

Santé Québec

REVUE DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC • HIVER 2015 • VOL. 24, N° 3

REPORTAGE

Choisir de travailler dans le Grand Nord

CHRONIQUE JURIDIQUE

Violence et intimidation

POSTES CANADA
CANADA POST

Post Paid / Postage paid
Poste Publications / Publications Mails

40011580

JOURNÉE DE FORMATION

10 juin 2015
(en reprise le 11 juin)

Victoriaville
Hôtel Le Victorin

INSCRIVEZ-VOUS EN LIGNE

et courez la chance de remporter l'une des

5 capsules d'autoformation d'une valeur de 35 \$

oiihq.org



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

Merci à nos commanditaires



La Capitale
Assurances générales

Rédactrice en chef

Catherine-Dominique Nantel

Rédaction et coordination

Suzanne Blanchet

Révision et lecture d'épreuves

Diane Iezzi

Traduction

Luke Sandford

Graphisme

GB Design Studio

Impimerie

Solisco

Comité d'orientation

Régis Paradis

infirmier auxiliaire, président

Anne Bélanger

infirmière auxiliaire, administratrice

Hélène Laprés

infirmière auxiliaire

Christine Rivard

infirmière auxiliaire

Politique rédactionnelle

La revue *Santé Québec* est publiée par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. Cependant, des articles peuvent provenir d'associations ou de personnes dont l'opinion ne reflète pas nécessairement le point de vue de l'OIIAQ; par conséquent, ils n'engagent que leur auteur.

Les articles écrits par l'OIIAQ peuvent être reproduits à la condition d'en mentionner la source. Les autres textes ne peuvent l'être sans l'autorisation expresse de leur auteur.

Ce numéro de *Santé Québec* a été tiré à 38 650 exemplaires.

Abonnement

3 numéros par année

Canada : 20 \$ • Autres pays : 25 \$

Santé Québec

531, rue Sherbrooke Est

Montréal (Québec) H2L 1K2

514 282-9511 • 1 800 283-9511

www.oiaq.org

Dépôt légal : ISSN 1120-3983

Poste publication : 40011580

Le générique féminin est utilisé dans cette publication sans discrimination à l'égard du genre masculin, et ce, dans l'unique but d'alléger le texte.

Les initiales LPN (Licensed Practical Nurse) sont maintenant utilisées en anglais pour désigner l'infirmière auxiliaire.

MISSION

L'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec a pour mandat d'assurer la protection du public en exerçant une surveillance de l'exercice de la profession à l'aide de divers mécanismes prévus par le *Code des professions* et ses règlements. L'Ordre a aussi pour mission de favoriser le développement professionnel de ses membres tout en visant l'excellence, et ce, afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et de la santé de la population.

PRÉSIDENT ET ADMINISTRATEURS DE L'OIIAQ

Président

Régis Paradis

Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec

Josée Goulet

Bas-Saint-Laurent et Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

Luc St-Laurent

Capitale-Nationale

Hélène Alain

Anne Bélanger

André Richard

Centre-du-Québec

Diane Blanchard

Chaudière-Appalaches

Louise Quirion

Estrie

Amélie Drolet

Laurentides – Lanaudière

Ronald Beaudet

Mauricie

Johanne Vincent

Montérégie

Carmelle Champagne-Chagnon

Katia Goudreau

Christiane Pineault

Montréal – Laval

Josée Marneau

Martine Plante

Lyne Tétreault

Lise Therrien

Claire Thouin

Outaouais

Lyne Plante

Saguenay—Lac-Saint-Jean

et Côte-Nord

Pierre Martin

ADMINISTRATEURS NOMMÉS PAR L'OFFICE DES PROFESSIONS

Denise Dubois

Robert Dufresne

Jeanne Duhaime

Raymond Proulx

04 LE MOT DU PRÉSIDENT
L'OIIAQ COMMENTE LE PROJET DE LOI N° 10

05 A WORD FROM THE PRESIDENT
OIIAQ'S COMMENTS ON BILL 10

07 MOT DE LA SECRÉTAIRE
RENSEIGNEMENTS UTILES

08 CHRONIQUE JURIDIQUE
VIOLENCE ET INTIMIDATION ENTRE COLLÈGUES DE TRAVAIL DANS LE MILIEU DE LA SANTÉ

11 LEGAL MATTERS
VIOLENCE AND INTIMIDATION AMONG HEALTHCARE WORKERS

16 JOURNAL D'UNE STAGIAIRE
SOINS À UNE CLIENTÈLE DIVERSIFIÉE

18 REPORTAGE
CHOISIR DE TRAVAILLER DANS LE GRAND NORD

22 PHARMACOLOGIE
MÉDICAMENTS ET PERSONNES ÂGÉES : UN SUJET DÉLICAT

24 FORMATION CONTINUE
L'OBÉSITÉ, UN RISQUE POUR LA SANTÉ

29 MÉDAILLE DU MÉRITE

30 NOUVEAUX MEMBRES

33 AVIS DE RADIATION

34 PUBLICATIONS



Benoît Dicaire



L'OIIAQ COMMENTE LE PROJET DE LOI N° 10

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, déposait, en septembre dernier, le projet de loi n° 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. L'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) fait état des commentaires qu'il lui a fait parvenir. Le projet de loi n'avait pas encore été adopté lors de la rédaction de ces lignes.

L'OIIAQ souscrit à l'objectif général du projet de loi n° 10, qui vise à accroître l'efficacité des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, nous approuvons l'abolition des agences de la santé et des services sociaux tout comme l'attribution des responsabilités qui leur incombent au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS). Toutefois, nous émettons des réserves relatives au fait que toutes les régions sociosanitaires du Québec ne compteraient qu'un seul CISSS (à l'exception de Montréal, qui en aurait cinq), surtout en ce qui concerne celles dont le territoire est très vaste : Montérégie, Bas-Saint-Laurent, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec et Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Nous souscrivons également au principe du projet de loi visant à maintenir ou à accroître la qualité, la sécurité et la disponibilité des soins. Des moyens concrets devront cependant être déployés pour que ces objectifs soient atteints et que les résultats soient mesurables. De même, il est primordial que les ressources financières récupérées grâce à cette réorganisation soient consacrées à l'amélioration des soins, plus particulièrement les soins à domicile.

« Il est primordial que les ressources financières récupérées grâce à cette réorganisation soient consacrées à l'amélioration des soins, plus particulièrement les soins à domicile. »

En outre, l'OIIAQ s'inquiète de la situation qui prévaut actuellement dans certains établissements du réseau, notamment à Laval, en Montérégie et au Saguenay. Les gestionnaires de ces établissements semblent défier les directives du ministre en prenant des mesures susceptibles d'affecter directement les soins et les services aux patients. Nous déplorons que, dans plusieurs de ces cas, et c'est ce qui nous préoccupe, des établissements décident d'abolir d'emblée des postes d'infirmières auxiliaires.

Afin que le réseau puisse faire face à une telle situation, l'OIIAQ estime qu'une moins grande décentralisation de la gestion faciliterait l'application des orientations adoptées par le MSSS en matière d'organisation du travail et, du même coup, favoriserait une meilleure utilisation des compétences des professionnelles de la santé, y compris les infirmières auxiliaires.

Des infirmières auxiliaires aux conseils d'administration

Nous sommes en accord avec la disposition du projet de loi qui prévoit la participation d'un membre du conseil des infirmières et infirmiers (CII) au conseil d'administration d'un établissement de santé régional ou suprarégional. Or, comme les infirmières auxiliaires sont réputées faire partie du CII à cette fin, selon ce projet de loi (art. 10, al. 2), une infirmière auxiliaire pourrait donc, à ce titre, être membre du conseil d'administration d'un établissement.

Afin qu'une représentation équitable soit assurée et que des infirmières auxiliaires aient l'occasion d'y siéger, nous avons demandé au

OIIAQ'S COMMENTS ON BILL 10

Last September, Quebec's health and social services minister, Gaétan Barrette, tabled Bill 10, An Act to modify the organization and governance of the health and social services network, in particular by abolishing the regional agencies. The following is a summary of the OIIAQ's comments, which were submitted to the minister. At the time of publication, Bill 10 had not yet been adopted.

ministre que la liste de quatre noms, qui lui sera soumise par le CII pour une éventuelle nomination au conseil d'administration de l'établissement, comporte obligatoirement le nom d'au moins une infirmière auxiliaire.

Notre dernier commentaire concerne l'obligation qu'auraient les établissements de constituer des conseils et comités consultatifs, notamment des comités des infirmières et infirmiers auxiliaires. Ces derniers, dont le nombre est considérablement réduit dans le projet de loi, devront être soutenus par les directions d'établissements tant sur le plan organisationnel que financier, pour être en mesure de remplir leur mandat et de jouer un rôle actif dans les établissements de santé. Actuellement, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ne comporte aucune disposition obligeant les établissements à accorder un budget de fonctionnement à ces conseils et comités. Nous avons donc demandé au ministre de prévoir une telle disposition.

Nous espérons que les commentaires que nous avons transmis au ministre contribueront à le sensibiliser au rôle essentiel que peuvent jouer les infirmières auxiliaires dans la réorganisation du réseau.

Le président-directeur général,



RÉGIS PARADIS, *inf. aux.*

The Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec [Quebec Order of Licensed Practical Nurses/OIIAQ] is in agreement with the general objective of Bill 10, which aims to boost the efficiency of institutions in the health and social services network. We are thus in favour of abolishing the health and social services agencies and reassigning their responsibilities to the ministère de la Santé et des Services sociaux [Quebec ministry of Health and Social Services/MSSS] or to regional institutions [centres intégrés de santé et de services sociaux/CISSS]. However, we have reservations about the fact that Quebec's health regions will have only one CISSS each (except for Montreal, which will have five), particularly since the areas involved are so vast, e.g. Montérégie, Bas-Saint-Laurent, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec and Saguenay-Lac-Saint-Jean.

