale de Montréal face à la population âgée. Puis, il présente le concept de vieillissement optimal, qui accorde une importance centrale aux buts personnels et à la qualité de vie. Sont ensuite abordés les enjeux de détresse psychologique et de crise, qui en



disent long sur les obstacles avec lesquels les personnes âgées doivent composer et sur le précieux soutien des personnes proches aidantes.

## **LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂÎNÉES**

De nombreuses études ont démontré que la santé mentale est l'une des pierres angulaires du vieillissement optimal. Relevant d'une perspective biopsychosociale, ce concept réfère à la capacité de fonctionner dans de multiples domaines — physique, fonctionnel, cognitif, émotionnel, social et spirituel — à sa satisfaction et en dépit de son état de santé (Baltes et Baltes, 1990). Dans le numéro spécial sur la santé mentale de cette revue, l'infirmière en psychiatrie Francine Lincourt Éthier affirmait d'ailleurs, dans une entrevue d'Odette Roy (Roy, 2022), que la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux chez les aînés sont actuellement les plus grands défis de la profession infirmière. En effet, les actions qui y sont associées s'inscrivent dans une approche globale de l'être humain et débordent la perspective biomédicale, qui est axée sur le diagnostic et le traitement.

**Lorsqu'elles s'adressent aux personnes âgées, les actions de promotion de la santé mentale visent, entre autres, le désapprentissage des idées préconçues qui réduisent la vieillesse au déclin physique et mental et l'apprentissage de stratégies adaptatives ajustées aux stressors** (Lazarus et Folkman, 1984).

Il est important de rappeler que ces actions découlent d'un changement de paradigme quant à la santé. En effet, les dernières décennies ont été marquées par le passage d'une conception pathogénique, axée sur les causes des maladies, à une conception salutogénique de la santé (Antonovsky, 1996). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dont la définition originale remonte à 1946 « un état de bien-être physique, mental et social, ... pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946) a grandement influencé le déploiement de ces actions et des valeurs leur étant sous-jacentes, du droit à la santé et à la justice sociale, en passant par l'engagement communautaire et la participation sociale (Woodall et Cross, 2022). La santé mentale, qui est considérée comme l'une des facettes de l'état de bien-être complet promu par l'OMS, en est ainsi venue à être envisagée comme une ressource de la vie quotidienne qu'il importe de cultiver et dont tout le monde devrait se soucier.

**La santé mentale est un état de bien-être qui permet de reconnaître ses capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté. Une personne en bonne santé mentale sait s'adapter aux divers aléas de la vie tant dans les**

**moments heureux que difficiles. Elle est bien avec elle-même et elle ressent du plaisir dans ses relations. Cela ne veut pas dire pour autant une absence de maladie ou un bonheur absolu. Une personne avec un diagnostic de maladie mentale peut apprendre à composer avec son trouble et ses difficultés et ainsi jouir d'une bonne santé mentale.**

Au Québec, la promotion de la santé fait partie intégrante de la pratique infirmière depuis 1974 (Lafrenière, 2004). Elle coïncide avec le second standard de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016), qui inclut également une orientation préventive, soit la réduction des facteurs de risque. Bien que le système de santé et de services sociaux soit encore principalement curatif, la conception positive de la santé mentale mentionnée ci-dessus vient bel et bien justifier le rapprochement des activités cliniques des milieux de vie. Les infirmières qui œuvrent en première ligne et offrent du soutien à domicile, en relation avec les personnes proches aidantes, ont donc un rôle crucial à jouer dans l'autonomisation (empowerment) des personnes aînées face à leur bien-être, qu'elles soient touchées par des symptômes de maladie mentale ou non.

## **LE VIEILLISSEMENT OPTIMAL**

**Le vieillissement optimal est un concept du vieillissement qui se concentre sur les saines habitudes de vie, l'engagement et l'autonomie des personnes aînées, plutôt que sur les pertes.** En effet, il est possible de faire des gains de santé à toute étape de la vie (Institut national de la santé publique du Québec, s.d.). Dans cette optique, il est important de rappeler que l'état de santé n'est jamais prédéterminé par l'âge. Les personnes aînées forment un groupe hétérogène et leur état de santé varie. La santé d'une personne âgée est influencée par de multiples facteurs, dont l'expérience de vie, la génétique, la scolarisation et le contexte socioéconomique. Le vieillissement affecte donc les personnes différemment et de manière individuelle. S'il peut constituer un risque pour la santé mentale, c'est que la vieillesse correspond à une période de vie qui est nécessairement ponctuée par des changements physiologiques, psychologiques, cognitifs et sociaux et des transitions importantes (p. ex., passage à la retraite, deuils des êtres chers, etc.).

Favoriser le vieillissement optimal implique également une remise en cause de l'âgisme, soit des attitudes négatives et des préjugés envers les personnes aînées qui entraînent des conséquences néfastes sur leur bien-être psychologique et sur leur santé. Ces conceptions biaisées du vieillissement relèvent de représentations sociales qui mettent principalement l'accent sur le déclin inéluctable du corps et sur la déprise des rôles sociaux et

responsabilités de la vie adulte. Elles circulent notamment dans les médias et au sein de la culture populaire. Par des actions à la fois informatives et éducatives, il est possible de soutenir les personnes âgées et les personnes qui les accompagnent dans le désapprentissage des idées préconçues relatives à la vieillesse, qu'elles découlent, par exemple, de l'âgisme ou de la gérontophobie, et dans la mise en pratique de comportements de santé propices au bien-être subjectif. En effet, le vieillissement optimal passe par le développement de stratégies d'adaptation et d'autonomisation telles que la régulation des tensions émotionnelles et le recadrage cognitif.

## LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES ÂÎNÉS

L'âgisme et les transitions vécues au cours du vieillissement peuvent entraîner des conséquences importantes sur l'équilibre et le bien-être mental des personnes âgées, voire de la détresse psychologique. Alors que les troubles mentaux sont déterminés selon les critères listés dans le DSM-V, la détresse psychologique peut être vécue par n'importe qui. Celle-ci résulte d'un ensemble d'émotions désagréables et envahissantes qui affectent le quotidien et qui, lorsqu'elles sont vécues en continu, augmentent le risque de développer un trouble de santé mentale. Associée à un état de santé mentale minimale, la détresse peut survenir en cas de situations stressantes et de périodes de transition (retraite, pertes de capacités fonctionnelles, etc.). Les troubles mentaux, eux, sont caractérisés par des changements affectant la pensée, l'humeur et le comportement. Cela peut limiter les activités courantes des personnes concernées et causer une grande souffrance psychologique.

Chez les personnes âgées, les troubles mentaux se manifestent sous différentes formes. Ils peuvent être chroniques, liés à un trouble développé à l'âge adulte, ou plus récents. Cela dit, contrairement aux croyances populaires, les troubles de santé mentale ne sont pas plus fréquents chez les personnes âgées que dans les autres groupes d'âge. S'il est important de sensibiliser le personnel infirmier et les personnes proches aidantes sur la santé mentale des personnes âgées, c'est qu'il y a encore une méconnaissance des signes et symptômes tels que ceux de l'état dépressif chez les personnes âgées. Bien que la dépression soit le trouble mental le plus fréquent chez les personnes âgées (ACSM Filiale de Montréal, 2012), elle reste parfois plus difficile à détecter et peut passer inaperçue. Cela est dû à de multiples facteurs. D'abord, ses symptômes sont souvent confondus avec des conséquences du vieillissement. Par exemple, la mélancolie peut être appréhendée comme une composante « normale » du vieillissement alors qu'elle est évitable. Il peut aussi être difficile de distinguer la dépression d'autres maladies comme l'Alzheimer, car elle

présente des symptômes similaires (ex. : trous de mémoire, agitation, etc.). Certains problèmes comme ceux relatifs à la vision, les maladies vasculaires, ou encore, le diabète et les maladies rénales peuvent également entraîner des symptômes dépressifs. La médication peut aussi provoquer des symptômes qui s'apparentent à ceux de la dépression. Enfin, la santé mentale restant taboue dans plusieurs milieux, il est possible que certaines personnes éprouvent de la difficulté à percevoir les symptômes psychologiques et affectifs de la dépression ou n'osent simplement pas en parler.

## GESTION DE CRISE ET INTERVENTION AUPRÈS DES ÂÎNÉS

L'échange est un outil précieux pour l'intervention en santé mentale auprès des personnes âgées. Il permet de briser l'isolement et de contrer la stigmatisation, mais il est tout autant pertinent en intervention de crise. Une simple conversation peut aider à évaluer le niveau de bien-être ou de détresse psychologique de la personne aidée et à mieux planifier l'intervention avec elle. La personne proche aidante occupe une position clé dans cette démarche de recherche de solutions, qui nécessite une relation de confiance et de collaboration avec la personne aidée.

L'intervention de crise se définit comme une approche clinique qui vise à désamorcer la crise pour éventuellement agir sur les causes lui étant sous-jacentes. Elle exige une bonne compréhension de la crise, de ses caractéristiques, de ce qui l'engendre et de son processus d'évolution. Renvoyant à un événement stressant qui vient submerger les capacités adaptatives de la personne, tant sur le plan cognitif que comportemental, la crise fait rupture avec l'état d'équilibre auquel la santé mentale optimale est associée. En effet, elle « implique un changement d'état [...] qui suit un processus de gradation pour atteindre un seuil maximal de tension et de stress » (Séguin, 2021, p. 5), une désorganisation due à un surplus d'émotions désagréables.

Étant donné les nombreux changements, graduels ou non, auxquels les personnes vieillissantes de 65 ans et plus doivent faire face (physiologiques et psychologiques, ruptures, pertes, etc.), l'intervention de crise est une approche clé pour soutenir et favoriser la santé mentale des personnes âgées. Bien qu'elle implique une grande souffrance, la crise peut être constructive et permettre d'entrevoir de nouvelles perspectives pour la personne âgée. Fondée sur des attitudes comme la bienveillance et l'empathie (mode de communication émotif-affectif), l'intervention de crise invite éventuellement à un accompagnement dans la mise en place de meilleures stratégies adaptatives qui donnent aux personnes concernées la possibilité de résoudre les problèmes

auxquels elles sont confrontées. Considérer l'histoire de la personne aidée, s'inspirer de son expérience dans la prise de décision et déterminer des objectifs avec elle, voilà ce qui stimule et renforce l'autonomie et l'estime de soi si cruciales à l'équilibre personnel.

Tandis que le vieillissement optimal repose sur une vision positive de la vieillesse et sur une appréciation de la contribution unique des personnes âgées à la société, le maintien d'une bonne santé mentale chez cette population suppose une capacité à composer avec les changements et transitions du troisième et du quatrième âges. Les actions de promotion de la santé mentale des personnes âgées, qui sont tout indiquées en première ligne et dans le soutien à domicile, sont en cela incontournables. Elles tiennent compte aussi bien des facteurs pouvant fragiliser l'équilibre psychologique des personnes âgées et leur sentiment d'avoir un contrôle sur leur vie que des facteurs qui protègent et renforcent cet équilibre. Au cœur du programme *Vieillir en bonne santé mentale*, ces actions méritent d'être plus largement diffusées et encouragées dans les soins et services de proximité. Le projet de maintien à domicile de nombre de personnes âgées ne peut qu'en être renforcé.

## Références

1. Association canadienne pour la santé mentale Filiale de Montréal. (2012). *Vieillir en bonne santé mentale. Guide d'intervention*. <https://acsmmontreal.qc.ca/wp-content/uploads/2017/04/ACSM-Guide-vieillir-sante-mentale-extrait.pdf>
2. Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
3. Baltes, P.B. et Baltes, M.M. (1990). *Successful Aging: Perspectives from Behavioral Sciences*. Press Syndicate of the University of Cambridge.
4. Gouvernement du Québec. (2012). *Politique Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002206/>
5. Institut national de la santé publique du Québec. (s.d.). *Favoriser le Vieillissement en santé*. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/favoriser-vieillissement-en-sante>
6. Lafrenière, S. (2004). *Promouvoir la santé des aînés : une question de conception*. *Santé publique*, 2(16), 303-312.
7. Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.
8. Observatoire québécois de la proche aide (s.d.). *La proche aide en chiffre au Québec*. <https://observatoireprocheaide.ca/la-proche-aide/>
9. Roy, O. (2022). Odette Roy en entrevue avec Francine Lincourt Éthier : une vision du soin en santé mentale résolument tournée vers l'humain et l'avenir. *La Gérontoise*, 33(2), 21-27.
10. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale*. [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4462\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4462_doc.pdf)
11. Organisation mondiale de la Santé (1946). Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé. Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Communication présentée à la Conférence internationale sur la Santé. OMS, (2), 100.
12. Séguin, M. (2021). *Intervention en situation de crise* (3e éd.). Chenelière Éducation.
13. Woodall, J. et Cross, R. (2022). *Essentials of Health Promotion*. SAGE Publications Ltd.