We are also in agreement with the goals of maintaining or increasing care quality, safety and availability. However, concrete measures must be taken to ensure that these goals are achieved with quantifiable results. Similarly, it is essential that the financial resources generated by this restructuring be dedicated to enhancing healthcare, particularly homecare.

The OIIAQ is also concerned about the current situation in some network institutions, particularly in Laval, Montérégie and Saguenay. It appears that the managers of these institutions are defying the minister's instructions by taking measures that could have a direct impact on patient care and services. We are opposed to and disturbed by the decision made by some institutions to abolish LPN positions.

To address this situation, the OIIAQ takes the view that a more limited decentralization of the healthcare network's management structure would facilitate the implementation of the MSSS's work organization guidelines and, at the same time, would lead to a better utilization of healthcare professionals' skills, including those of LPNs.

LPNs as board members

We are in agreement with the provision in Bill 10 under which a member of the councils of nurses (CII) will serve on the board of a regional or supraregional healthcare institution. As Bill 10 (sec. 10, par. 2) stipulates that LPNs are deemed to be members of these councils of nurses for that purpose, an LPN could therefore serve as a board member.

In order to ensure fair representation and to provide LPNs with an opportunity to serve as board members, we have submitted a request to the minister, under which the list of four names submitted by the councils of nurses as potential board appointees would have to include at least one LPN.

Our final comment concerns the requirement to the effect that institutions must form advisory councils and committees, in particular LPN committees. The number of these LPN committees has been considerably reduced under Bill 10; these committees should be supported by institutional management in both organizational and financial terms so they can carry out their mandate and play an active role in healthcare institutions. Currently, the *Act Respecting Health Services and Social Services* includes no provision under which institutions are required to provide these advisory councils and

committees with an operating budget. We have thus asked the minister to include such a requirement.

We hope that the comments we have submitted will provide the minister with necessary information on the essential role that LPNs can play in the restructuring of the healthcare network.



RÉGIS PARADIS, LPN
President and Executive Director



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

FORMATION PAR CORRESPONDANCE

- LE DIABÈTE
- LA PHARMACOLOGIE

PRIX : 150\$ PAR SESSION

D'une durée de 45 heures sur 90 jours, ces sessions de formation s'adressent aux infirmières auxiliaires actuellement sur le marché du travail et qui désirent mettre à jour leurs connaissances dans ces domaines.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Service de la formation et des équivalences.

**514 282-9511, POSTE 248
OU 1 800 283-9511**

RENSEIGNEMENTS UTILES

En ce début d'année, je tiens à vous transmettre certains renseignements qui vous seront utiles, notamment dans le cadre de la période d'inscription et de paiement de la cotisation.

Élections 2015

Des élections aux postes d'administrateurs auront lieu au printemps 2015, dans diverses régions. Vous pouvez poser votre candidature jusqu'à 17 h le 16 mars 2015.

Régions en élections	
Bas-Saint-Laurent et Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1 poste
Saguenay—Lac-Saint-Jean	1 poste
Estrie	1 poste
Centre-du-Québec	1 poste
Mauricie	1 poste
Capitale-Nationale ¹	2 postes
Chaudières-Appalaches	1 poste
Laurentides ²	1 poste

Nous invitons tous les membres de l'Ordre qui ont leur domicile professionnel dans les régions où se tiennent des élections à se prévaloir de leur droit de vote conformément au *Code des professions* et aux règlements de l'Ordre. La date et l'heure de clôture du scrutin sont fixées à 17 h le 1^{er} mai 2015.

Paiement de la cotisation en ligne

Nous vous invitons à vous rendre sur le site Web de l'OIIAQ pour payer votre cotisation en ligne. Cette année, un tirage de deux appareils *iPad mini* sera fait parmi les personnes qui utiliseront ce service.

Bonne chance !

Registre de formation continue

Les infirmières auxiliaires doivent suivre 10 heures de formation continue par période de deux ans, conformément au *Règlement sur la formation continue des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec*. Vous devez nous retourner votre registre de formation continue dès que vous aurez rempli cette obligation, et ce, avant la fin de la présente période de référence, soit au plus tard le 31 mars 2015.

Retraite : remboursement partiel de la cotisation professionnelle

Si vous êtes retraitée depuis le 1^{er} avril 2014, vous avez droit à un remboursement partiel de la cotisation professionnelle 2014-2015. Pour l'obtenir, vous devez faire parvenir une demande écrite, à mon attention. Joignez-y une confirmation de l'employeur, dans laquelle il précise la date du début de la retraite, ainsi que l'original de votre attestation de membre en règle. Seules les demandes de remboursement liées à l'exercice 2014-2015 et reçues avant le 31 mars 2015 sont admissibles.



PAR ANDRÉE BERTRAND

¹ À compter de mai 2015, la région de la Capitale-Nationale sera dorénavant représentée par deux administrateurs au lieu de trois.

² Exceptionnellement et en raison d'une mesure transitoire comprise dans le règlement d'élection, une élection aura lieu le 1^{er} mai 2015 dans la région des Laurentides afin que soit élu un administrateur pour un mandat de deux ans.



PAR **GEORGES LEDOUX**
Avocat, Service juridique

VIOLENCE ET INTIMIDATION ENTRE COLLÈGUES DE TRAVAIL DANS LE MILIEU DE LA SANTÉ

Les pratiques professionnelles ont beaucoup changé au cours des 20 dernières années. Les professionnelles de la santé sont confrontées à des situations de plus en plus exigeantes, qui provoquent parfois des incidents tant avec les patients que leurs collègues de travail. Les infirmières auxiliaires n'y échappent pas.

Avant même l'entrée en vigueur, en 2013, de la plus récente édition du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, l'infirmière auxiliaire devait se comporter de façon courtoise avec ses collègues de travail. La nouvelle édition (art. 8) souligne cette obligation de façon encore plus précise :

8. Le membre doit avoir une conduite irréprochable envers toute personne et doit, notamment, agir avec respect, courtoisie, modération et intégrité.

La notion de « toute personne » introduite dans cet article englobe, et ce sans limitation, les professionnels de la santé et les autres collègues de travail, outre les patients et les membres de leurs familles que l'infirmière auxiliaire rencontre dans l'exercice de sa profession. Des applications concrètes de cette exigence seront présentées plus loin dans cet article; elles sont tirées de décisions rendues par des conseils de discipline mettant directement en cause des dérogations par des professionnelles à leurs obligations déontologiques.

S'inspirer de l'Alberta

Le College of Licensed Practical Nurses of Alberta (CLPNA) prend très au sérieux la violence et le harcèlement au travail. En 2013, il effectuait un sondage auprès de ses membres et publiait deux documents sur cette question. Dans le premier, un guide de pratique professionnelle intitulé *Addressing Co-Worker Abuse in the Workplace*¹, le CLPNA se penche sur la violence entre collègues de travail. Dans le second, *Fact Sheet: Co-Worker Abuse is a Threat to Patient*

*Safety*², il aborde la violence en milieu de travail liée à la sécurité du patient. À cet égard, on y mentionne que toute difficulté ou rupture dans les communications entre les membres de l'équipe de soins peut, en cas de conflits, nuire directement à la prestation de soins de qualité et sécuritaires. Elles peuvent aussi compromettre la continuité des soins, voire entraîner des erreurs ou provoquer des incidents ou des accidents lors de la prestation des soins.

Un sondage qui corrobore les études

En 2013, le CLPNA a effectué un sondage auprès de ses membres sur la violence en milieu de travail. Au total, 1086 infirmières auxiliaires y ont participé, soit un taux de réponse global de 11,5%. Les données recueillies concordent bien avec celles déjà publiées dans des documents de recherche. Les principales constatations sont les suivantes :

- Presque le tiers des répondantes ont été étonnées de constater que l'on considère certains comportements indiqués dans le tableau n° 1* comme « violents » (en particulier, les trois éléments suivants : langage verbal intimidant, manières d'agir dénigrantes et attaques verbales).
- Lorsqu'elles étaient stagiaires, 70% ont fait l'objet d'intimidation de la part du personnel infirmier, des enseignantes en soins infirmiers,

¹ www.clpna.com/wp-content/uploads/2013/02/doc_Practice_Guideline_Addressing_Co-Worker_Abuse_Workplace.pdf

² www.clpna.com/wp-content/uploads/2013/02/doc_FACT_SHEET_Co-worker_Abuse_Threat_Patient_Safety.pdf

des professionnelles d'autres disciplines et des préceptrices.

- Presque 90 % des répondantes ont reconnu avoir été témoins d'une scène de violence entre deux collègues.
- Quelque 25 % ont observé un comportement violent entre des membres du personnel infirmier au cours de la dernière semaine de travail.
- 85,1 % ont indiqué avoir été à un moment de leur carrière la cible de violence de la part d'autres membres de l'équipe des soins infirmiers.
- Le langage non verbal intimidant, suivi des attaques verbales, des trahisons et des manières d'agir dénigrantes sont les formes les plus fréquentes de violence observées chez le personnel infirmier.
- Moins de 50 % des répondantes étaient convaincues d'être en mesure de gérer une situation de violence avec une collègue en soins infirmiers.
- 60 % ont indiqué ne pas signaler les situations de violence à leur superviseure.
- La croyance que la situation ne changerait pas, l'intimidation, la peur d'une accentuation de la violence et le fait que la personne violente était la superviseure elle-même expliquaient principalement les raisons de ne pas signaler ce genre de situations.
- Parmi les personnes qui ont signalé ce genre de situations, 60 % ont mentionné que la violence n'avait pas été freinée.
- Lorsqu'on leur a demandé si elles croyaient que le comportement violent était toléré sur leur lieu de travail, 62 % ont répondu par l'affirmative.

[Traduction libre d'un extrait de *Addressing Co-Worker Abuse in the Workplace*]

* NDLR : voir le tableau dans le document complet sur Internet.

Un guide sur les comportements abusifs en milieu de travail

Le CLPNA s'est appuyé sur plusieurs études très fouillées pour décrire dans son guide les diverses formes de violence ainsi que les personnes ou les groupes susceptibles d'en être touchés. D'après ces études, divers types de comportements peuvent perturber certaines personnes, voire tous les membres d'une équipe de soins : irrespect, harcèlement psychologique, ou intimidation mettant en cause, selon les circonstances, des collègues de travail du même niveau hiérarchique ou de niveaux différents. Les incidents peuvent être isolés ou observés

en continu. Ils peuvent aussi provenir d'une seule personne ou d'un groupe de personnes.

Les conséquences de ces comportements sont variées, depuis le stress jusqu'aux séquelles physiques ou psychologiques. L'expérience pourrait laisser croire que la violence vécue par le personnel infirmier provient des patients, pour l'essentiel. Or, tel n'est pas le cas. Des recherches montrent, comme on l'a vu précédemment, qu'elle peut aussi avoir pour origine des comportements abusifs de la part de collègues de travail, membres de l'équipe des soins infirmiers. Dans son guide, le CLPNA explique ces comportements.

De même que les guides de pratique clinique élaborés par le CLPNA aident les infirmières auxiliaires à respecter les normes de pratique, les présentes directives peuvent éclairer la prise de décision du CLPNA lorsque des allégations de conduite non professionnelle trouvent leur origine dans le comportement violent d'une infirmière auxiliaire à l'égard de collègues en milieu de travail.

DONNÉES PROBANTES ÉCLAIRANT LA PRATIQUE. Le Conseil international des infirmières définit ainsi une agression : « Comportement humiliant, dégradant ou autre qui indique un manque de respect pour la dignité et la valeur d'une personne. » Les premiers écrits sur le comportement violent entre collègues en soins infirmiers ont fait surface à la fin des années 1970 et au début des années 1980. C'est bien connu dans le milieu, « les infirmières expérimentées ne rendent pas la vie facile aux recrues ». On entend par là qu'elles adoptent un comportement hostile et agressif à l'endroit du nouveau personnel ou des stagiaires, comportement qui se veut intimidant, condescendant, blessant, manquant de respect et dévalorisant l'estime de soi de la personne visée.*

[Traduction libre d'un extrait de *Addressing Co-Worker Abuse in the Workplace*]

* NDLR : références volontairement omises ; on peut les consulter dans le document complet sur Internet.

Objectifs et bonnes pratiques

En plus de tracer un portrait complet de la situation, le guide du CLPNA permet aux infirmières auxiliaires de l'Alberta de :

- mieux reconnaître les comportements abusifs, y compris ceux qui découlent de leur propre conduite;

- bien cerner ces comportements et en mesurer les effets sur les collègues de travail et les patients;
- favoriser l'adoption de mesures appropriées pour mettre un terme à ces comportements;
- susciter la mise en place d'un environnement sain, sécuritaire et exempt de tels comportements.

Le guide présente enfin une liste de bonnes pratiques ou de stratégies permettant de dépister les comportements à proscrire dans le milieu de la santé et de les régler, parfois même de les prévenir.

Le contexte québécois

Au Québec, la violence ou l'intimidation peuvent, entre autres, prendre la forme de harcèlement psychologique au travail. La Commission des normes du travail (CNT), responsable de l'application de la *Loi sur les normes du travail*, rend disponible sur son site Web³ une définition du harcèlement psychologique au travail.

Une conduite vexatoire qui se manifeste par des comportements, des paroles ou des gestes répétés :

- qui sont hostiles ou non désirés
- qui portent atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié
- qui rendent le milieu de travail néfaste.

Une seule conduite grave peut constituer du harcèlement psychologique, si elle a les mêmes conséquences et si elle produit un effet nocif continu sur le salarié.

La définition du harcèlement psychologique comprise dans cette loi comprend le harcèlement sexuel au travail et le harcèlement fondé sur l'un ou l'autre des motifs énumérés à l'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne : la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

La CNT rappelle en outre les obligations légales de l'employeur qui constate des comportements constituant du harcèlement psychologique.

L'employeur est obligé de fournir à ses salariés un milieu de travail exempt de harcèlement

psychologique. Il s'agit toutefois d'une obligation de moyens et non de résultats. Cela signifie que l'employeur ne peut pas garantir qu'il n'y aura jamais de harcèlement psychologique dans son entreprise, mais qu'il doit :

- prévenir toute situation de harcèlement psychologique par des moyens raisonnables
- agir pour mettre fin à tout harcèlement psychologique dès qu'il en est informé en appliquant des mesures appropriées, y compris les sanctions nécessaires.

L'employeur doit avoir des pratiques de gestion qui permettent de prévenir les situations de harcèlement psychologique. Il doit mettre en place, dans son entreprise, un mécanisme interne connu et efficace pour être informé lui-même de ces situations et pour en informer tous ses salariés. Ce mécanisme doit aussi permettre de traiter objectivement et rapidement ces situations quand elles se produisent, afin de les faire cesser.

Dans ses pratiques de gestion préventive, l'employeur doit également prendre en compte que le harceleur peut être extérieur à son entreprise : client, usager, fournisseur, visiteur. Pour pouvoir bien remplir ses obligations, il a aussi le droit de demander à ses salariés de ne harceler ni leurs collègues ni leurs supérieurs ou leurs interlocuteurs dans le cadre de leur emploi.

Compte tenu de la loi, on doit conclure qu'un employeur ne peut pas banaliser ou ignorer les comportements de ses employés susceptibles de causer de la détresse psychologique ou tout dommage de même nature à ses employés et même à des tiers.

De la même manière qu'il doit le faire afin d'éviter et de prévenir tout risque ou accident du travail pouvant causer des blessures à son personnel, l'employeur doit mettre en place une politique de tolérance zéro et être vigilant à l'égard du harcèlement psychologique. Toute faute commise par un employeur peut non seulement engager sa responsabilité civile, mais aussi conduire au dépôt de plaintes ou à l'exercice de recours devant les instances compétentes en droit du travail.

Les obligations déontologiques

Lorsqu'un professionnel contrevient à ses obligations déontologiques, les ordres professionnels, qui ont le mandat d'assurer la protection du public, doivent aussi intervenir. Quelques décisions rendues

³ www.cnt.gouv.qc.ca/en-cas-de/harcelement-psychologique/index.html

⁴ Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. R., 2009 CanLII 21214 (QC CDOII)

⁵ Infirmières et infirmiers auxiliaires (Ordre professionnel des) c. S., 2012 CanLII 98488 (QC OIIA)

⁶ Infirmières et infirmiers auxiliaires (Ordre professionnel des) c. D., 2007 CanLII 82780 (QC OIIA)

par le conseil de discipline de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) en témoignent.

Dans un premier cas⁴, un infirmier a été traduit devant le conseil de discipline de l'OIIQ pour avoir « parlé fort et crié fort » à des préposées aux bénéficiaires et avoir agressé verbalement et physiquement une autre collègue de travail. Dans cette cause, l'infirmier a enregistré un plaidoyer de culpabilité. Le conseil de discipline a indiqué, dans sa décision, que son attitude abusive, répétitive et délibérée envers ses collègues de travail pouvait mettre en danger leur sécurité ainsi que celle des patients. Conséquemment, le conseil de discipline a imposé à l'infirmier une radiation temporaire de 12 mois à l'égard de chacun des incidents.

Dans un autre cas⁵, une infirmière auxiliaire a fait l'objet d'une plainte déposée en vertu de l'article 149.1 de la *Code des professions*. Après qu'elle eut été reconnue coupable d'une infraction criminelle, le syndic a jugé que cette infraction avait un lien avec l'exercice de la profession, car il s'agissait de voies de fait commises sur une collègue de travail. Dans cette affaire, le conseil de discipline lui a imposé une radiation temporaire de cinq mois.

Enfin, une dernière décision⁶ mettait en cause un infirmier auxiliaire « ayant adopté une conduite agressive et tenu des propos irrespectueux à l'endroit d'une employée » de l'établissement de santé où il travaillait. Le conseil de discipline lui a imposé une radiation temporaire de deux mois, en tenant compte d'un certain nombre de facteurs (plaidoyer de culpabilité, absence d'antécédents, démission volontaire et décision de suivre une thérapie).

Conclusion

Le phénomène de la violence ou de l'intimidation au travail est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît. Les outils disponibles qui aident à les dépister, les sanctionner et les prévenir sont souvent restreints ou peu connus. Qui plus est, les personnes qui en sont victimes ignorent leurs droits ou hésitent à porter plainte.