## Auteures



### FANNY GRAVEL-PATRY, CONSEILLÈRE EN PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE, ACSM FILIALE DE MONTRÉAL

Forte de plus de huit ans d'expérience en recherche, éducation et promotion du savoir, avec un intérêt particulier pour les enjeux de santé mentale, Fanny termine actuellement un doctorat en communication à l'Université Concordia, dans le cadre duquel elle s'intéresse aux communautés de soin en santé mentale sur les réseaux sociaux. Au sein de l'équipe de l'ACSM Filiale de Montréal, Fanny souhaite poursuivre son engagement social au nom de la santé mentale individuelle et collective et travailler à améliorer les services à la communauté. ».



### MARIE-ÈVE VAUTRIN-NADEAU, CONSEILLÈRE AUX FORMATIONS ET AU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES, ACSM FILIALE DE MONTRÉAL

Titulaire d'une maîtrise et d'un baccalauréat en communication (UdeM et UQAM), Marie-Ève termine actuellement un doctorat en communication pour la santé à l'Université de Montréal, où elle s'intéresse au témoignage public du rétablissement et à ses enjeux éthiques et politiques. Impliquée dans le milieu de la santé mentale communautaire depuis 2019 et formée en pair-aidance (Faculté de médecine, UdeM), Marie-Ève poursuit ses études en intervention santé mentale à la Faculté de l'éducation permanente (FEP). Forte d'expériences professionnelles en recherche, enseignement, animation et rédaction, Marie-Ève se consacre désormais à la cause de la santé mentale à temps complet, soucieuse de faire une différence par la formation et la mobilisation des publics.



# LA PERSONNE VIVANT AVEC LA MALADIE ET SES PROCHES AU CŒUR DE NOS ACTIONS

MARIE-CHRISTINE LATERREUR, CONSEILLÈRE AU RÉFÉRENCIEMENT, FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES SOCIÉTÉS ALZHEIMER

« En 2020, on estimait que 597 300 personnes vivaient avec un trouble neurocognitif au Canada » (Société Alzheimer du Canada, 2022, p.17). D'ici 2030, ce nombre atteindra près d'un million de personnes (Société Alzheimer du Canada, 2022). Publiée le 6 septembre 2022, *l'Étude marquante : Les troubles neurocognitifs au Canada : Quelles directions à l'avenir?* (Société Alzheimer du Canada, 2022) a été préparée par l'équipe de Recherche et échange de connaissances de la Société Alzheimer du Canada afin de déterminer le nombre de Canadiens qui devraient vivre avec la maladie d'Alzheimer ou un autre trouble neurocognitif au cours des trois prochaines décennies. Que cela signifie-t-il pour le Québec? **Le nombre de personnes qui vivront avec un trouble neurocognitif au Québec se chiffrera à 360 000 d'ici 2050. Cela représente une augmentation de 145 % par rapport aux chiffres de 2020.**

Une grande portion des personnes âgées de plus de 65 ans développeront un trouble neurocognitif. Après 65 ans, le risque double tous les 5 ans; après 85 ans, près d'un individu sur quatre reçoit un diagnostic de trouble neurocognitif. *L'Étude marquante* présente trois scénarios hypothétiques dans lesquels l'apparition des troubles neurocognitifs chez les Québécois est retardée de 1, 5 ou 10 ans. Ces trois scénarios démontrent l'importance de la réduction des facteurs de risque associés à ces maladies qui pourraient faire une grande différence dans le nombre de personnes touchées, et ce, malgré le vieillissement de notre population. À titre d'exemple, un retard de 1 an pourrait entraîner près de 114 000 cas de moins d'ici 2050. Il est primordial de se rappeler que plusieurs facteurs de risques sont modifiables et que des efforts individuels, collectifs et gouvernementaux peuvent agir positivement sur l'activité physique, les activités sociales, la perte auditive, le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité, la dépression, le tabagisme et la consommation d'alcool.

En complément à la prévention, une autre étape est bien importante, celle du diagnostic précoce. Les gens tardent à consulter puisqu'ils ressentent une certaine honte ou associent certains symptômes à un vieillissement dit normal. De plus, les symptômes de la maladie d'Alzheimer peuvent ressembler à d'autres conditions médicales

comme la dépression, les maladies thyroïdiennes, une infection, des interactions médicamenteuses ou même un abus d'alcool. Cependant, **un diagnostic précoce a de multiples avantages, tant pour la personne vivant avec la maladie, mais également pour ses proches. Voici les 10 avantages du diagnostic précoce** (Société Alzheimer du Canada, s.d.) :

- 1. Savoir exactement à quoi s'en tenir :** Un diagnostic précis permettra d'avoir les bonnes informations et de recevoir rapidement les soins et traitements appropriés.
- 2. Participer activement aux décisions sur ses soins de santé et son avenir :** Au début de la maladie, la personne est en mesure de participer plus activement aux décisions concernant ses soins de santé et son avenir.
- 3. Optimiser l'efficacité des médicaments :** En règle générale, le traitement de l'Alzheimer et des maladies apparentées est plus efficace lorsqu'il est administré au début du processus de la maladie.
- 4. Se concentrer sur ce qui a de l'importance :** La personne peut établir ses priorités en fonction de ce qui compte le plus dans sa vie.

### 5. Renforcer son autonomie en faisant ses propres choix :

Le diagnostic précoce permet à la personne de participer à la planification de ses affaires financières et juridiques, en plus de ses soins de santé, et de faire connaître ses volontés à sa famille et à ses proches.

**6. Profiter des ressources disponibles :** La personne et sa famille peuvent profiter des services d'information, de soutien, de formation et de répit de la Société Alzheimer régionale afin d'apprendre à mieux vivre avec la maladie.

**7. Soutenir les familles :** Les familles et les proches qui comprennent la maladie et les difficultés qu'il faut surmonter au fil de son évolution sont mieux en mesure de soutenir la personne vivant avec la maladie et de lui donner l'aide appropriée.

**8. Devenir porte-parole :** La personne peut saisir l'occasion de sensibiliser le public et faire valoir la nécessité d'offrir des soins de qualité et d'augmenter le financement de la recherche.

**9. Faire avancer la recherche :** La personne atteinte peut participer à des essais cliniques et à d'autres projets de recherche visant à améliorer le diagnostic et les techniques de soins.

**10. Réduire la stigmatisation :** Parler ouvertement de son expérience quotidienne de la maladie peut faire en sorte de réduire la stigmatisation et d'encourager d'autres personnes à aller chercher de l'aide. »

Les 10 avantages du diagnostic précoce illustrent bien l'approche centrée sur la personne qui est la philosophie préconisée par l'ensemble des Sociétés Alzheimer régionales. Cette philosophie déclare que chaque personne a une histoire personnelle, une personnalité et des valeurs uniques, et que toute personne a les mêmes droits à la dignité, au respect et au privilège de participer pleinement à son environnement.

Recevoir un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée est accompagné d'une gamme d'émotions et devoir l'annoncer comporte également ses défis. Voici quelques conseils pour l'annonce d'un diagnostic dans la dignité :

- Parler à la personne qui reçoit le diagnostic et non seulement à son proche
- Utiliser des termes clairs et simples
- Demander les tests nécessaires et expliquer l'objectif recherché

- Proposer des stratégies pour mieux vivre avec la maladie

- Être attentif aux émotions et faire preuve d'empathie

Ces conseils ne se limitent pas à l'annonce initiale du diagnostic puisqu'il est fréquent que le médecin ne soit pas le seul professionnel de la santé impliqué dans les soins de la personne recevant le diagnostic. Les conseils sont applicables tout au long du parcours de la maladie et pour l'ensemble des personnes impliquées dans les soins.

La personne vivant avec la maladie sera souvent accompagnée d'un proche tout au long de son parcours. Une étude récente de l'Appui pour les proches aidants (2022) révèle qu'un peu plus du tiers des adultes québécois sont proches aidants. Plusieurs d'entre eux deviennent proches aidants sans savoir ce que cela représente et compte tenu de la relation affective existante (conjoint.e, enfant, ami de longue date, etc.) un sentiment d'obligation les habite. À cet effet, l'étude indique que 35 % des proches aidants ne s'identifient pas à première vue comme étant une personne proche aidante, et ce, malgré que dans 46 % des cas, 5 heures et plus par semaine sont consacrées à soutenir la personne vivant avec la maladie. De plus, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 27 % des personnes proches aidantes au Québec.

Le rôle du proche aidant est un rôle-clé dans le soutien apporté à la personne vivant avec la maladie. Il est important de souligner que devenir proche aidant doit être un choix et que le niveau d'engagement peut varier dans le temps. De plus, afin d'éviter l'épuisement et continuer à prendre soin de soi, il est souhaitable que plusieurs proches puissent contribuer à répondre aux divers besoins de la personne vivant avec la maladie.

En octobre 2020, le proche aidant et son rôle crucial est formellement reconnu via la Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes qui énonce qu'une politique nationale doit être adoptée et qu'elle inclut des orientations en lien avec l'évaluation et l'accompagnement des personnes proches aidantes qui doivent se déployer en concertation et en partenariat avec les organismes du milieu. Par la suite en avril 2021, a eu lieu l'adoption de la Politique Nationale pour les personnes proches aidantes avec la présentation de l'entente de référencement. À la fin de 2021, le tout se concrétise avec la mise en place de la plateforme Référence aide Québec, comme outil permettant de repérer les personnes proches aidantes et de les orienter vers les ressources appropriées.

Issu d'un partenariat entre le ministère de la Santé et Service sociaux, l'Appui pour les proches aidants ainsi que les Sociétés Alzheimer, la plateforme Référence aide

Québec permet aux professionnels de la santé de référer une personne proche aidante vers l'Appui pour les proches aidants ou bien vers les Sociétés Alzheimer régionales lorsque celle-ci accompagne une personne vivant avec un trouble neurocognitif ou qui est en processus d'évaluation. Le bref formulaire de référence doit être complété en ligne et dans un délai maximal de 10 jours ouvrables un intervenant communique avec la personne référée.

À ce jour, c'est plus de 4000 références que les Sociétés Alzheimer régionales ont reçues afin de répondre aux besoins des proches aidants. Le référencement permet une complémentarité entre les soins offerts par le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les services offerts au sein des Sociétés Alzheimer régionales, soit l'information, le soutien, la formation ainsi que le répit.

Les références proviennent essentiellement des infirmières et des travailleuses sociales travaillant dans les CLSC et tout particulièrement des services du soutien à domicile (SAD) et du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Cependant, de plus en plus de médecins effectuent directement des références et nous observons également une augmentation des références provenant des GMF.

Le diagnostic précoce et le référencement proactif permettent de bien outiller et mieux accompagner la personne vivant avec la maladie et ses proches afin que le parcours avec la maladie soit éclairé.

**Lorsqu'une approche centrée sur la personne est priorisée par chaque individu impliqué dans les soins et les services dont bénéficie la personne vivant avec la maladie, nous sommes en mesure d'établir une collaboration précieuse qui contribue à maintenir une qualité de vie, mais également reconnaître l'importance de la personne au-delà de la maladie.**

Si vous désirez en apprendre davantage sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, le site Web de la Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer ([Alzheimer.ca/federationquebecoise](http://Alzheimer.ca/federationquebecoise)) ainsi que celui de la Société Alzheimer du Canada ([Alzheimer.ca](http://Alzheimer.ca)) contiennent plusieurs ressources, tant pour la personne vivant avec la maladie, ses proches ainsi que les professionnels de la santé.