C'est pourquoi les employeurs et les autres partenaires concernés ont la responsabilité de faire circuler de l'information parmi leurs employés ou leurs membres. Ils doivent aussi se doter d'une politique leur permettant de réagir rapidement à la violence et à l'intimidation, voire de les prévenir. Ultimement, tous les outils législatifs doivent être utilisés à cette fin. L'infirmière auxiliaire doit aussi savoir qu'elle demeure assujettie à son code de déontologie dans ces cas. ♦

VIOLENCE AND INTIMIDATION AMONG HEALTHCARE WORKERS

Professional practices have changed a good deal over the past 20 years. Healthcare professionals are faced with increasingly demanding situations that can lead to incidents with the patients as well as co-workers. LPNs are no exception to this rule.

Even before the latest version of the *Code of Ethics of Nursing Assistants* came into effect in 2013, LPNs were required to be courteous in dealings with co-workers. The new edition (section 8) sets out this requirement in crystal-clear terms:

8. Members must have a conduct beyond reproach toward every person and must, in particular, act with respect, courtesy, moderation and integrity.

The notion of “every person” in the new wording of this section includes, without limitation, all healthcare professionals and other co-workers, in addition to all patients and family members whom LPNs meet in the practice of their profession. Various concrete examples of this requirement will be provided later on in this article; they are taken from decisions handed down by disciplinary committees that directly involve violations of healthcare professionals' ethical obligations.

Drawing inspiration from Alberta

The College of Licensed Practical Nurses of Alberta (CLPNA) takes workplace violence and harassment very seriously. In 2013, it surveyed its members and published two documents on this topic. In the first document (a professional practice guide entitled *Addressing Co-Worker Abuse in the Workplace*),¹ CLPNA examined the issue of violence between co-workers. In the second (*Fact Sheet: Co-Worker Abuse is a Threat to Patient Safety*),² it addressed workplace violence in relation to patient safety. This second document also

¹ www.clpna.com/wp-content/uploads/2013/02/doc_Practice_Guideline_Addressing_Co-Worker_Abuse_Workplace.pdf

² www.clpna.com/wp-content/uploads/2013/02/doc_FACT_SHEET_Co-worker_Abuse_Threat_Patient_Safety.pdf

mentions that any difficulties or breakdown in communications between members of the nursing team may, in the event of a conflict, have a direct negative effect on the provision of safe high-quality care. The continuity of care may also be compromised, which could involve errors or lead to incidents or accidents when providing care.

Survey bears out various studies

In 2013, CLPNA conducted a member survey on co-worker abuse. A total of 1,086 LPNs completed the survey for an overall response rate of 11.5%. The data collected from the LPN survey respondents closely matches the information reported in the research literature. Main survey findings include:

- Nearly one third of respondents were surprised that some of the behaviours listed in Table 1* are considered “abusive” (in particular verbal innuendo, undermining and verbal affront).
- 70% experienced intimidation as nursing students from nurses within the healthcare team, nursing instructors, other disciplines and preceptors.
- Almost 90% of respondents agreed they had witnessed a nurse treating another nurse abusively.
- Almost 25% observed abusive behaviour among nurses within the last work week.
- 85.1% indicated they were targets of abuse by other nurses at some point in their nursing career.
- The most common form of abuse observed between nurses included non-verbal innuendo, followed by verbal affront, backstabbing and undermining.
- Less than 50% of respondents were “confident” in managing an abusive situation with a nursing colleague.
- 60% indicated they did not report an abusive situation to their nursing supervisor.
- Main reasons for not reporting abuse to the supervisor included a belief that nothing would happen or change anyway, intimidation, fear the abuse would get worse, and the supervisor was the abusive person.
- Of those who did report, 60% indicated it did not stop the behaviour.

- When asked if they believed abusive behaviour was tolerated in their workplace setting, 62% stated “yes”.

Excerpted from *Addressing Co-Worker Abuse in the Workplace*.

*Editor's note: Please refer to the table in the unabridged version of the document (available online).

Addressing co-worker abuse in the workplace

Based on several in-depth studies, CLPNA's guide describes various forms of violence and the persons or groups most likely to be affected by it. According to these studies, various behaviours may prove disturbing to some individuals or even to all members of a nursing team. They include disrespect, psychological harassment and/or intimidation and may involve co-workers at the same hierarchical level or at different levels, depending on the circumstances. Incidents may be isolated or observed on an ongoing basis. They may also be caused by one individual or by a group.

The consequences of these behaviours range from stress to physical or psychological damage. Based on experience, one might think that patients are primarily responsible for the violence experienced by nursing staff. That, however, is not the case. As noted previously, research shows that violence may also stem from abusive behaviour by co-workers who are also members of the nursing team. CLPNA explains these behaviours in its guide:

As CLPNA's practical guidelines help LPNs meet the expectations of practice set out in the Standards of Practice for the profession, this guideline may be used to inform the CLPNA's decision-making when allegations of unprofessional conduct arise in matters related to abusive behaviour of an LPN toward colleagues in the work setting.

CURRENT EVIDENCE TO INFORM PRACTICE. The International Council of Nurses defines abuse as “behaviour that humiliates, degrades or otherwise indicates a lack of respect for the dignity and worth of an individual”. The first literature on abusive behaviour among nursing colleagues surfaced in the late 1970s and early 1980s. Traditionally coined “nurses eat their young”, the expression is well known to nurses. It refers to hostile and

aggressive behaviour directed towards new staff or nursing students that is intimidating and condescending, and harms, disrespects and devalues the self-worth of the recipient.*

Excerpted from *Addressing Co-Worker Abuse in the Workplace*.

* Editors' note: References have been deliberately omitted; they can be consulted in the unabridged version of the document (available online).

includes sexual harassment at work and harassment based on any one of the grounds listed in section 10 of the Charter of Human Rights and Freedoms: race, colour, sex, pregnancy, sexual orientation, civil status, age except as provided by law, religion, political convictions, language, ethnic or national origin, social condition, handicap or the use of a means to palliate this handicap.

Objectives and best practices

In addition to providing a comprehensive overview of the situation, CLPNA's guide enables LPNs in Alberta to:

- Better recognize abusive behaviour, including behaviour stemming from their own conduct.
- Better identify such behaviours and gauge their impact on co-workers and patients.
- Facilitate the adoption of appropriate measures with a view to putting an end to such behaviours.
- Foster the creation of an environment that is healthy, safe and free of such behaviours.

CLPNA's guide also includes a list of best practices or strategies designed to facilitate the identification of prohibited behaviours in the healthcare sector and to prevent or put an end to them.

Quebec context

In Quebec, violence or intimidation may take the form of psychological harassment in the workplace, among other things. The Commission des normes du travail (CNT/provincial labour standards commission), which is responsible for enforcing the provisions of the *Act respecting labour standards*, provides the following definition on its website³ of psychological harassment in the workplace.

A vexatious behaviour in the form of repeated conduct, verbal comments, actions or gestures:

- That are hostile or unwanted.
- That affect the employee's dignity or psychological or physical integrity.
- That make the work environment harmful.

A single serious incidence of such behaviour may constitute psychological harassment if it has the same consequences and if it produces a lasting harmful effect on the employee.

The definition of psychological harassment found in the Act respecting labour standards

In addition, the CNT provides a reminder of the legal obligations of any employer who becomes aware of behaviour that constitutes psychological harassment.

The employer is required to provide his employees with an environment that is free from psychological harassment. However, this is an obligation of means and not of results. In other words, the employer cannot guarantee that there will never be any psychological harassment in his enterprise, but he must:

- Prevent any psychological harassment situation through reasonable means.
- Act to put a stop to any psychological harassment as soon as he is informed of it, by applying the appropriate measures, including the necessary sanctions.

The employer must adopt management practices that make it possible to prevent psychological harassment situations. He must put in place, in his enterprise, a known and effective in-house procedure that will allow him to be informed of these situations and to inform all of his employees. This procedure must also make it possible to deal objectively and promptly with these situations when they arise, in order to put a stop to them.

In his preventive management practices, the employer must also take into account that the harasser may be someone outside his enterprise: customer, user, supplier, visitor. To be able to fulfill his obligations well, he also has the right to ask his employees to refrain from harassing their colleagues, their superiors or people with whom they have dealings as part of their employment.

³ www.cnt.gouv.qc.ca/en/in-case-of/psychological-harassment-at-work/index.html

In light of those legal requirements, we must conclude that an employer cannot simply downplay or ignore employee behaviour that could cause psychological distress or any similar harm to employees or any third parties.

Just as employers must seek to avoid and prevent workplace risks or accidents that could result in injury to employees, they must also adopt a “zero tolerance” policy on psychological harassment and must remain vigilant in this regard. Any misconduct by employers will engage their civil liability; it will also lead to the filing of complaints or to legal action being taken before the competent labour tribunals.

Ethical requirements

If professionals violate their ethical requirements, Quebec’s professional orders, which are tasked with protecting the public, must also intervene, as borne out by various decisions handed down by the Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) and the Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) disciplinary committees.

In one case,⁴ a nurse was called before the OIIQ’s disciplinary committee because he “raised his voice and yelled” at patient attendants and verbally and physically assaulted another co-worker. In this case, the nurse admitted guilt. In its decision, the disciplinary committee stated that the nurse’s repeated and deliberate abusive behaviour towards his co-workers could jeopardize their safety and that of patients. Consequently, the disciplinary council imposed a 12-month temporary professional practice ban on the nurse for each count.

In another case,⁵ an LPN was the subject of a complaint filed under section 149.1 of Quebec’s *Professional Code*. After she was found guilty of a criminal offence, the syndic ruled that the infraction was connected with her professional practice (the LPN had physically assaulted a co-worker). In this case, the disciplinary committee imposed a temporary five-month professional practice ban.

In our final example, another decision⁶ involved a male LPN who had “engaged in aggressive behaviour and made disrespectful comments about a female employee” who worked in the same health-care institution. The disciplinary committee imposed a temporary two-month professional practice ban, which took into account a number of mitigating factors (guilty plea, no prior record, voluntary resignation and decision to engage in therapy).

Conclusion

The phenomenon of violence or intimidation in the workplace is much more complex than it seems. The tools available to identify, punish and prevent such misbehaviour are often limited in scope or not widely known. Moreover, victims of violence or intimidation are often unaware of their rights or may be reluctant to file a complaint.

That is why employers and other concerned partners are responsible for providing their employees and/or members with relevant information. They must also adopt a policy enabling them to react swiftly in the event of violence or intimidation and to even prevent such misbehaviour. Ultimately, the full range of legislative tools must be used for that purpose. LPNs must also bear in mind that they remain subject to their code of ethics in such cases. ♦

⁴ OIIQ v. R., 2009 CanLII 21214 (QC CDOII)

⁵ OIIAQ v. S., 2012 CanLII 98488 (QC OIIA)

⁶ OIIAQ v. D., 2007 CanLII 82780 (QC OIIA)

FUTURS RETRAITÉS



Le RIIRS est pour tous les infirmiers et infirmières, infirmiers et infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, techniciens en circulation extracorporelle, perfusionnistes et puéricultrices **RETRAITÉS**, sans égard aux champs d’activités et aux fonctions occupées au cours de leur carrière.

Le RIIRS

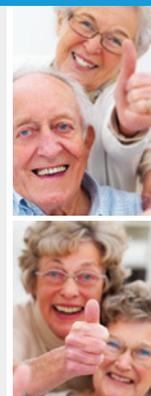
- donne une voix collective et entretient un sentiment d’appartenance;
- s’occupe de la défense des droits de ses membres, offre des services-conseils et, par le biais d’un assureur, des services d’assurance, participe aux grands débats publics;
- établit des liens avec des organismes axés sur le mieux-être des retraités;
- publie l’Écho du RIIRS, journal d’information.

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec. Pour vous prévaloir du privilège de transfert de votre assurance vie, il est essentiel que vous deveniez membre du RIIRS dans les 60 jours suivant la date de votre prise de retraite.

Informez-vous dès aujourd’hui en nous contactant :

REGROUPEMENT INTERPROFESSIONNEL DES INTERVENANTS RETRAITÉS DES SERVICES DE SANTÉ

Tél. : 418 626-0861
S.F. : 1 800 639-9519
info@riirs.org
www.riirs.org



Le condo : Une occasion de bâtir son patrimoine... si l'on sait y voir!

Depuis plusieurs années, les condos gagnent en popularité dans bien des régions du Québec. Ces nouvelles constructions abondent à un point tel qu'à Montréal, notamment, il y a maintenant plus de condominiums en développement que de maisons unifamiliales.

Pour les locataires, la copropriété est souvent perçue comme le mariage parfait du rêve de posséder sa propre résidence, sans le lot de défis qu'entraîne l'achat d'une maison. Mais l'achat d'un condo est-il à tort pris à la légère?



Les responsabilités de la copropriété

Il est vrai que les responsabilités reliées à l'achat d'un condo diffèrent grandement de ceux d'une maison unifamiliale, mais cette décision, lorsque prise à la légère, pourrait avoir un effet considérable sur la qualité de vie du futur propriétaire.

Tout d'abord, il importe de comprendre qu'en devenant propriétaire d'un condo, une personne se joint à un groupe de copropriétaires et accepte donc de partager les coûts de l'immeuble et du terrain, de même que les responsabilités de gestion et de vie communautaire. Tous les copropriétaires doivent, entre autres, respecter les règlements de la copropriété pour en assurer le bon voisinage et le maintien des lieux, de même que se conformer aux règles établies. Avant d'acheter, il est donc important de connaître les droits, les obligations et les limites des copropriétaires. Par chance, il existe bien des documents qui aident à prendre une décision éclairée.

Les documents de la copropriété

Avant de procéder officiellement à l'achat, il est essentiel de consulter les documents relatifs à la copropriété. La promesse d'achat doit donc être conditionnelle à cette consultation. Ces documents comprennent:

- Les règlements qui portent sur les espaces communs et privés;
- Les procès-verbaux des assemblées de copropriétaires pour les deux dernières années;
- Le carnet d'entretien, incluant les travaux d'entretien passés et prévus;
- L'état des finances et du fonds de prévoyance;
- La déclaration de copropriété; et
- Le certificat de localisation et le certificat d'immeuble, si applicable.

La déclaration de copropriété présente les responsabilités, les droits, les règles et les limites des copropriétaires. Elle peut être mise à jour régulièrement donc il importe de s'assurer d'avoir toutes les versions en mains avant de signer l'acte d'achat.

Mais au-delà de la consultation de documents, il est de la responsabilité de l'acheteur de vérifier que ces clauses soient en réalité appliquées et respectées.

Le partage des obligations financières

Bien que certaines dépenses soient partagées entre les copropriétaires, comme les frais de condo pour réparations et entretien, certaines obligations financières sont imposées individuellement à chacun. C'est le cas des taxes scolaires, municipales et foncières. Avant de passer à l'achat, il faut donc tenir compte de ces responsabilités dans son budget.

De plus, selon l'état du fonds de prévoyance, il peut être avisé de prévoir certaines dépenses imprévues, surtout si le fonds est inexistant ou inadéquat pour l'immeuble. Il peut sembler intéressant de faire l'achat d'une copropriété lorsque les frais de condos sont faibles, mais ceci peut avoir des conséquences financières fâcheuses au fil des années. Non seulement le risque d'avoir à défrayer une somme importante pour imprévu augmente avec le temps, mais la revente peut également s'avérer très ardue.

N'hésitez pas à consulter votre conseiller pour obtenir des renseignements supplémentaires et pour obtenir de l'aide dans la préparation de ce projet.
bnc.ca/maison



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec





MON DERNIER STAGE

SOINS À UNE CLIENTÈLE DIVERSIFIÉE

Enseignante en santé, assistance et soins infirmiers, l'auteure s'est inspirée, pour écrire ce journal, de propos qu'elle et ses collègues ont recueillis, au fil des ans, à la suite des stages de leurs étudiantes. Bien que fictif, il permet de voir qu'il est normal, pour les futures infirmières auxiliaires, d'éprouver une certaine nervosité avant de commencer un nouveau stage, chacun présentant des caractéristiques qui lui sont propres. Voici les dernières pages de son journal.

JOUR 1 – Mon dernier stage, enfin! Nommé « Soins à une clientèle diversifiée », c'est le stage d'intégration. Tout au long du parcours, j'ai éprouvé des émotions en dents de scie, depuis la peur jusqu'au plaisir d'apprendre. J'ai été le témoin de moments privilégiés de la vie des autres, que ce soit la naissance ou la mort, le soulagement ou la peine à la suite d'un diagnostic, le départ d'un être cher inattendu pour les familles, ou encore, le retour de la capacité de marcher après un terrible accident. Mon métier comporte tout cela : accompagner les patients au cours des bons et des moins bons moments de la vie.

Je crains un peu de m'ennuyer de l'école, de la sécurité d'avoir une enseignante à mes côtés. Je me fais souvent dire : « Attends d'être diplômée! » Comme si je ne pouvais pas entrevoir la façon dont les choses se dérouleront lorsque je serai sur le marché du travail. Je sais pertinemment que plus personne n'absorbera les coups, que je devrai faire mes preuves comme professionnelle et que la cadence sera très rapide. La préceptrice du centre est venue nous voir. Elle nous a décrit son rôle. Je sais que j'aurai tout de même quelqu'un à qui m'adresser. Nous ne serons pas abandonnés à nous-mêmes!

La responsabilité me préoccupe également, quand je pense à tout ce qui reposera sur mes épaules. Les patients te remettent parfois leur vie entre les mains. Il ne faut pas dramatiser, mais c'est la réalité. Cette prise de conscience m'a probablement fait évoluer au cours de la dernière année. Une autre chose n'est pas si facile : après avoir vu ce qu'est l'empathie, j'ai pu constater que mes forces résident ailleurs. J'ai vraiment du travail à faire de ce côté. Une petite voix intérieure me le rappelle constamment.

Toutes ces enseignantes nous ont transmis leur passion et le personnel a été très généreux avec nous. Des personnes qui, jour après jour, accueillent des étudiants. Que dire des patients qui se prêtent à notre apprentissage, sans qui nous ne pourrions apprendre? Quand tu n'aimes pas recevoir une piqûre et que tu apprends qu'une stagiaire moins expérimentée va l'administrer... Je comprends qu'il y a une première fois à toute chose, mais les patients ne sont pas obligés d'accepter; ils le font malgré tout! Lorsque je serai diplômée, je n'oublierai jamais par où je suis passée, me souviendrai toujours de celles qui m'ont marquée : Francine, au CHSLD; Marjorie, en chirurgie; Maria, aux soins palliatifs. Je le répète, je veux être comme elles!

JOUR 2 – L'état du patient dont je m'occupe a présenté des signes de détérioration. J'ai pris ses signes vitaux, puis j'ai vérifié les données de base dans le dossier sans qu'on me le dise, avant de valider auprès de mon enseignante ce que j'avais décidé de faire. Je suis ensuite allée voir l'infirmière responsable de la chambre et lui ai donné toutes ces informations afin qu'elle puisse appeler le médecin. Elle est venue faire l'évaluation du patient. Je suis fière d'avoir fait preuve de vigilance et ainsi évité des complications au patient. En deux temps, trois mouvements, l'équipe s'est mise en branle après avoir reçu les directives du médecin. L'inhalothérapeute est venue au chevet du patient pour l'ausculter, et nous avons installé l'oxygène et un cathéter vésical. L'infirmière lui a donné un diurétique et un analgésique narcotique. J'ai rassuré le patient et sa famille pendant les interventions. Ils se sont sentis en sécurité grâce au bon suivi que nous avons effectué toute la soirée.