## Références

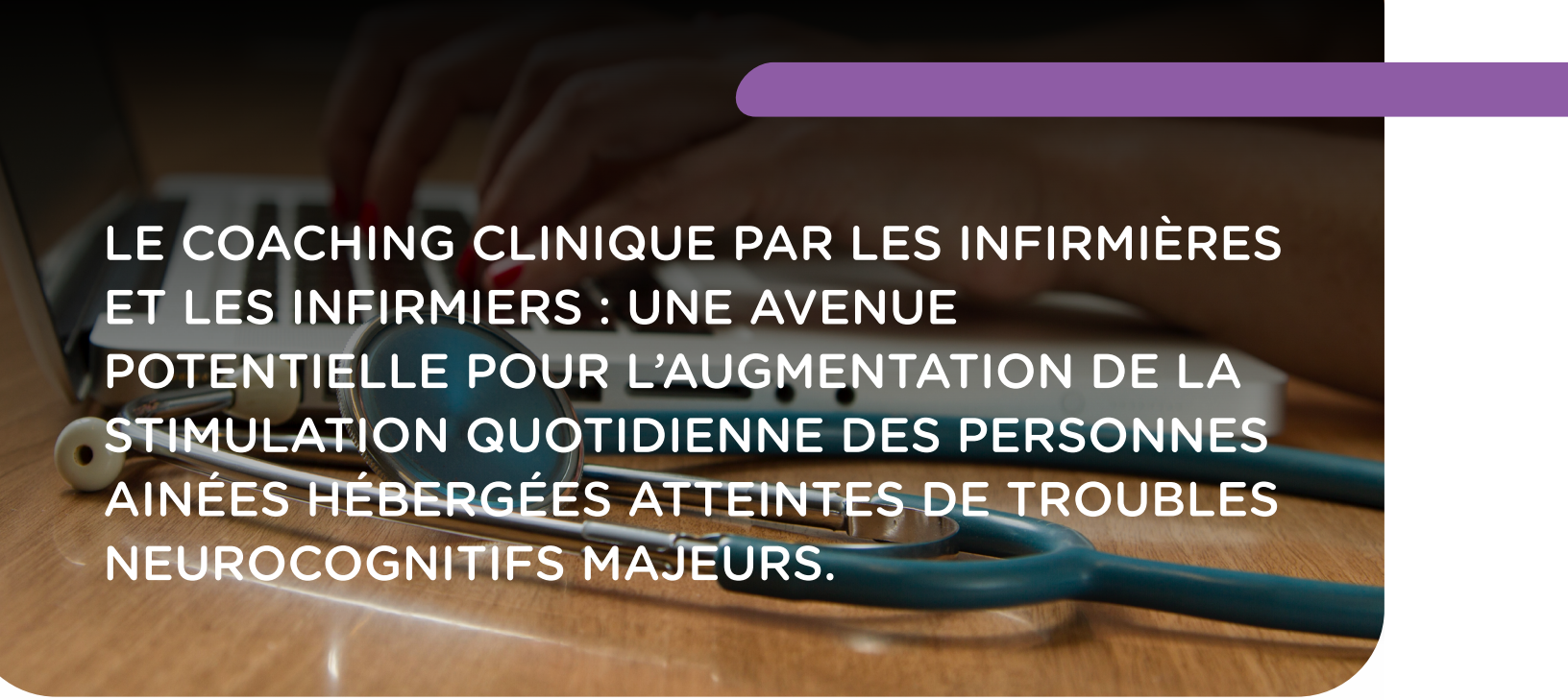
1. Appui - proches aidants. (2022). *Enquête statistique sur la proche aidance au Québec en 2022*. [https://www.lappui.org/documents/142/Appui\\_Enquete-Proche-Aidant-2022.pdf](https://www.lappui.org/documents/142/Appui_Enquete-Proche-Aidant-2022.pdf)
2. Société Alzheimer du Canada. (2022). *L'Étude marquante : Les troubles neurocognitifs au Canada : Quelles directions à l'avenir?* [https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Etude-Marquante-rapport-1\\_Societe-Alzheimer-Canada.pdf](https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Etude-Marquante-rapport-1_Societe-Alzheimer-Canada.pdf)
3. Société Alzheimer du Canada. (s.d.). *10 avantages du diagnostic précoce*. <https://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs/suis-je-atteint-dun-trouble-neurocognitif/comment-obtenir-un-0>

## Auteure



**MARIE-CHRISTINE LATERREUR,  
CONSEILLÈRE AU RÉFÉRENCIEMENT,  
FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES  
SOCIÉTÉS ALZHEIMER**

Marie-Christine Laterreur est conseillère au référencement à la Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer. Après plus de 12 ans dans le domaine des assurances collectives en gestion d'invalidité, Marie-Christine a effectué un changement de domaine et a occupé divers postes au sein d'un GMF-R de la région de Montréal. Les années passées au GMF-R lui ont permis de se familiariser avec la réalité des professionnels de la santé et également avec les besoins des patients. Diplômée universitaire en sociologie et études ethniques, Marie-Christine a toujours eu à cœur la valeur humaine et a la conviction que chaque individu et ses différences nous permettent d'avancer en tant que société. Elle souhaite contribuer plus concrètement à faire une différence dans le quotidien des personnes vivant avec un trouble neurocognitif et leurs proches en œuvrant au sein de la Fédération.



# LE COACHING CLINIQUE PAR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS : UNE AVENUE POTENTIELLE POUR L'AUGMENTATION DE LA STIMULATION QUOTIDIENNE DES PERSONNES AÎNÉES HÉBERGÉES ATTEINTES DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS.

STÉPHANE BOUFFARD, INF., M. SC. INF. ET PHILIPPE VOYER, INF., PH.D.

Le manque de stimulation est une problématique importante dans les différents milieux d'hébergement. Une perte significative de l'autonomie fonctionnelle et cognitive agissant sur la qualité de vie est une conséquence reliée à ce problème pouvant affecter le bien-être des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). Le but de cette recherche consistait à explorer l'impact d'un coaching clinique auprès des intervenants sur la fréquence de la stimulation verbale et physique dans les activités de la vie domestique (AVD) auprès de résidents hébergés atteints de TNCM. Au total 17 intervenants ont été recrutés ainsi que 14 résidents. Les résultats obtenus n'ont pas permis de démontrer un effet statistiquement significatif sur la fréquence des stimulations des AVD ( $p = 0.1561$ ). Cependant, une analyse de sensibilité a pu démontrer une tendance nette à la hausse du nombre de stimulations. En effet, la fréquence de stimulation est passée de 28 en prétest à 69 en posttest.

**Mots clés :** Personnes âgées hébergées, Troubles neurocognitifs majeurs, Stimulation, Activités de la vie domestique, Coaching clinique

---

## LA STIMULATION DANS LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT

### Ampleur du problème

Au Québec, la prévalence des troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) pose un défi de taille pour le système de santé. En effet, il est estimé qu'en 2030, 180 000 Québécois pourraient en être atteints (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). D'ici 2050, il est prévu qu'un nombre de 1,7 million de Canadiens pourrait vivre avec un TNCM (Société Alzheimer Canada, 2022). À la lumière de ces données, il est plus que probable que le nombre de personnes en perte d'autonomie physique et cognitive ayant besoin de vivre en milieu d'hébergement augmentera.

Les centres d'hébergement sont parfois décrits comme étant des endroits peu stimulants où le temps passé à faire des activités représente moins d'une heure quotidiennement (Smith et al., 2017). En effet, à peine 18 % d'entre eux prendraient part à leurs activités de la

vie quotidienne (AVQ) et 27 % à des activités de loisirs (Edvardsson et al., 2014). La réalité des routines de soins programmées sur 24 heures amène à une prestation de soins rigide axée sur la tâche en accordant plus d'importance à la santé physique qu'aux besoins psychologiques des personnes (Smith et al., 2017). Le manque de connaissance du personnel soignant, notamment sur l'évolution de la maladie et sur l'autonomie, amène à croire à tort que les personnes âgées atteintes de TNCM ne sont pas en mesure de participer à leurs soins et services (Suzuki et al., 2019). Par conséquent, le personnel soignant prend presque totalement en charge la réalisation des soins et des services au lieu de stimuler les capacités de l'ainé (Suzuki et al., 2019). Les conséquences de cette sous-stimulation peuvent se présenter à différents niveaux. En effet, cette prise en charge, quasi totale, peut entraîner des répercussions réelles, notamment une perte excessive de l'autonomie fonctionnelle, une sédentarité, une baisse de la qualité de vie et de l'ennui (Taylor et al., 2014). Un environnement ennuyant et absent d'interaction sociale affecte la qualité de vie et l'autonomie fonctionnelle dans

la satisfaction des besoins des personnes hébergées (Moyle et al., 2015). En plus d'avoir un impact sur les capacités physiques, une absence de stimulation cognitive peut amener à leur déclin prématuré (Cheng et al., 2014) et affecter l'humeur en provoquant de la dépression, de l'anxiété et de l'apathie (Chandler et al., 2016). La fluidité verbale et la cognition générale peuvent également être touchées (Bahar-Fuchs et al., 2019). Pour pallier ces conséquences, il existe des milieux adaptés permettant à certains résidents âgés de vivre dans un endroit stimulant et mieux adapté à leur profil.

Plusieurs modèles à l'international, et ici au Québec, ont adopté des approches prônant une stimulation au quotidien. Ces modèles cherchent à maximiser la qualité de vie dans un environnement physique et social permettant de la stimulation physique et cognitive tout au long de la journée (Jenkins et Smythe., 2013; Kane et al., 2017). Dans ces milieux, la vie se déroule comme si la personne vivait encore chez elle. Son rythme et son mode de vie sont respectés. De plus, le taux d'activité d'occupation quotidienne y est nettement plus élevé (Jenkins et Smythe, 2013). Ces modèles, mettant de l'avant une stimulation de certaines AVD, favoriseraient un retardement dans la perte d'autonomie (Kane et al., 2007). De plus, des résidents âgés vivant dans ces milieux de vie affirment avoir plus d'intimité, d'autonomie, de dignité, d'activités significatives, de plaisir à manger, de relation et de soins personnalisés. Enfin, une approche orientée dans la participation aux AVD quotidiennes amènerait les soignants à se concentrer sur les capacités des personnes plutôt que sur leurs pertes et permettrait ainsi à ceux-ci de se sentir utiles tout au long de la journée (Maison Carpe Diem, 2021).

Une sensibilisation à l'importance de la stimulation et l'intégration des personnes dans leurs activités amènent une plus grande participation de ces derniers (Smith et al., 2017). Des études ont permis de démontrer que de la formation jumelée à du coaching clinique pourrait être une avenue à considérer afin d'assurer une stimulation optimale auprès des personnes âgées hébergées et ainsi, améliorer leur qualité de vie. En effet, on peut y voir une meilleure relation avec les intervenants, une image plus positive de soi, un sentiment de se sentir comme chez soi (Henskens et al., 2018), un impact positif notamment, sur l'autonomie fonctionnelle, les fonctions cognitives et l'attention et la concentration (Ávila et al., 2018). De plus, une diminution significative du nombre de médicaments, une diminution des chutes, une diminution des incidents/accidents et une augmentation de la mobilité peuvent aussi être observées (Morin et al., 2020a, 2020b).

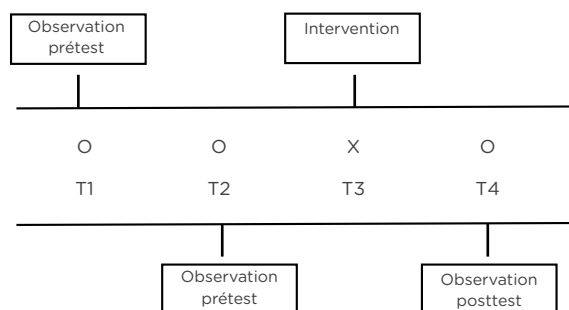
## LE BUT DE CE PROJET DE MAÎTRISE

Le but de ce projet de maîtrise était d'explorer l'impact d'un programme de coaching clinique sur la fréquence de la stimulation verbale et physique réalisée par les intervenants auprès des résidents hébergés atteints de TNCM, et ce, lors de AVD.

## MÉTHODOLOGIE

Un devis quasi expérimental de conception avant-après a été utilisé pour ce projet de recherche.