JOUR 4 – Dans cette dernière section de mon journal de bord, les techniques retiennent beaucoup moins mon attention que mes états d'âme. Je suis étonnée de constater comme la confiance en moi grandit au quotidien. Je le dois à mon enseignante, qui me laisse prendre des initiatives, mais aussi au personnel, qui me tape dans le dos et me demande si je viendrai travailler avec eux. Un peu comme s'ils voulaient que je sois des leurs !

JOUR 8 – Dans les derniers jours, j'ai pris soin de trois patients à la fois alors que, normalement, nous ne pouvons en soigner plus de deux. Le programme d'études est ainsi fait ! Maintenant, je trouve le temps long pendant mes soirées et je constate que j'ai beaucoup de temps pour aider les autres. Je me rends compte que l'autonomie qu'on m'accorde dans ce stage me permet d'en faire davantage, car je ne suis plus obligée d'attendre constamment l'enseignante, qui partage son temps entre les cinq autres étudiantes. C'est rassurant ! Il faut dire que, dans une semaine, je serai seule. Je dois donc me faire confiance.

JOUR 10 – Les dernières heures arrivent, et j'ai encore besoin de mon enseignante ! Elle nous a réunis pour nous rappeler que nous sortons de l'école, mais que nous avons encore beaucoup d'apprentissages à faire, que nous devons être capables de demander de l'aide et de nous renseigner lorsque nous ne savons pas ce qu'il faut faire. Heureusement

qu'elle a fait cette mise au point, parce que j'avais vraiment l'impression de ne pas être à la hauteur. Plusieurs situations critiques se sont présentées ce soir : nous avons fait un transfert aux soins intensifs et quatre admissions, sans compter les deux départs et un décès. Cela explique l'état dans lequel nous sommes. J'apprécie surtout que l'équipe nous fasse participer au maximum.

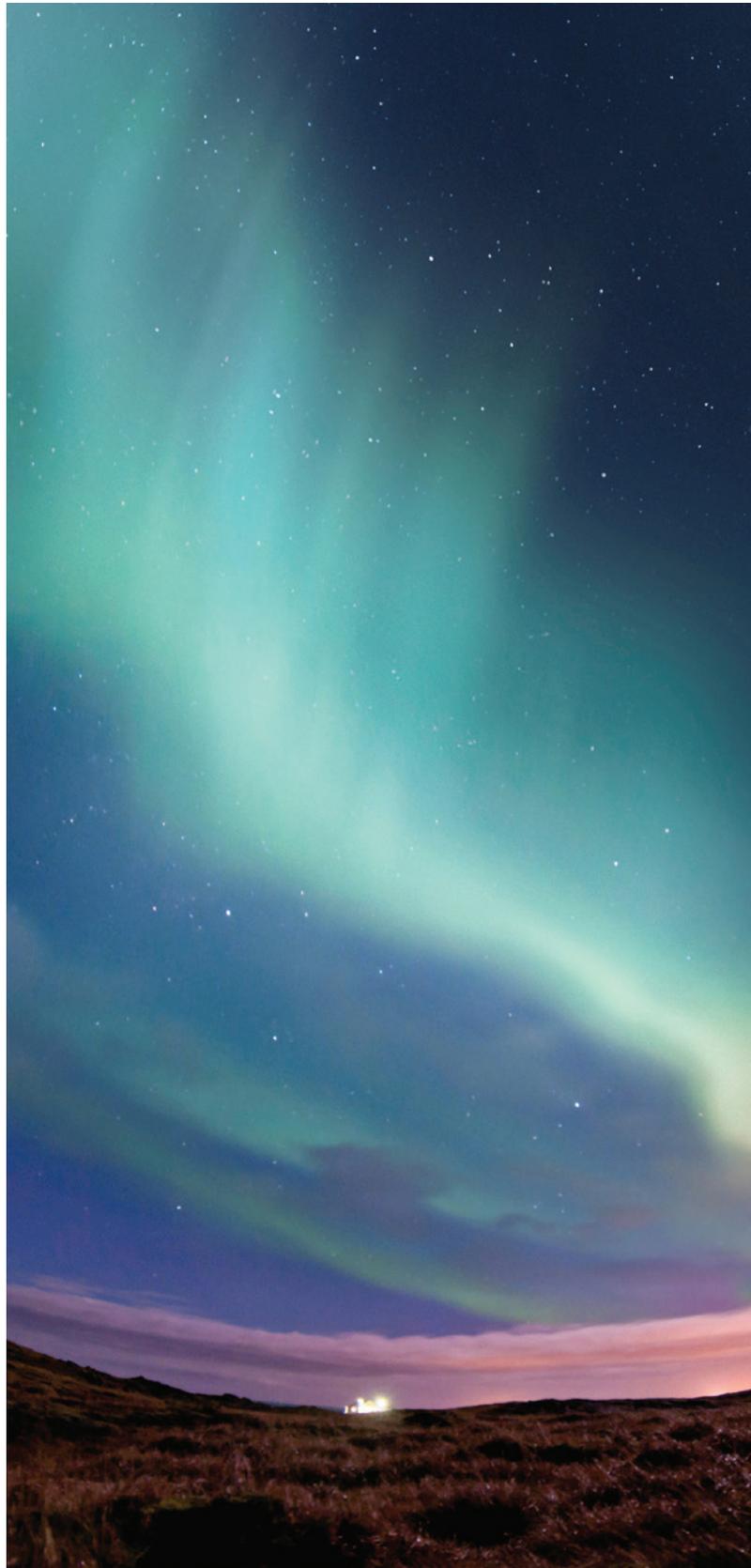
DERNIER JOUR – Je me sens nostalgique même si, en cette dernière soirée, je suis prête à prendre mon envol. Depuis le temps que je rêve de terminer ! Certains membres de ma famille n'ont pas toujours cru en moi. Je suis tellement contente de leur montrer que j'ai pu me rendre au bout de mon rêve ! Mon père est particulièrement content, car il sait que je serai heureuse grâce à la profession que j'ai choisie. Il m'a toujours dit que je prenais naturellement soin des autres.

« Merci à toutes les personnes qui ont croisé mon chemin pendant ces 1800 heures de formation ! »

C'est peut-être banal, mais je suis certaine que je vais hésiter la première fois que j'écrirai « inf. aux. », plutôt qu'« étudiante inf. aux. », à la suite de mon nom. Il ne me reste plus qu'à obtenir une réponse positive pour mon entrevue d'emploi. Je souhaite travailler en chirurgie depuis la fin de mon stage dans cette unité, mais il y a quand même plusieurs possibilités. Peu importe le milieu dans lequel je travaillerai, je ferai toujours ce que j'aime ! J'espère que, dans quelques années, je ne serai pas déçue en relisant ce journal et en constatant ce que le temps et l'expérience auront fait de moi... Merci à toutes les personnes qui ont croisé mon chemin pendant ces 1800 heures de formation ! Leurs encouragements, pendant chacun de mes stages, sont en bonne partie la raison pour laquelle je me sens davantage en confiance aujourd'hui et que je n'appréhende plus mon premier emploi comme infirmière auxiliaire, alors que c'était vraiment le cas avant mon premier stage. ♦



PAR **MARIE-HÉLÈNE BROUSSEAU**
Inf. aux., enseignante en formation professionnelle



CHOISIR DE TRAVAILLER DANS LE GRAND NORD

Nunavik signifie « l'endroit où vivre ». Vous rêvez d'aventure et de dépaysement ? Travailler à Kuujuaq est alors l'endroit où vivre... et travailler ! Ce n'est certes pas sur le Plateau Mont-Royal ou la Grande Allée qu'on pourrait voir un bœuf musqué par la fenêtre en prenant son petit café du matin ou que la radio communautaire annoncerait la présence d'une meute de loups à proximité !

Curieuse de connaître la culture inuite, Myriam Filion espérait travailler un jour auprès de cette communauté, au moment où elle était encore étudiante. Au sortir de ses études, elle a reçu deux offres qu'elle ne pouvait refuser. C'est ainsi que, pendant trois ans, elle a été infirmière auxiliaire à la fois au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et au Module du Nord québécois (voir l'encadré « Un service de liaison »). L'expérience qu'elle y a acquise, de même que les stages qu'elle a effectués dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée, lui sont utiles maintenant qu'elle exerce sa profession au Tusaajiapik Elder's Home, à Kuujuaq.

Jacques Bureau, lui, a eu le goût de l'aventure dans le Grand Nord après avoir été infirmier auxiliaire pendant de nombreuses années, notamment à Victoriaville, à Montréal et à Longueuil. « À l'Hôpital Charles-Le Moine, j'avais une grande autonomie, parce que les infirmières auxiliaires y travaillent en étroite collaboration avec les infirmières. Je ne suis donc pas venu à Kuujuaq pour relever un défi professionnel, mais pour le dépaysement. »

UN SERVICE DE LIAISON

Le Module du Nord québécois a un mandat régional en ce qui concerne les communautés du Nunavik. Il leur fournit des services de liaison entre les établissements de santé du Réseau universitaire intégré de santé McGill, à Montréal, et ceux du Nunavik. Il assure l'hébergement, le transport des usagers et les services d'infirmières et d'interprètes en vue des séjours des Inuits qui se rendent à Montréal pour une consultation ou un traitement. Une centaine de personnes, dont des infirmières auxiliaires, y exercent diverses fonctions.

Source : www.inuulitsivik.ca/soins-et-services/module-du-nord-quebecois

Coordonnateur du Tusaajiapik Elder's Home, Benoît Dicaire confirme que les infirmières auxiliaires exercent leur profession dans les limites prescrites par la loi. Elles administrent les médicaments réguliers par voie orale et effectuent diverses techniques de soins ainsi que des tests diagnostics. Elles apportent aussi leur soutien aux activités de la vie quotidienne et domestique des aînés, en collaboration avec les préposés aux bénéficiaires, et ce, toujours sous la supervision d'une infirmière.

Lorsque certaines complications ou situations exigent une évaluation, les infirmières auxiliaires du Tusaajiapik Elder's Home doivent consulter les infirmières en service au centre d'hébergement ou au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava. Les infirmières auxiliaires offrent également des services aux personnes vivant encore à domicile, qui se présentent au centre de jour pour y prendre un repas chaud et équilibré ou recevoir des médicaments.

Un choc culturel

Se nourrissant de chasse et de pêche, les Inuits étaient traditionnellement nomades. L'abandon des personnes âgées ou malades était alors socialement acceptable, car elles mettaient en péril la survie du groupe. Sédentarisés, les Inuits pratiquent encore la chasse et la pêche, bien qu'ils ne vivent plus dans des iglous, et ils doivent s'adapter à une nouvelle réalité : celle de côtoyer des aînés dont l'espérance de vie croît rapidement.

La vie moderne gagne régulièrement du terrain, mais de nombreuses traditions, toujours présentes, peuvent provoquer un choc culturel chez les personnes qui montent travailler au Nunavik. Au point où certains décident parfois de demeurer moins longtemps que prévu. « Ceux qui restent passent par diverses phases, explique le coordonnateur : la lune de miel, puis une petite déprime, avant que le tout se stabilise. Ce cycle est normal. » Ils découvrent des choses parfois surprenantes. Par exemple, un groupe d'Inuits réunis au milieu de la place, dépeçant un phoque qu'ils mangent cru, ébranlera les valeurs d'un végétarien. « Les différences peuvent sembler un peu rudes au début, admet Myriam Filion, mais il faut apprendre à vivre à leur rythme. Nous sommes dans leur milieu de vie, sur leur territoire. Ces personnes ne vivent pas comme nous, et c'est ce qui m'attirait. »

Pour ce qui est de la barrière linguistique, elle n'est pas infranchissable, estime M^{me} Filion. Il est possible d'écrire phonétiquement en inuktitut les questions à poser le plus fréquemment, ce qui permet d'établir une relation de confiance avec les clients, et des interprètes sont toujours présents pour aider le personnel soignant à comprendre les réponses.

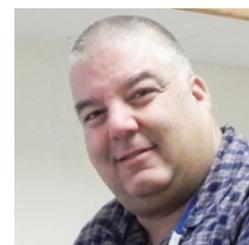
La nature est omniprésente

Myriam Filion est à Kuujuaq depuis un an et demi, Jacques Bureau depuis près de six mois, et Benoît Dicaire depuis dix ans. Ils sont encore émerveillés par la nature qui les entoure et racontent avec passion ce qu'ils n'auraient jamais pu voir autrement : paysages à couper le souffle, fréquents spectacles d'aurores boréales, rencontres imprévues avec des bœufs musqués ou un troupeau de caribous.

PAR SUZANNE BLANCHET



JACQUES BUREAU
Inf. aux.



BENOÎT DICAIRE
Coordonnateur

Curieuse de connaître la culture inuite, Myriam Filion espérait travailler un jour auprès de cette communauté, au moment où elle était encore étudiante.



« On ne vient pas dans le Grand Nord uniquement pour une question de chasse ou de pêche. Il faut vraiment avoir le goût du changement, le goût de voyager. »

Qu'en est-il du froid ? L'hiver est plus long que « dans le sud » – on peut rouler en motoneige jusqu'à la mi-mai – et la température moyenne beaucoup plus basse. En fait, le froid est si mordant qu'aucun bout de peau ne doit être laissé à l'air libre. « Il faut donc investir dans des vêtements très chauds, de bonnes bottes, une cagoule. Lorsque nous sommes bien vêtus, les activités extérieures sont fantastiques », soutient Benoît Dicaire. Et Myriam Filion précise : « Le temps est sec ici. À Montréal, j'ai parfois plus froid qu'à Kuujuaq, même si je porte les mêmes vêtements, à cause de l'humidité qui transperce les os. »

Les jours et les nuits sont-ils vraiment interminables, selon la saison ? Tout étant relatif, Kuujuaq est situé au sud du nord ; si bien que le Jour polaire, ou Soleil de minuit, n'y est pas aussi marqué qu'en Norvège, par exemple. Au solstice d'hiver, le soleil

se couche vers 14 h 30 et se lève vers 9 h 30 ; au solstice d'été, il se couche vers 23 h et se lève vers 3 h.

L'été 2014 a réservé une belle surprise aux habitants de Kuujuaq : une canicule a fait grimper le thermomètre à 32°C ! Le réchauffement de la planète se manifeste aussi d'une autre façon : les Inuits les plus vieux disent voir des espèces d'oiseaux qu'ils n'ont jamais observées par le passé.

Adapter son style de vie

Jacques Bureau est catégorique : « On ne vient pas dans le Grand Nord uniquement pour une question de chasse ou de pêche. Il faut vraiment avoir le goût du changement, le goût de voyager. » Cet attrait du voyage peut aussi se satisfaire par de nombreuses escapades, les travailleurs du Grand Nord bénéficiant de conditions particulières. « Il n'y a pas un autre endroit où autant de vacances sont offertes, note Benoît Dicaire, ce qui nous permet effectivement de beaucoup voyager. »

Les travailleurs cumulent en effet les heures supplémentaires et celles travaillées pendant les jours fériés, auxquelles peuvent s'ajouter jusqu'à 20 jours ouvrables sans solde, en plus des vacances annuelles. « Nous recevons un billet d'avion aller-retour quatre fois par année, précise Liette Duval, directrice des soins infirmiers et des services hospitaliers. Montréal n'est qu'à deux heures de Kuujuaq et il y a un vol tous les jours. »

Qui passe par Montréal fera invariablement un détour chez le coiffeur, l'absence d'un salon de coiffure à Kuujuaq étant l'une des plus dures réalités, surtout pour les femmes... « Au bout de deux mois, ça fait du bien », laisse tomber M^{me} Duval. Vivre dans cette communauté signifie aussi être privé de cinéma, de centres commerciaux et de téléphones intelligents ; voir des camions livrer l'eau potable et recueillir les eaux usées ; acheter des fruits et des légumes frais à des prix beaucoup plus élevés que dans le Sud, heureusement compensés par des indemnités de vie chère.

Travailler à Kuujuaq, c'est habiter d'abord dans un studio de transition ou occuper une chambre dans une maison à partager. « Les logements appartiennent au gouvernement, explique Benoît Dicaire, et ils sont attribués par ancienneté, tous métiers confondus. On progresse lentement selon les disponibilités. Comme ces logements sont meublés, on ne déménage que ses objets personnels. » Jusqu'au jour où l'on vous accorde enfin un logement qui correspond à vos aspirations et duquel vous ne voulez plus bouger. Parfois, il y a même une

vue sur les aurores boréales, comme chez Myriam Filion. « Au début, j'ai partagé une superbe maison, située à deux minutes à pied de mon travail, avec des colocs adorables qui m'ont aidée à m'intégrer. L'expérience a été magnifique. »

Jacques Bureau, dont la conjointe vient de décrocher un poste d'infirmière, souligne que la vie à Kuujuaq ne convient pas uniquement aux célibataires. « Il n'est pas obligatoire de travailler dans le domaine de la santé, insiste-t-il. Il y a d'autres métiers en demande de personnel : plombier, électricien, cuisinier, etc. » ♦

SE RENSEIGNER SUR LA VIE DANS LE GRAND NORD

Pour en savoir davantage sur les perspectives d'emploi et lire des conseils utiles aux personnes qui veulent travailler dans cette région :

- Perspective Nunavik
www.sante-services-sociaux.ca/fr
- Centre de santé Tulattavik de l'Ungava
www.ungava.info
- *The Inuit Way—A Guide to Inuit Culture*
www.uqar.ca/files/boreas/inuitway_e.pdf
(très populaire, ce document est disponible en anglais seulement)



Benoît Dicaire



Éric Rourseau



Benoît Dicaire



MÉDICAMENTS ET PERSONNES ÂGÉES **UN SUJET DÉLICAT**

En 1991, le gériatre américain Mark Howard Beers et ses collègues publiaient une liste de médicaments inappropriés pour les personnes âgées. Cette liste, maintenant nommée « Critères de Beers », a été révisée à quelques reprises, le plus récemment en 2012 par l'American Geriatrics Society. Dans cet article, nous souhaitons vous sensibiliser à la vulnérabilité de la population âgée aux effets indésirables des médicaments. Nous voulons aussi porter à votre attention quelques médicaments dont l'utilisation pourrait constituer un problème pour cette clientèle.

Un médicament est une « *substance ou composition présentant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies ou pouvant être administrée en vue d'établir un diagnostic médical* », comme le définit l'Office québécois de la langue française. Malheureusement, cette définition ne précise pas qu'il peut aussi entraîner des effets indésirables non négligeables, qui conduisent parfois à l'hospitalisation.