**Figure 1 - Devis quasi expérimental avant-après à groupe unique inspiré de Fortin et Gagnon (2022).**



Les observations en prétest (T1 et T2) consistaient à visionner les enregistrements vidéo et audio des espaces communs (salle à manger, salon et salle d'activité). Ces deux visionnements ont été faits dans l'intervalle d'un mois avant l'intervention de coaching clinique (T3) afin d'établir des mesures de base valides. Les mêmes conditions de recherche ont été respectées pour ces deux observations, permettant ainsi d'assurer une stabilité temporelle de la grille d'observation clinique. Avant le début de l'intervention, chacun des intervenants devait suivre une courte formation incluant notamment les caractéristiques d'une stimulation verbale et physique et les principes de communication de base à utiliser lors d'interaction avec une personne âgée atteinte de TNCM. Cette formation avait pour objectifs de défaire les préjugés négatifs quant aux capacités des personnes atteintes de TNCM, de se concentrer sur les capacités résiduelles des résidents-participants, et non sur leurs pertes, et de donner un sens à ce qu'ils font en stimulant. Un minimum de deux interventions de coaching clinique a été fait par le chercheur auprès de chacun des intervenants-participants. Différentes stratégies (principe de modèle de rôle, de la supervision clinique et de la rétroaction positive) ont été appliquées lors de ces moments afin de bien les diriger lors des stimulations verbales et physiques. Des bilans



ont aussi été faits au cours de la journée. Ces moments ont permis de discuter, individuellement ou en groupe, des principes de stimulation et des difficultés rencontrées lors de la stimulation. Au moment des bilans, le chercheur faisait du renforcement positif auprès des intervenants-participants tout en abordant de façon générale les éléments à améliorer. Finalement, les observations en T4 ont été faites six semaines suivant le T3. Pour ces dernières, le visionnement a été réalisé en temps réel.

## INSTRUMENT DE MESURE

La grille d'observation clinique a été élaborée par le chercheur à partir des AVD énumérées dans l'outil Iso-SMAF. Cette dernière a permis de réaliser une collecte objective en déterminant la fréquence d'initiatives de stimulation verbale et physique. Cette même grille a été utilisée pour toutes les observations des enregistrements vidéo et audio faits avant et après l'intervention de coaching clinique. Les AVD incluses dans la grille sont : participer au rangement lors d'une livraison, participer à la préparation et au service des repas, préparer une collation, mettre et débarrasser la table, laver la vaisselle à la main, remplir et vider le lave-vaisselle, passer le balai, faire l'époussetage, plier le linge et faire un appel téléphonique.

## ÉCHANTILLONS

Le recrutement des résidents s'est fait dans une maisonnée de 15 personnes de la résidence privée pour aînés (RPA) Humanitæ de la région de la Capitale-Nationale. Sur ce nombre, 14 ont accepté de participer au projet de recherche. Ces derniers devaient répondre aux critères suivants pour participer à l'étude. Tout d'abord, ces derniers devaient avoir un diagnostic de TNCM, de troubles cognitifs ou de troubles de la mémoire inscrit au dossier médical. Aucun type de TNCM (Alzheimer, corps de Lewy, vasculaire, fronto-temporal, mixte et non précisé) n'était exclu. Enfin, chacun d'entre eux devait vivre au sein de la maisonnée choisie. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

Pour ce qui est du recrutement des intervenants, il s'est fait en deux temps. Au total, 17 ont été recrutés. Dans un souci d'évaluer la stabilité de l'échantillon et dans un souci de validité, les deux groupes ont été comparés. Chacun des intervenants pouvait faire partie des membres du personnel assignés quotidiennement à la maisonnée, des membres assignés à d'autres maisonnées ou provenant d'organisations externes, comme des agences de placement. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

## RÉSULTATS

L'âge moyen des résidents-participants était de 84 ans

et 57 % étaient des femmes. La maladie d'Alzheimer représentait une proportion de 71 %. La moyenne des résultats du MEEM-Folstein était de 11/30. Concernant l'autonomie fonctionnelle basée sur le profil Iso-SMAF, 9 résidents-participants avaient un résultat de 7, 3 un résultat de 8, 1 avait un résultat de 10 et 1 avait un résultat de 11. À propos du stade de la maladie sur l'échelle de Reisberg, 71 % étaient au stade 5 et 19 % étaient au stade 6. Enfin, 64 % avaient une prescription ou plus d'antipsychotique, de benzodiazépine et d'antidépresseur dans leur profil pharmacologique.

Tableau 1 - Analyse descriptive des résidents-participants

Caractéristiques sociodémographiques [Données manquantes]	Variables	Descriptif (n :14)
Âge	M (ÉT)	84 (7.09)
Genre	Féminin	8 (57 %)
Type de TNCM	Alzheimer Corps Lewy Non déterminé	10 (71 %) 2 (14 %) 2 (14 %)
Stade de Reisberg Étendue théorique (1 à 7)	Stade 5 Stade 6	10 (71 %) 4 (29 %)
MEEM-Folstein [6] Étendue théorique (0 à 30)	M (ÉT)	11 (7.29)
Profil Iso-SMAF Étendue théorique (1 à 14)	Profil 7 Profil 8 Profil 10 Profil 11	9 (64 %) 3 (21 %) 1 (7 %) 1 (7 %)
Médicaments consommés	Antipsychotique Benzodiazépine Antidépresseur	3 (21 %) 2 (14 %) 6 (43 %)

Note. M : moyenne, (ÉT) : écart type

Sur les 17 intervenants recrutés, l'âge moyen se situait entre 31 et 33 ans. La majorité était des femmes (n = 13) et des préposés aux résidents (n = 14) assignés à la maisonnée

Les visionnements en T1, T2 et T4 consistaient à visionner les trois repas (déjeuner, dîner et souper) et une période de 30 minutes entre les repas d'une même journée. Toutes les simulations verbales et physiques ont été répertoriées uniquement par le chercheur dans la grille d'observation. Des analyses descriptives simples et une analyse de sensibilité ont été réalisées afin de déterminer l'impact de l'intervention sur le nombre de stimulations physiques et verbales dans les AVD.

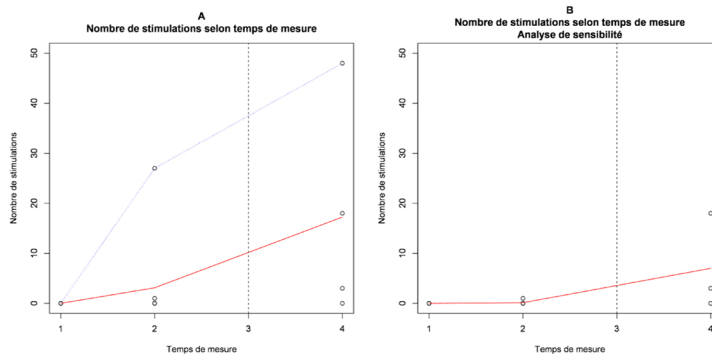
**Tableau 2 - Nombre total de stimulations réalisées à chaque temps par catégories**

	Temps		
	T1 (n =7)	T2(n =7)	T4 (n = 4)
	Nb stimulations		
<b>Activité repas (pré et post repas)</b>			
Verbale	0	25	38
Physique	0	2	13
<b>Tâches ménagères (rattachées aux repas)</b>			
Verbale	0	0	7
Physique	0	1	5
<b>Tâches ménagères (entre les repas)</b>			
Verbale	0	0	2
Physique	0	0	2
<b>Communication et loisirs</b>			
Verbale	0	0	1
Physique	0	0	1
<b>Total</b>	0	28	69

Le tableau ci-dessus présente l'analyse descriptive simple présentant le nombre total de stimulations réalisées à chaque temps par catégories. Un nombre de 25 stimulations verbales et 2 stimulations physiques ont été

observées en T1 et T2 comparativement à 48 stimulations verbales et 21 stimulations physiques en T4. Il est également intéressant de mentionner une tendance à la hausse pour la catégorie des tâches rattachées à l'activité repas. Pour les autres catégories, l'augmentation est moins marquée. Effectivement, aucune stimulation n'a été observée en T1 et T2 comparativement à sept stimulations verbales et cinq stimulations physiques en T4. Pour la catégorie des tâches ménagères entre les repas, aucune stimulation n'a été faite en T1 et T2 comparativement à deux stimulations verbales et deux stimulations physiques en T4. Finalement, pour la catégorie communications et loisirs, aucune stimulation n'a été faite en T1 et T2 comparativement à une stimulation verbale et une stimulation physique en T4. Au total, 28 stimulations ont été faites en T1 et T2 et 69 en T4. Ces données démontrent une augmentation pour toutes les catégories de stimulations verbales et une augmentation pour une majorité des stimulations physiques et verbales.

**Figure 2 - Comparaison entre l'analyse principale et l'analyse de sensibilité**



Lors de l'analyse, il a été remarqué qu'un intervenant avait influencé de façon très importante les résultats étant donné son nombre plus grand de stimulations en prétest et en posttest. Le tableau ci-dessus présente une analyse de sensibilité, excluant cet intervenant, faite afin de la comparer à l'analyse descriptive simple. Dans le graphique A, la ligne pointillée bleue représente l'intervenant-participant ayant fait un plus grand nombre de stimulations et la ligne rouge indique celles faites par les autres intervenants-participants. Le graphique B représente l'analyse de sensibilité excluant l'intervenant ayant fait un plus grand nombre de stimulations.

## DISCUSSION

Le programme de coaching clinique combiné à de la formation a eu un impact positif sur la fréquence de la stimulation verbale et physique lors des AVD. À la connaissance de l'auteur, il n'est pas possible de comparer les résultats obtenus dans ce projet de recherche à aucune autre recherche portant sur le même sujet. Cependant, des liens peuvent être faits avec certaines études qui ont aussi tenté d'augmenter la stimulation au quotidien. Une première étude est l'essai contrôlé randomisé de Henskens et al. (2018). Elle avait pour but d'amener le personnel infirmier à stimuler les résidents selon leurs capacités résiduelles et leurs intérêts afin d'en voir l'impact sur leurs capacités dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), les AVD ainsi que sur leur qualité de vie. Les résultats ont pu démontrer un impact positif sur la qualité de vie globale et une tendance à la hausse dans le maintien des capacités des résidents. En effet, des résultats significatifs statistiquement ont été observés dans la relation avec les soignants ( $p = 0,004$ ), sur l'image positive de soi ( $p = 0,002$ ) et sur le sentiment de se sentir comme chez soi ( $p = 0,001$ ). De plus, bien qu'il ne soit pas statistiquement significatif, les chercheurs ont pu observer un maintien des capacités dans le groupe expérimental. Enfin, 76 % du temps, le personnel infirmier ne prenait plus en charge les tâches quotidiennes que les résidents étaient en mesure de faire.

Il est également possible de faire des liens avec l'étude états-unienne de Chang et al. (2013). Les chercheurs ont tenté de démontrer l'efficacité de la mise en place d'une approche centrée sur la personne dans les unités de soins de longue durée en combinant un environnement physique « comme à la maison » à de la formation sur l'autonomie physique et la santé psychologique des résidents. Dans cette étude, le personnel a été formé selon l'approche « Eden Alternative ». Cette approche donne la possibilité de faire des activités significatives et de se concentrer notamment sur des problématiques en soins de longue durée comme l'ennui, la solitude et le sentiment d'impuissance dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie (Hinman et Heyl, 2001). Les résultats cliniques ont démontré une amélioration dans la capacité des résidents à s'alimenter ( $P = 0.01$ ), une baisse de la somnolence diurne en matinée ( $P = 0.04$ ) et une baisse de l'utilisation de contentions ( $P = 0.02$ ). De plus, les résidents ont vu une amélioration dans leur capacité de rappel ( $P = 0.03$ ), une diminution de la somnolence en après-midi ( $P = 0.03$ ), une baisse de la fréquence des plaies de pression de stade 4 ( $P = 0,02$ ), une diminution de l'utilisation des contentions ( $P = 0,00$ ) et finalement, une baisse de l'utilisation d'ordonnances médicales ( $P = 0,02$ ). En plus de ces derniers résultats, des résultats, non statistiquement significatifs, ont pu démontrer

une meilleure performance des résidents de l'unité expérimentale lors de la mobilisation, de l'habillage, l'utilisation des toilettes, de l'hygiène personnelle et de l'équilibre comparé à l'unité traditionnelle. Enfin, les chercheurs ont observé des améliorations au niveau de l'humeur, des symptômes comportementaux, de la fréquence de la douleur, des chutes et de l'utilisation de certains médicaments chez ces résidents.

## FORCES

Le caractère innovateur de cette étude, la grille d'observation clinique élaborée, l'évaluation de l'autonomie des résidents permettant de respecter les capacités des résidents, l'environnement physique optimal de la maisonnée, la standardisation du programme de coaching clinique ainsi que l'expérience de l'auteur dans le coaching clinique et l'interaction avec les intervenants représentent les forces de ce projet de recherche.

## LIMITES

Une première limite méthodologique est sans contredit le devis utilisé. En effet, un devis quasi expérimental de conception avant-après à groupe unique ne permet pas d'établir une relation de cause à effet de façon rigoureuse dans l'interprétation des résultats. La taille de l'échantillon des intervenants ( $n = 17$ ) ne permet pas une représentation de la population générale travaillant en hébergement et affecte ainsi, autant la validité interne que la validité externe. De plus, sa petite taille amène un risque d'erreur de type II. La méthode d'échantillonnage non probabiliste peut avoir créé un biais de sélection et ne permet pas de faire une sélection représentative de la population travaillant en hébergement, ce qui affecte la validité externe. Les conditions expérimentales comme la difficulté à isoler seulement les stimulations lors des observations peuvent avoir agi sur la validité interne. De plus, l'utilisation d'une seule méthode de cueillette de données peut créer un biais, ce qui porte atteinte à la fidélité des données et nuit conséquemment à la généralisation des résultats. Enfin, considérant que seul l'auteur ait recensé les stimulations, il est possible que cela ait conduit à un biais d'observateur affectant la validité interne.

## CONCLUSION

En conclusion, du point de vue statistique, bien que ce projet de recherche ne soit pas parvenu à détecter les impacts sur les variables identifiées, les résultats démontrent tout de même une tendance à la hausse dans les stimulations verbales et physiques dans les AVD. Donc, en s'appuyant sur cette tendance, **il est possible de dire que le programme de coaching clinique semble avoir un effet positif sur la fréquence de la stimulation par les**

intervenants auprès des résidents hébergés atteints de TNCM. Ce projet de recherche participe à l'avancement et au développement des connaissances scientifiques infirmières. De plus, il contribue à l'amélioration de la pratique en hébergement.

## Auteurs



**STÉPHANE BOUFFARD (IL, LUI),  
INF., M. SC. INF. CONSEILLER AUX  
SERVICES D'HÉBERGEMENT ET DE  
SOINS DE LONGUE DURÉE, DIRECTION  
DES SERVICES RÉSIDENTIELS ET  
D'HÉBERGEMENT, MINISTÈRE DE LA  
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.**

Stéphane Bouffard est infirmier spécialisé dans les soins aux aînés en perte d'autonomie. Il détient une maîtrise en sciences infirmières. Présentement, il travaille au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à titre de conseiller aux services d'hébergement et de soins de longue durée. Il est aussi conseiller clinique pour le projet maison des aînés. Dans le passé, il a travaillé notamment au « Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) » en tant que conseiller en soins infirmiers, à l'équipe gériatrique ambulatoire, à la clinique de la mémoire et à l'unité de jour en évaluation gériatrique à l'hôpital du Saint-Sacrement de Québec. Son objectif professionnel est d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant en hébergement de longue durée.»



**PHILIPPE VOYER, INF., PH.D. VICE-  
DOYEN AUX ÉTUDES DE 1ER CYCLE  
ET À LA FORMATION CONTINUE.  
PROFESSEUR TITULAIRE FACULTÉ DES  
SCIENCES INFIRMIÈRES, UNIVERSITÉ  
LAVAL.**

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

Pavillon Ferdinand-Vandry, bureau 3408  
Québec (Québec) CANADA G1V 0A6  
Téléphone : 418-656-2131 #408799  
Télécopieur : 418-656-7747  
Courriel : [Philippe.Voyer@fsi.ulaval.ca](mailto:Philippe.Voyer@fsi.ulaval.ca)

## Références

1. Ávila, A., De-Rosende-Celeiro, I., Torres, G., Vizcaino, M., Peralbo, M. et Durán, M. (2018). Promoting functional independence in people with Alzheimer's disease: Outcomes of a home-based occupational therapy intervention in Spain. *Health & Social Care in the Community*, 26(5), 734-743. <https://doi.org/10.1111/hsc.12594>
2. Bahar-Fuchs, A., Martyr, A., Goh, A. M., Sabates, J. et Clare, L. (2019). Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 3, CD013069. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013069.pub2>
3. Chandler, M. J., Parks, A. C., Marsiske, M., Rotblatt, L. J. et Smith, G. E. (2016). Everyday Impact of Cognitive Interventions in Mild Cognitive Impairment: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology Review*, 26(3), 225-251. <https://access.bibl.ulaval.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=27632385&lang=fr&site=ehost-live>
4. Chang, Y.-P., Li, J. et Porock, D. (2013). The effect on nursing home resident outcomes of creating a household within a traditional structure. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(4), 293-299. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.013>
5. Cheng, S.-T., Chow, P. K., Song, Y.-Q., Yu, E. C. S., Chan, A. C. M., Lee, T. M. C. et Lam, J. H. M. (2014). Mental and physical activities delay cognitive decline in older persons with dementia. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry: Official Journal Of The American Association For Geriatric Psychiatry*, 22(1), 63-74. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.060>
6. Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M. et Sandman, P.-O. (2014). Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person-centredness and quality of life. *International Journal of Older People Nursing*, 9(4), 269-276. <https://doi.org/10.1111/opn.12030>
7. Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). Les devis de recherche expérimentaux et quasi expérimentaux. Dans M.-F. Fortin & J. Gagnon (Éds.), *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e éd., pp. 188-209). Chenelière éducation.
8. Henskens, M., Nauta, I. M., Drost, K. T. et Scherder, E. J. (2018). The effects of movement stimulation on activities of daily living performance and quality of life in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 805-817. <https://doi.org/10.2147/CIA.S160031>
9. Hinman, M. R. et Heyl, D. M. (2001). Influence of the EDEN ALTERNATIVE on the functional status of nursing home residents. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 20(2), 1-20. [https://doi.org/10.1080/j148v20n02\\_01](https://doi.org/10.1080/j148v20n02_01)
10. Jenkins, C. et Smythe, A. (2013). Reflections on a visit to a dementia care village. *Nursing Older People*, 25(6), 14-19. <https://access.bibl.ulaval.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=23901456&lang=fr&site=ehost-live>
11. Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B. et Yu, T. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial green house program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 832-839. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x>
12. Maison Carpe Diem. (2021). Centre de ressources Alzheimer. <https://>

# Explorez la gériatrie avec des ouvrages adaptés à la réalité des infirmières!



Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie  
3<sup>e</sup> édition

L'examen clinique de l'aîné | 2<sup>e</sup> édition



Précis pratique de gériatrie  
Arcand-Hébert  
4<sup>e</sup> édition

Pour plus d'information, visitez : [erpi.com](http://erpi.com)

Pour plus d'information, visitez : [somabec.com](http://somabec.com)

Découvrez des ouvrages accessibles et complets, pour mieux accompagner nos aînés. Retrouvez des contenus riches qui :

- ▶ tiennent compte des progrès en médecine, des nouvelles pratiques et des **enjeux réels en gériatrie** ;
- ▶ visent à améliorer la compréhension de la réalité des personnes âgées en fournissant des **soins plus humains** et pertinents afin de répondre à leurs **besoins spécifiques** ;
- ▶ offre une **consultation simple et intuitive** aux intervenants d'aujourd'hui et de demain œuvrant auprès des personnes âgées afin de soutenir leur pratique professionnelle.

Somabec  
DIFFUSEUR & DISTRIBUTEUR

ERPI

## JOURNÉE THÉMATIQUE

### + Formation :

« *Les troubles neurocognitifs majeurs : du comportement au consentement, clarifions les enjeux, relevons les défis !* »

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

L'AQIG organise une Journée thématique le **1er mai 2024, de 8 h à 16 h 30**, en mode hybride au Centre de recherche du CHUM, avec une formation accréditée sur les troubles neurocognitifs majeurs.

#### ANIMATEUR ET FORMATEUR



##### PHILIPPE VOYER, INF., PH.D

Philippe Voyer, professeur à l'Université Laval et Vice-doyen, est reconnu pour ses contributions en sciences infirmières, y compris la création de l'outil RADAR pour détecter le delirium, disponible en 7 langues. Il a reçu le Prix du ministre de l'Éducation pour ses livres influents, a conseillé le ministère des Aînés pour les Maisons des aînés, et a participé à des projets innovants pour le bien-être des résidents en soins de longue durée. Plus d'infos sur son site. Il sera également l'animateur de la journée thématique organisée par l'AQIG.

#### FORMATEUR



##### PIERRE-LUC DÉRY, INF., M. SC. INF.

Pierre-Luc Déry, infirmier clinicien au CISSSBSL et passionné des soins aux personnes âgées, a une expérience variée dans le secteur de la santé depuis 2007, incluant des rôles de PAB, chef d'unités, et enseignant en santé. Il occupe des postes clés tels que président de l'AQIG et membre de divers comités, démontrant son expertise clinique et sa polyvalence dans le réseau de la santé.

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

Depuis 1984

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.

Pour plus de détails, rendez-vous sur notre site Internet [www.aqig.org](http://www.aqig.org)

## 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 \$

### DEVENIR MEMBRE

+ **Adhésion régulière** : détenir un permis en règle de l'OIIQ ou avoir été infirmière et être maintenant à la retraite ou étudier en soins infirmiers/ sciences infirmières.

+ **Adhésion corporative** : être une organisation, une association ou une entreprise dans le domaine des soins et des services de la santé



# RECOMMANDATIONS SUR LES MEILLEURES PRATIQUES DE SOINS QUANT À LA GESTION DES CATHÉTERS URINAIRES EN CHSLD

**BERNADINE JERLIN, INF M.SC. ET DIDIER MAILHOT-BISSON, INF PH.D.**

Plusieurs études abordent la problématique des infections urinaires reliées aux cathéters urinaires et la gestion des cathéters. Or, peu d'écrits explorent ce phénomène en contexte de centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Pourtant, les infections urinaires reliées aux cathéters sont considérées comme inévitables et génèrent des coûts importants aux organisations de santé, des inconforts pour la personne âgée, ainsi qu'une surcharge de travail pour le personnel de soins. Une recherche documentaire a été réalisée en lien avec ce problème. Un stage de pratique infirmière avancée d'un mois a ensuite été effectué dans un CHSLD du Québec. Une première étape de ce stage consistait à observer la pratique de soins. Les observations réalisées ont permis, dans une deuxième étape, d'émettre des recommandations issues des connaissances tirées de la recherche dans les écrits. Nous croyons que l'acquisition de meilleures connaissances favorisera l'adoption de meilleures stratégies non seulement pour mieux gérer les infections chez les résidents porteurs de cathéter urinaire, mais aussi les prévenir. Cette démarche est l'objet de cet article.

**Mots clés :** Prévention et contrôle des infections, personne âgée, Centre d'hébergement de soins de longue durée, infection urinaire reliée au cathéter, cathéter urinaire.

## INTRODUCTION

La condition de santé des personnes âgées de 65 ans et plus nécessite souvent l'installation d'un cathéter pour diverses raisons. Dans certains cas, l'usage du cathéter urinaire constitue un moyen pour gérer le drainage de la vessie chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs, d'incontinence urinaire et en perte d'autonomie importante. Parfois, le cathéter urinaire est aussi utilisé pour accommoder le personnel de soins (Bernard et al., 2012; Gould et al., 2017), malgré qu'il ne soit pas pleinement justifié. Cette situation peut survenir en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Le port de cathéters urinaires accroît le risque d'infections urinaires (IUAC) (Gould et al., 2017; Moody et al., 2017). En fait, peu importe la raison de la mise en place de celui-ci, l'évaluation de la pertinence de son installation continue est souvent négligée et le cathéter reste en place sans indication appropriée. Une durée indûment prolongée du cathéter chez le résident peut être due à une mauvaise

compréhension de la nécessité ou de la pertinence du cathéter par le personnel de soins, ou par un manque de précision dans la prescription médicale concernant un éventuel retrait de celui-ci. Cela a pour conséquence d'augmenter le risque d'infection urinaire à répétition chez cette clientèle (Bernard et al., 2012; Gould et al., 2017). Ainsi, il est important de réévaluer la pertinence du cathéter durant le séjour du résident, afin d'éviter de le garder en place inutilement. De plus, la formation du personnel soignant sur la gestion du cathéter urinaire et des IUAC en CHSLD peut faire partie des solutions pour enrayer ce problème (Jain et al., 2015).

## AMPLEUR ET PERTINENCE DU PROBLÈME

Les bactéries apparaissent dans l'urine 24 à 48 heures suivant l'insertion d'un cathéter urinaire. Le risque de développer des IUAC augmente aussi longtemps que le cathéter est en place (Gould, 2015). On parle d'IUAC quand un patient développe une infection des voies urinaires (IVU) avec un cathéter urinaire à demeure en place ou

dans les 48 heures suivant son retrait. Un cathéter urinaire en place plus de six jours augmente le risque d'IUAC de près de sept fois. Au jour 30, le risque est presque de 100 %. On peut donc comprendre que le principal facteur de risque de développer une IU est d'avoir un cathéter in situ (Gould, 2015). Il est important de souligner que, chez le résident en CHSLD, les infections urinaires reliées au cathéter urinaire peuvent être asymptomatiques ou symptomatiques. Cependant, contrairement aux IUAC asymptomatiques, les IUAC symptomatiques constituent la principale cause de bactériémie et de septicémie chez les résidents. Or, les IU symptomatiques peuvent présenter une perturbation de leur état mental et de leur autonomie fonctionnelle. Ces deux signes peuvent être une indication de IUAC chez un résident porteur de cathéter urinaire (Meddings et al., 2017). En présence d'une bactériurie symptomatique, le résident peut aussi présenter une fièvre, laquelle risque d'occasionner une déshydratation. Il peut apparaître une nouvelle douleur ou sensibilité de la région supra pubienne ou de l'angle costo-vertébral (AHRQ, 2017; APIC, 2014; INSPQ, 2014). Toutefois, une évaluation physique globale chez le résident doit être réalisée par l'infirmière afin de vérifier si d'autres problèmes peuvent causer ces perturbations.

Par ailleurs, l'utilisation des antibiotiques pour traiter les IUAC chez les résidents porteurs de cathéter urinaire peut les exposer à des événements négatifs. Notamment, il y a le risque élevé d'effets indésirables des antibiotiques, tels que les nausées, les diarrhées, les douleurs abdominales, les ballonnements et autres. De plus, le risque de contracter d'autres types d'infections tels la levure et le Clostridium difficile ou encore le risque d'avoir une résistance bactérienne est accru (AHRQ, 2017; Royal College of Nursing [RCN], 2019). **Ainsi, il est primordial d'assurer une meilleure gestion des antibiotiques et de faire régulièrement une évaluation physique complète du résident.**

En outre, les IUAC entraînent une augmentation du coût des soins de santé, de la durée du séjour, de morbidité et de mortalité (Meddings et al., 2017). Selon l'Institut national de santé publique du Québec (2015), les coûts liés aux traitements des IUAC atteignent 2 à 10 millions de dollars et de 2566 à 9625 jours-présence. Gould (2015) relate que, sur une période de trois ans, 21 % de toutes les bactériémies dans 61 hôpitaux du Québec étaient de sources urinaires et que 71 % d'entre elles étaient liées à la présence d'un cathéter urinaire. En se basant sur les données recueillies dans le cadre du programme de surveillance des bactériémies panhospitalières, le Comité des infections nosocomiales du Québec (2019) souligne que le taux de bactériémies secondaires liées à des IUAC ou à d'autres instrumentations urinaires est de 54 %. Malgré ces enjeux, très peu d'études se sont penchées sur

la prévention et le contrôle des IUAC en CHSLD (Zurmehly, 2018).

## STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Afin de trouver des pistes de solutions à la problématique étayée ci-dessus, une recherche dans les écrits a été effectuée selon la démarche « pratique fondée sur des preuves » (LoBiondo-Wood et al., 2018; Tracy et al., 2023). La question de recherche clinique en lien avec la problématique clinique en question était la suivante : « Comment intervenir en tant qu'infirmière dans la gestion du cathéter urinaire, et prévenir et contrôler des infections urinaires reliées à celui-ci en CHSLD? ». Le tableau 1 expose la stratégie de recherche documentaire réalisée.

Tableau 1 : Stratégie de recherche documentaire

PICO	Mots-clés français	Mots-clés anglais
<b>Population</b>	Personne âgée OU ainée OU Senior ET Infection urinaire reliée au cathéter ET Autres disciplines OU Autres professions ET Milieux de soins	Elderly* OR Senior OR Older person, OR Older people OR Older adult OR geriatric AND Catheter- associated urinary tract infection OR CAUTI * AND Other disciplines OR Other professions AND Care Setting*
	ET	
<b>Intervention</b>	Intervention* OU Intervention infirmière ET Prévention et contrôle OU Prévention*	Intervention* OR Nursing intervention* AND Prevention and control OR Prevention *



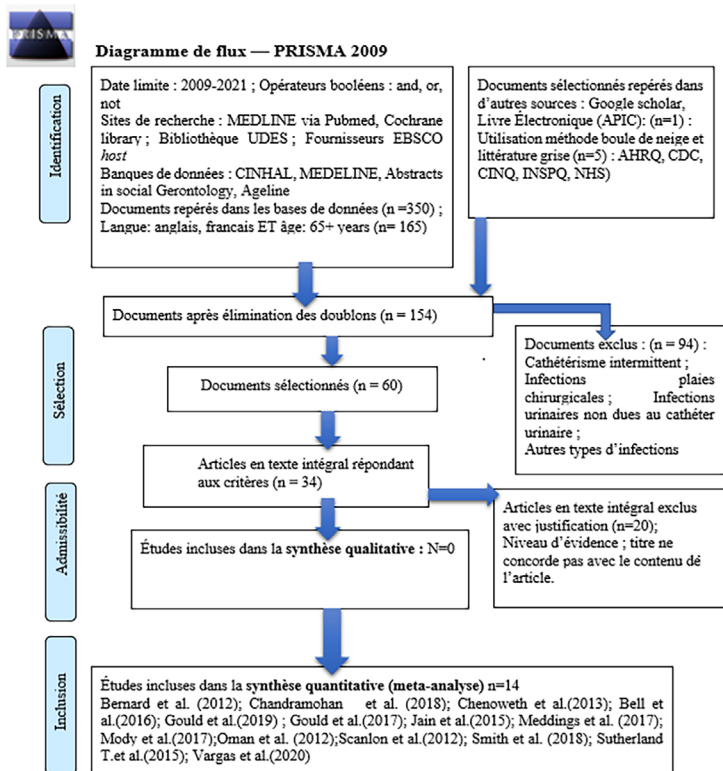
Comparaison	s.o.	
	ET	
Résultats	Taux d'infection urinaire lié au cathéter urinaire	urinary catheter related urinary infection rate

Note. Traduction libre Lobiondo-Wood et al. (2018)

La recherche documentaire a d'abord été réalisée sur MEDLINE, Cochrane Library, CINAHL, Abstracts in Social Gerontology, et AgeLine. La méthode «boule de neige» a été utilisée pour compléter la recherche. Cela a permis de repérer des documents issus de la littérature grise qui abordent la prévention et le contrôle des maladies, ainsi que les infections nosocomiales, en particulier les IUAC.

Les critères d'inclusion étaient que la population visée soit de 65 ans et plus. Les écrits en langue anglaise ou française ont été retenus. Quant aux années de publication, elles ont été limitées de 2009 à 2021. En utilisant le concept «care settings» et excluant les concepts «other profession and other discipline» durant la recherche documentaire, celle-ci a permis de repérer un total de 350 articles. La figure 1 expose un diagramme de Flux de la stratégie documentaire.

Figure 1. Diagramme PRISMA Volet «intervention».

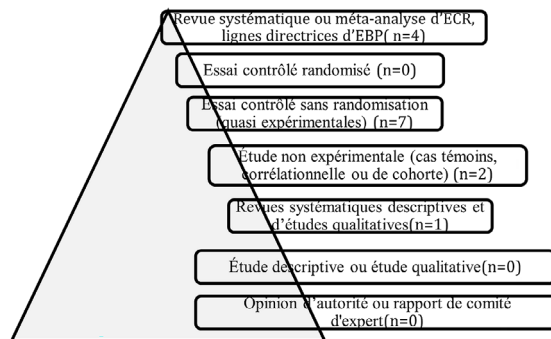


Note. Inspiré de Moher et al. (2009)

## APPLICATION DES RÉSULTATS DANS LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Les écrits recensés ont premièrement été classés selon leur niveau d'évidence (LoBiondo-Wood et al., 2018). (Figure 2). De façon simultanée, il était déterminé, pour chacun des articles, si les recommandations proposées étaient applicables ou faisables dans le contexte qui nous intéresse, soit les CHSLD.

Figure 2. Niveaux d'évidence des résultats.



Note. Traduction libre Lobiondo-Wood et al. (2018)

Les écrits recensés ont permis de mettre en lumière une série de recommandations pour la pratique infirmière en CHSLD. Celles-ci ont pour but ultime de 1) réduire l'utilisation inutile des cathéters urinaires en mettant en place des mesures alternatives et 2) assurer les meilleures pratiques de soins issues des lignes directrices.

Lors de son stage en pratique infirmière avancée, dans la perspective des écrits recensés et face à ses observations terrain, la première auteure a mis en œuvre neuf recommandations afin d'améliorer les soins urinaires des résidents.

### 1) Éviter l'utilisation inutile des antibiotiques dans la gestion d'une bactériurie

Durant la période de pratique clinique, le personnel de soins avait de la difficulté à faire la différence entre une bactériurie asymptomatique et symptomatique des résidents porteurs d'un cathéter urinaire. Il ne prenait pas le temps d'évaluer suffisamment le résident. Ainsi, il est apparu important de former le personnel de soins afin qu'il puisse différencier les deux types de bactériurie, ce qui contribuerait à éviter l'utilisation inutile des antibiotiques.

En faisant une formation autour des moyens préventifs pour contrecarrer les IUAC, le personnel infirmier se sentait mieux outillé pour réaliser une gestion efficace des antibiotiques. Ceux-ci se sentaient plus à l'aise d'en discuter avec le médecin pour les résidents asymptomatiques qui avaient un résultat de culture d'urine positive.

## **2) Éviter d'utiliser des bandelettes urinaires de façon routinière**

Durant la période de pratique clinique, la bandelette urinaire était utilisée chez plusieurs résidents munis de cathéter urinaire. Or, le résultat de l'analyse d'urine issu de la bandelette urinaire démontre toujours la présence de bactéries dans l'urine. Des bactéries sont déjà présentes dans l'urine 24 à 48 h après l'insertion d'un cathéter urinaire sans pour autant causer de maladies (AHRQ, 2017; Gould, 2015). Il ne faut donc pas se fier aux résultats de tests de bandelette urinaire chez un résident porteur d'un cathéter urinaire pour débiter des antibiotiques. Il était donc important de rappeler la nécessité de bien évaluer le résident et de promouvoir une meilleure pratique en ce qui concerne l'utilisation de la bandelette urinaire.

## **3) Avoir une meilleure pratique de soins lors du prélèvement d'urine chez un résident ayant une bactériurie symptomatique ou asymptomatique**

Une mauvaise pratique a été objectivée durant le prélèvement d'urine sur le cathéter déjà en place en vue d'une analyse et d'une culture d'urine pour confirmer une infection urinaire. En fait, l'urine a été prélevée sur un cathéter installé depuis plus de 7 jours. Une meilleure pratique consiste à réaliser le prélèvement sur un nouveau cathéter ou dès que possible entre 48-72 heures suivant le début du traitement antibiotique (National Health Service (NHS) Foundation Trust, 2020; NICE, 2017; NICE, 2018; RCN, 2019).

## **4) Faire une bonne gestion de la douleur et de la déshydratation chez un résident présentant des signes et symptômes de bactériurie**

Pendant la durée de l'activité clinique, un manque d'évaluation d'un inconfort possible en lien avec la déshydratation ou de la douleur a été objectivé chez les résidents qui étaient en IUAC. Aussi, l'attention portée sur l'hydratation s'est avérée insuffisante. Il est donc apparu opportun de mettre en œuvre de meilleures pratiques de soins visant à assurer le bien-être et le confort du résident en présence des IUAC (INSPQ, 2014; Gould, 2015; National Health Service (NHS) Foundation Trust, 2020; NICE, 2018; RCN, 2019). L'importance d'anticiper les problèmes éventuels, comme la fièvre provenant d'une déshydratation ou la douleur, a été rappelée de même que la nécessité d'évaluer minutieusement la condition physique du résident. Le bon usage des analgésiques et une hydratation adéquate du résident, en tenant compte de sa restriction liquidienne le cas échéant, ont fait l'objet de discussion.

## **5) Réévaluer la pertinence d'un cathéter urinaire en place**

## **chez un résident**

Un manque de connaissances sur les indications du cathéter urinaire par le personnel infirmier en CHSLD a été objectivé durant la période de l'activité clinique. Ce manque de connaissance entraînait une utilisation à long terme du cathéter urinaire chez de nombreux résidents. L'infirmière ne pensait pas à reconsidérer la raison initiale de l'utilisation du cathéter chez le résident et la réévaluation de la pertinence de la maintenir (Bell et al., 2016; Chenoweth et al., 2013; Oman et al., 2012). Il a donc été opportun de rappeler les critères d'une bonne gestion du cathéter chez un résident et l'importance d'en réévaluer régulièrement la pertinence (Meddings et al., 2017; Mody et al., 2017). Par ailleurs, de concert avec le médecin, l'infirmière en CHSLD pourrait suggérer d'autres alternatives (exemple : horaire mictionnel, préservatif urinaire, dispositif intra-urétral, auto-cathétérisme, cystostomie, thérapie pharmacologique) au résident ou à son représentant légal (AHRQ, 2017; Gould, 2015; Gould et al., 2019; Gould et al., 2017; INSPQ, 2015; Meddings et al., 2017).

Il est important de disposer d'un endroit précis pour inscrire les informations reliées aux cathéters urinaires (ex. : un ordre d'arrêt ou un rappel de réévaluation) dans le système informatisé que possède le CHSLD (ex. : Sield ou Clinibase etc.). En fait, cela permettrait à l'infirmière d'avoir un signal de rappel et de prendre un moment pour réévaluer la pertinence du cathéter en place et d'en discuter avec le médecin traitant (Bell et al., 2016; Bernard et al., 2012; Sutherland et al., 2015). Tout cela doit se faire dans le but de réduire le temps d'utilisation du cathéter urinaire et de diminuer ainsi le risque d'IUAC chez le résident.

## **6) Respect de la fréquence de changement et des longueurs du cathéter urinaire**

Lors de l'activité clinique, la fréquence de changement du cathéter urinaire chez les résidents était faite à des intervalles très rapprochés. En fait, les infirmières ne se basaient pas sur le type de produit pour fixer les dates de changement de cathéters urinaires. Cette fréquence de changement à des intervalles rapprochés concernait tous les résidents munis de cathéter urinaire. Les meilleures pratiques consistent à changer le cathéter selon le type de produit avec lequel il a été fabriqué (par exemple, le cathéter fabriqué avec du latex ou de latex recouvert de silicone doit être changé aux quatre à six semaines; celui qui est fabriqué avec du silicone doit être changé aux trois mois ou 12 semaines) ou si présence d'infections ou d'occlusion (Gould, 2015; INSPQ, 2015).

Les longueurs de cathéter varient entre les hommes et les

femmes, mais cela n'était pas pris en compte au CHSLD où se réalisait l'activité clinique. En fait, chez les femmes uniquement, les calibres et longueurs recommandés sont un calibre de 12/14 Fr et une longueur de 20 à 26 cm. Pour les hommes, c'est un calibre de 12/14/16 Fr et une longueur standard de 40 à 45 cm. On ne peut en aucun cas utiliser un cathéter femme pour un homme à cause de la longueur de l'urètre de celui-ci qui est plus long que celle de la femme. Cependant, le cathéter utilisé pour l'homme est un cathéter standard qui peut être utilisé chez la femme (AHRQ, 2017; INSPQ, 2014; National Health Service (NHS) Foundation Trust, 2020; Nicole, 2014; RCN, 2019). Concernant les calibres de cathéter, une meilleure pratique de soins serait d'utiliser le plus petit calibre de cathéter autant que faire se peut, afin d'assurer un drainage adéquat de l'urine et un confort chez le résident (National Health Service (NHS) Foundation Trust, 2020). Ces principes ont été présentés au personnel infirmier.

### **7) Adopter une meilleure pratique dans la gestion des sacs collecteurs d'urine (jour-nuit) et assurer un circuit fermé**

Les observations durant l'activité clinique ont démontré que la gestion des sacs collecteurs de jour-nuit et nuit-jour pourrait être améliorée en adoptant de meilleures pratiques de soins telles que 1) éviter de déposer les sacs collecteurs de nuit sur une serviette au sol durant la nuit, et 2) garder le circuit du cathéter urinaire fermé.

Selon les écrits, l'alternance entre les sacs collecteurs de nuit et ceux de jour occasionne un bris du circuit fermé laissant la porte ouverte aux bactéries qui peuvent monter facilement dans la vessie et la coloniser (AHRQ, 2017; APIC, 2014; INSPQ, 2015; National Health Service (NHS) Foundation Trust, 2020; Nicolle, 2014; Spinks, 2013).

Le sac de jour ne devrait être déconnecté que pour les raisons suivantes :

- le temps est venu de changer de cathéter,
- le cathéter est décoloré, endommagé ou obstrué,
- le cathéter dégage une mauvaise odeur,
- il y a présence d'une infection urinaire,
- le système fermé est compromis.

Cependant, lors du coucher la nuit, un sac de nuit peut être connecté au sac de jour afin de faciliter le drainage (AHRQ, 2017; APIC, 2014; INSPQ, 2015; National Health Service (NHS) Foundation Trust, 2020). Il est recommandé aussi de vider le sac collecteur d'urine lorsqu'il est rempli au deux tiers, ce qui favorise le maintien du débit urinaire et prévient le reflux et l'étirement sur le ballon du cathéter (AHRQ, 2017; APIC, 2014; Gould et al., 2019; RCN, 2019). Ces bonnes pratiques ont été discutées avec le personnel

infirmier.

### **8) Augmenter les connaissances et renforcer le leadership infirmier**

La formation à visé mettre à jour les connaissances du personnel de soins et renforcer le leadership infirmier, en lien avec le cathéter urinaire, remontait à plus de deux ans et demi. Donc, des séances de formation sur la réduction de l'utilisation du cathéter, la prise en charge d'un résident avec une IUAC en CHSLD et la bonne gestion des sacs collecteurs d'urine ont été réalisées. Une formation spécifique sur les indications recommandées du cathéter urinaire et la prévention et le contrôle des infections, qui s'adresse plus spécifiquement aux infirmières, s'avérerait nécessaire pour qu'elles soient en mesure de se prononcer sur la nécessité de maintenir ou de retirer le cathéter urinaire en place. Cette formation portait aussi sur l'utilisation des tests d'urine et des antibiotiques pour traiter les IUAC.

Pour la réalisation des formations en lien avec les IUAC pour le personnel de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires), deux types de stratégies issues des études cohorte prospective de Smith et al., 2018 et de Mody et al., 2017 ont été utilisées comme modèle soit : les interventions techniques incluant la gestion des antimicrobiens, et les interventions socioadaptatives. **Les interventions techniques mettaient l'accent sur les compétences professionnelles dans la gestion du cathéter urinaire (méthodes de soin) et la gestion des antibiotiques. Les interventions socioadaptatives ont été plutôt dirigées vers l'amélioration du processus, de la structure et de la pratique de prévention et de contrôle des infections, de sorte à promouvoir une communication efficace au sein de l'équipe et à renforcer le leadership de l'infirmière.** Ces séances de formation sur les soins en lien avec le cathéter urinaire ont permis une meilleure gestion des cathéters urinaire et des IUAC. Ces aspects ont constitué aussi une plus-value dans la mise en œuvre des activités de prévention et de contrôle des infections en lien avec les cathéters urinaires. Selon notre expérience, nous croyons qu'il serait important de planifier des formations plus rapprochées sur la gestion du cathéter urinaire et des IUAC pour toutes les catégories de personnel de soins.

### **9) S'assurer du transfert de l'information**

Lors de l'activité clinique, plusieurs dossiers de résidents munis de cathéter urinaire ne faisaient pas état d'un résumé en lien avec la mise en place de celui-ci (ex. : la mise en place et la raison initiale du cathéter urinaire, la documentation du médecin, les raisons du placement ainsi que sa conformité aux indications, la date du dernier changement de cathéter, la date de la dernière

réévaluation, etc.). Ces informations devraient être toujours mentionnées lors d'un transfert, d'une admission d'un résident de l'hôpital vers un CHSLD ou vice versa. Ceci a été rappelé à l'équipe en place.

## CONCLUSION

Cet article a mis en lumière la problématique clinique et l'ampleur des IUAC. Les enjeux relatifs à la gestion des cathéters urinaires en CHSLD ont aussi été étayés. À la lumière d'un stage d'activité clinique de niveau maîtrise, des stratégies d'amélioration des pratiques ainsi que des recommandations ont été discutées avec les membres de l'équipe de soins. Certaines ont été mises en œuvre durant le stage. Par contre, les changements de pratique n'ont pas été évalués précisément. Nous croyons que le personnel infirmier du milieu concerné est maintenant mieux outillé pour faire une meilleure gestion des cathéters urinaires et des IUAC. **Potentiellement, leurs habiletés en évaluation, leur capacité de juger de la pertinence du cathéter urinaire ou encore par leur leadership de proposer un ordre d'arrêt de celui-ci seront des retombées concrètes de cette démarche.** De plus, le personnel de soins pourra mieux intervenir face aux bactériuries asymptomatiques et celles symptomatiques. Finalement, les infirmières pourront exercer un leadership concret en collaborant avec le médecin pour les cas de sevrage de cathéter urinaire et en faisant la promotion d'autres moyens alternatifs auprès des équipes soignantes et interdisciplinaires.

## Auteurs



### BERNADINE JERLIN, INF M.SC

Infirmière clinicienne depuis 2010, Bernadine Jerlin a travaillé dans différents milieux de soins, plus principalement 10 ans en CHSLD. Elle est détentrice d'un microprogramme de 2e cycle en prévention et contrôle des infections et aussi d'une maîtrise en sciences infirmières, cheminement en interventions infirmières de l'Université de Sherbrooke. Elle travaille comme cheffe clinico-administrative au CHSLD Hôtel Dieu de Saint-Hyacinthe.



### DIDIER MAILHOT-BISSON, INF PH.D

Infirmier clinicien depuis 2006, Didier Mailhot-Bisson a travaillé principalement auprès des personnes âgées et leurs proches dans différents milieux de soins. Détenteur d'un doctorat en sciences cliniques, il est professeur adjoint et directeur des programmes de 2e cycle à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke ainsi que chercheur régulier au Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS-Estrie-CHUS. Ses travaux de recherche portent principalement sur l'organisation de soins aux personnes âgées, les meilleures pratiques de soins en gériatrie ainsi que la pratique infirmière avancée.

## Références

1. Agency for Healthcare Research and Quality's. (2017). Reduce CAUTI in LTC facilities.. <https://www.ahrq.gov/hai/quality/tools/cauti-ltc/index.html>
2. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. (2014). Guide to preventing catheter-associated urinary tract infections. [https://apic.org/wp-content/uploads/2019/02/APIC\\_CAUTI\\_IG\\_FIN\\_REV0815.pdf](https://apic.org/wp-content/uploads/2019/02/APIC_CAUTI_IG_FIN_REV0815.pdf)
3. Bell, M. M., Alaestante, G. et Finch, C. (2016). A multidisciplinary intervention to prevent catheter-associated urinary tract infections using education, continuum of care, and systemwide buy-in. *Ochsner Journal*, 16(1), 96–100.
4. Bernard, M. S., Hunter, K. F. et Moore, K. N. (2012). A review of strategies to decrease the duration of indwelling urethral catheters and potentially reduce the incidence of catheter-associated urinary tract infections. *Urologic Nursing*, 32(1), 29–37. <https://doi.org/10.7257/1053-816X.2012.32.1.29>
5. Chenoweth, C. et Saint, S. (2013). Preventing catheter-associated urinary tract infections in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*, 29(1), 19–32. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2012.10.005>
6. Comité des infections nosocomiales du Québec. (2019). Prévention des infections urinaires associées aux cathéters urinaires. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2604>
7. Gould, C. V., Umscheid, C. A., Agarwal, R. K., Kuntz, G. et Pegues, D. A. (2019). Updated: May 2019. Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (2009). 61.
8. Gould, D. (2015). Preventing catheter-associated urinary tract infection. *Nursing Standard* (2014+); London, 30 (10), 50.
9. Gould, D., Gaze, S., Drey, N. et Cooper, T. (2017). Implementing clinical guidelines to prevent catheter-associated urinary tract infections and improve catheter care in nursing homes : Systematic review. *Journal of Infection Control*, 45(5), 471–476. <https://doi.org/10.1016/j.jaic.2016.09.015>
10. Institut national de santé publique du Québec. (2014). Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1871>
11. Institut national de santé publique du Québec (2015). La prévention des infections des voies urinaires associées aux cathéters. [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1932\\_Prevention\\_Infections\\_Urinaires\\_Catheters.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1932_Prevention_Infections_Urinaires_Catheters.pdf)
12. Jain, M., Dogra, V., Mishra, B., Thakur, A. et Loomba, P. S. (2015). Knowledge and attitude of doctors and nurses regarding indication for catheterization and prevention of catheter-associated urinary tract infection in a tertiary care hospital. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 19(2), 76–81. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.4103/0972-5229.151014>
13. LoBiondo-Wood, G., Haber, J., Cameron, C. et Singh, M.D. (2018). *Nursing research in Canada: Method, Critical appraisal and utilization.* (4e éd.) Toronto, ON: Elsevier Canada.
14. Meddings, J., Saint, S., Krein, S. L., Gales, E., Reichert, H., Hickner, A., McNamara, S., Mann, J. D. et Mody, L. (2017). Systematic review of interventions to reduce urinary tract infection in nursing home residents. *Journal of Hospital Medicine*, 12(5), 356–368. <https://doi.org/10.12788/jhm.2724>
15. Mody, L., Greene, M. T., Meddings, J., Krein, S. L., McNamara, S. E., Trautner, B. W., Tatz, D., Stone, N.D., Min, L., Schween, S. J., Rolle, A. J., Olmsted, R. N., Burwen, D. R., Battles, J., Edson, B. et Saint, S. (2017). A national implementation project to prevent catheter-associated urinary tract infection in nursing home residents. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 177(8), 1154–1162. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1001/jamainterm.2017.1689>
16. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. et Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6 (7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
17. National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Healthcare-associated infections: Prevention and control in primary and community care. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg139>
18. National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Urinary tract infection (catheter-associated): antimicrobial prescribing. (NICE guideline NG113). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng113/chapter/Summary-of-the-evidence>
19. National Health Service Foundation Trust. Southern Health. (2020). Urinary catheter care guidelines. Version 6. <https://www.coursehero.com/file/78573635/Urinary-Catheter-Guidelines-V6pdf/>
20. Nicolle, L. E. (2014). Catheter associated urinary tract infections. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 3(1). <https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2047-2994-3-23>
21. Oman, K. S., Makic, M. B. F., Fink, R., Schraeder, N., Hulett, T., Keech, T. et Wald, H. (2012). Nurse-directed interventions to reduce catheter-associated urinary tract infections. *American Journal of Infection Control*, 40(6), 548–553. <https://doi.org/10.1016/j.jaic.2011.07.018>
22. Royal College of Nursing. (2019). Catheter Care. RCN Guidance for Health Care Professionals. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007313>
23. Smith, S. N., Greene, M. T., Mody, L., Banaszak-Holl, J., Petersen, L. D. et Meddings, J. (2018). Evaluation of the association between nursing home survey on patient safety culture (nhsops) measures and catheter-associated urinary tract infections: results of a national collaborative. *British Medical Journal (BMJ) Quality & Safety*, 27(6), 464–473. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006610>
24. Spinks, J. (2013). Urinary incontinence and the importance of catheter fixation. *Journal of Community Nursing*, 27(5), 24–28.
25. Sutherland, T., Beloff, J., McGrath, C., Liu, X., Pimentel, M. T., Kachalia, A., Bates, D. et Urman, R. D. (2015). A single-center multidisciplinary initiative to reduce catheter-associated urinary tract infection rates: quality and financial implications. *Health Care Manager*, 34(3), 218–224.
26. Tracy, M. F., O'Grady, E. T. et Phillips, S.J. (2023). *Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach.* (7th ed.). St-Louis : Elsevier.
27. Zurmehly, J. (2018). Implementing a nurse-driven protocol to reduce Catheter-associated urinary tract infections in a long-term acute care hospital. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(8), 372–377. <https://doi.org/10.3928/00220124-20180718-08>

REJOINS UN ENVIRONNEMENT

STIMULANT!



# JUSTE ICI.

- Environnement dynamique et chaleureux
- Flexibilité et autonomie dans la gestion de tes dossiers et de ton horaire
- Équipe interdisciplinaire où ton expertise est valorisée
- Bon terrain d'apprentissage avec formation continue
- Possibilités d'avancement et de développement de carrière

Découvre nos offres d'emploi sur [justeici.ca](https://justeici.ca)

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Nord-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

## Présentation des membres du conseil d'administration



Pierre-Luc Déry  
Président



Marie Beaulieu  
Administratrice



Huguette Bleau  
Vice-présidente



Angélique Paquette  
Trésorière



Johanne Vallée  
Secrétaire



Mélanie Thivierge  
Administratrice



Nancy Ouellette  
Administratrice et  
responsable des  
communications



Carole Dagenais  
Administratrice et  
présidente du comité  
scientifique



Ginette Labbé  
Rédactrice en  
chef de la revue

# J'AI LU !

En mai dernier, Réjean Hébert a publié aux Éditions La Presse le livre intitulé **Soigner les vieux. Chroniques d'un médecin engagé.**

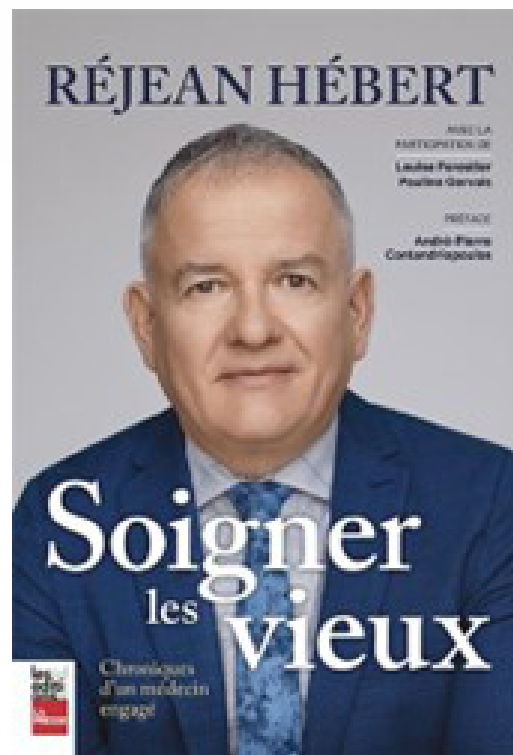
L'auteur présente un court historique du système de santé au Québec, son parcours professionnel et les grands enjeux du réseau de la santé sous forme de chroniques publiées dans divers journaux de 2018 à 2022. Ces dernières s'intéressent aux actualités touchant le réseau de la santé, les personnes âgées et le vieillissement, des conversations sur les vieux avec Louise Forestier et des chroniques sur la pandémie de COVID-19. Cette lecture se termine par une lettre touchante à son petit-fils.

Tout y est pour comprendre l'historique du réseau de la santé au Québec, quels sont ses forces, ses faiblesses, ses enjeux et s'intéresse particulièrement aux besoins de la population vieillissante. D'une écriture claire et directe, Réjean Hébert porte un regard critique sur les problématiques des services de santé qui font régulièrement l'actualité tels le débordement des urgences, les soins à domicile insuffisants, l'hécatombe dans les CHSLD lors de la pandémie COVID-19, le salaire des médecins, etc. Il présente ses constats, et partage sa vision de solutions envisageables appuyées par la recherche scientifique et sur son expérience de médecin, de chercheur et de politicien.

Ce livre se lit d'un trait ou à petites doses. Une lecture instructive permettant au professionnel de prendre un recul essentiel face aux enjeux du réseau de la santé afin de bien comprendre d'où l'on vient et quelle direction nous pourrions prendre pour bien soigner les *vieux*.

Bonne lecture.

*Huguette Bleau*



Soigner les vieux. Chroniques d'un médecin engagé par Réjean Hébert

# Journée thématique



## Formation :

« Les troubles neurocognitifs majeurs, du comportement au consentement : clarifions les enjeux, relevons les défis! »

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

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIG) est heureuse de vous annoncer la tenue d'une **Journée thématique** qui aura lieu le **mercredi 1<sup>er</sup> mai 2024**, de **8 h 00 à 16 h 30**, en mode **hybride** (présentiel et virtuel), au **Centre de recherche du CHUM**. Lors de cette journée, vous pourrez assister à une formation accréditée (7 heures) sur les troubles neurocognitifs majeurs et les défis cliniques en lien avec les comportements réactifs (ou SCPD) manifestés par la clientèle et la notion de consentement aux soins. Parmi les formateurs, mentionnons **MM. Philippe Voyer**, qui agira aussi à titre d'animateur de la journée, et **Pierre-Luc Déry**. D'autres confirmations sont à venir.

**Résumé :** Les défis liés aux soins des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) sont nombreux et concernent les infirmières et autres intervenants de tous les milieux cliniques. En début de journée, les distinctions entre les différents types de TNCM et le délirium, les comportements réactifs (ou SCPD) associés ainsi qu'une révision des principales approches pharmacologiques et écobiopsychosociales (non pharmacologiques) permettront d'initier les échanges avec les participants. Ensuite, à l'aide de vignettes cliniques, la présentation du processus encadrant l'analyse des comportements, incluant les discussions en caucus, outillera les participants dans la recherche dynamique de solutions et d'interventions personnalisées. Enfin, les enjeux complexes et préoccupants liés au consentement aux soins des personnes avec TNCM et de leurs représentants, notamment lors d'un « refus catégorique » et de l'expression de la sexualité, seront traités sous l'angle des balises et responsabilités professionnelles.

*C'est donc un rendez-vous printanier à ne pas manquer!*

## Nos formateurs :



**Philippe Voyer, inf., Ph.D.** est professeur titulaire et Vice-doyen aux études de premier cycle et à la formation continue de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Il est l'auteur de plusieurs livres utilisés au Québec et en Europe qui se sont mérités de prestigieux prix dont le Prix du ministre de l'Éducation. Il est le chercheur principal ayant créé l'outil RADAR permettant de détecter les signes du délirium (outil maintenant disponible en 7 langues (<https://www.philippevoyer.org/radar-international>)). Il a été conseiller pour le ministère des Aînés et des proches aidants pour la réalisation des Maisons des aînés. Enfin, il a participé à divers projets novateurs qui ont permis de tester des technologies visant le bien-être et la sécurité des résidents. Pour plus de détails : <https://www.philippevoyer.org/biographie>. M. Voyer sera aussi animateur de la journée.

**Pierre-Luc Déry, inf., M. Sc. Inf. (c)** est infirmier clinicien au CISSSBSL pour la direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA). Passionné des soins infirmiers aux personnes âgées, monsieur Déry a œuvré autant dans les établissements privés, privé-conventionnés et publics. Les différentes fonctions qu'il a exercées depuis 2007 (PAB, assistant du supérieur immédiat, chef d'unités, conseiller en soins infirmiers, enseignant en santé) et de ses diverses implications (président de l'AQIG, membre de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec, président du comité jeunesse de l'ORIBSLGIM, vice-président de CECII, veilleur et administrateur de la Fondation locale du CISSSBSL) font de lui une personne experte clinique et polyvalente au fait des réalités du réseau de la santé.

**Sujets de prédilection :** Soins infirmiers à la personne âgée en CHSLD/ SAD-RI-RPA; troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) avec symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et soins palliatifs et de fin de vie



***D'autres confirmations sont à venir.***



***Surveiller les publicités à venir sur notre site Web et nos réseaux sociaux pour l'ouverture des inscriptions!***



AQiiG

Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en gériologie

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

4565 chemin Queen-Mary,  
H3W 1W5 Montréal

Site web : [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)  
Courriel : [info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org)