En mars 2013, l'Institut canadien d'information sur la santé rapportait qu'en 2010 et 2011 une personne âgée sur 200 avait été hospitalisée à la suite de telles réactions, comparativement à une personne sur 1000 pour l'ensemble de la population canadienne. Les personnes âgées seraient donc cinq fois plus susceptibles que l'ensemble de la population d'être hospitalisées pour cette raison, d'où l'importance de bien connaître la portée des médicaments chez les aînés.

Médicament inapproprié?

Un médicament peut être inapproprié pour une personne âgée pour plusieurs raisons. La plupart du temps, il le sera s'il présente un risque important d'entraîner un effet nuisible, si son efficacité est plus ou moins grande chez ces personnes ou s'il existe un autre traitement (pharmacologique ou non).

Les effets anticholinergiques de certains médicaments

Plusieurs médicaments d'utilisation courante peuvent entraîner des effets indésirables de type anticholinergique, c'est-à-dire qu'ils réduisent les effets de l'acétylcholine. La sécheresse de la bouche, la constipation et la rétention urinaire, mais aussi la confusion, le délirium et les troubles de la mémoire constituent des effets indésirables de type anticholinergique. Les personnes âgées sont particulièrement sensibles à ces effets, ce qui rend inapproprié qu'ils utilisent ce type de médicaments. Les plus connus et fréquemment prescrits aux personnes âgées sont, notamment, le diméthylhydrate (Gravol), les antidépresseurs tricycliques tels que l'amitriptyline (Elavil), des antispasmodiques comme la dicyclomine (Bentylol) et certains médicaments pour l'incontinence urinaire, telle l'oxybutinine (Ditropan).

Si un patient prend plus d'un médicament anticholinergique, la toxicité cumulative des agents augmente évidemment le risque de présenter de nombreux effets indésirables anticholinergiques.

Les anti-inflammatoires

Les anti-inflammatoires comportent des effets indésirables gastro-intestinaux bien connus. Or, les personnes âgées sont particulièrement sensibles à la toxicité gastrique qu'ils entraînent; celles de plus de 75 ans qui consomment des anti-inflammatoires seraient notamment sujettes aux saignements gastro-intestinaux et aux ulcères. En outre, les anti-inflammatoires peuvent aussi entraîner une détérioration de la fonction rénale et sont contre-indiqués chez les personnes qui souffrent d'insuffisance cardiaque. L'ibuprofène (Advil), le naproxène (Naprosyn) et le diclofénac (Voltaren), notamment, peuvent être considérés comme inappropriés pour les patients âgés, alors que l'utilisation de certains autres médicaments, telle l'indométacine (Indocid), devrait être bannie.

Les benzodiazépines

Plus sensibles à l'effet des benzodiazépines que le reste de la population, les personnes âgées les métabolisent moins rapidement. Ces médicaments, certains plus que d'autres, augmentent leurs risques de chutes ainsi que l'incidence de troubles cognitifs et de délirium. Il est donc grandement recommandé de ne pas prescrire à ces personnes des agents tels que le diazépam (Valium), le clonazépam (Rivotril) et le flurazépam (Restoril). Pour le traitement de l'insomnie, il est préférable d'opter pour des mesures non pharmacologiques plutôt que pour des benzodiazépines ou des agents hypnotiques. Lorsqu'une benzodiazépine est absolument nécessaire, il faut se tourner le plus possible vers une molécule dont la durée d'action est très courte, tels l'oxazépam (Serax) ou le lorazépam (Ativan).

Les autres médicaments

Divers autres médicaments peuvent entraîner des risques non négligeables chez les personnes âgées en général, plus particulièrement chez celles qui sont le plus sensibles à leurs effets. Les médicaments qui peuvent provoquer de l'hypotension orthostatique ou des hypoglycémies sont de ceux-là, mais aussi des barbituriques, des relaxants musculaires, de la théophylline et d'autres stimulants ainsi que tous les médicaments dont les effets indésirables peuvent augmenter les risques de chutes ou réduire les fonctions cognitives¹.

Conclusion

Bon nombre d'hospitalisations de personnes âgées sont dues à l'effet indésirable d'un médicament. Ceux qui présentent des effets anticholinergiques, les anti-inflammatoires et les benzodiazépines sont souvent en cause. Comme l'on sait que 30% des personnes âgées perdront leur autonomie durant l'hospitalisation et que près de 40% de ces pertes d'autonomie sont graves et parfois irréversibles, il est important de réévaluer et de remettre en question l'utilisation de certains médicaments par cette clientèle vulnérable. ♦



PAR **PASCAL GERVAIS**
B. Pharm., M. SC.

¹ Ce sujet est traité en profondeur dans l'article « American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults », *Journal of American Geriatrics Society*, 2012 (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3571677).

Mesurez l'acquisition de vos nouvelles connaissances en répondant aux 10 questions relatives à l'article que vous propose le Service de la formation de l'OIIAQ. Les infirmières auxiliaires qui répondront correctement à au moins sept questions se verront reconnaître **une heure de formation continue.**



L'OBÉSITÉ UN RISQUE POUR LA SANTÉ

Devenue une véritable pandémie, l'obésité est une réelle menace pour la santé. Le moment est critique. Alors qu'un Canadien sur quatre présente un surpoids, les professionnels de la santé doivent être sensibilisés à ce problème afin d'être aptes à agir, dans la mesure de leurs moyens. Il devient primordial de prendre en charge les personnes obèses afin qu'elles puissent prévenir les conséquences néfastes liées à l'obésité. Encore faut-il comprendre ce qui contribue à un surplus de poids et ses conséquences.

L'Organisation mondiale de la Santé définit le surplus de poids comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle pouvant nuire à la santé ». L'indice de masse corporelle (IMC) permet de calculer le degré général d'embonpoint. Il correspond au poids d'une personne par rapport à sa grandeur. Afin de l'établir, il suffit de diviser le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres [IMC = poids (kg) / taille (m²)]. Cette estimation ne prend toutefois pas en compte la répartition corporelle de la masse adipeuse. Il faut donc mesurer aussi le tour de taille pour évaluer le risque de maladie cardiovasculaire liée à l'obésité abdominale (voir tableau page suivante).

Les causes du surpoids

Le surplus de poids dépend de plusieurs facteurs. Il peut donc être difficile d'atteindre un poids optimal. Des agents externes tels que certains médicaments de différentes classes peuvent influencer sur le poids. Par conséquent, un gain de poids peut être observé chez des

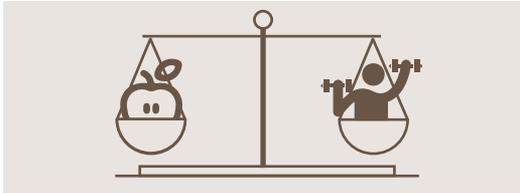
personnes sous hypoglycémiant (thiazolidinediones), antidépresseur (amitriptyline), antipsychotique (olanzapine, clozapine, quétiapine, rispéridone), anticonvulsant (valproate, carbamazépine) ou corticostéroïde (glucocorticoïdes), par exemple.

Un gain de poids non intentionnel peut aussi être consécutif à diverses maladies, notamment l'hypothyroïdie, le syndrome de Cushing et le syndrome ovarien polykystique. Si un agent externe contribue au surplus de poids, le médecin modifiera, si possible, le traitement pharmacologique. Cependant, dans la plupart des cas, un déséquilibre énergétique en est la principale cause.

La balance énergétique

La principale cause du surpoids et de l'obésité est le déséquilibre entre les apports énergétiques (la nourriture) et les dépenses énergétiques (le métabolisme de base et l'activité physique). C'est une question mathématique : si le poids continue d'augmenter, c'est que les apports sont plus élevés que

les dépenses ; s'il reste stable, les deux sont égaux ; si le poids diminue, les apports sont inférieurs aux dépenses. Ce n'est pourtant pas aussi simple que de manger moins et bouger plus. Mieux on connaît cette balance énergétique, mieux on comprend comment les apports et les dépenses peuvent être affectés et ainsi créer un surplus de poids.



Le métabolisme de base

Nombreux sont ceux qui connaissent l'expression « métabolisme de base », sans toutefois en saisir véritablement le sens. Il s'agit de l'énergie que le corps utilise au repos, sans le moindre mouvement. Propre à chacun, cette consommation énergétique ne peut être contrôlée volontairement. Plusieurs facteurs influent sur le métabolisme de base : le sexe, l'âge, l'activité physique, la masse musculaire, etc.

La ménopause est un très bon exemple du changement du métabolisme de base selon le sexe et l'âge. Le corps n'ayant plus besoin de garder en fonction le système de reproduction, le métabolisme de base diminue et, par conséquent, les dépenses énergétiques. Même si les apports restent identiques, il y a un déséquilibre énergétique et, à la longue, une prise de poids. Dès le début de cette période transitoire, plusieurs femmes constatent un gain de poids graduel et non intentionnel mais, au bout de 10 ans, l'obésité est bien installée.

La génétique

On attribue trop souvent l'embonpoint ou l'obésité à la génétique. Certaines personnes diront : « C'est héréditaire, je n'y peux rien, je ne peux perdre du poids. » Même si le métabolisme est lent, peut-être un peu moins avantage que celui du voisin, l'atteinte d'un poids optimal est possible, à condition que les dépenses soient plus élevées que les apports énergétiques.

Les régimes draconiens

Un moyen efficace de maintenir un métabolisme de base stable est de fuir les régimes draconiens à la mode. Une diminution considérable de l'apport calorique envoie au cerveau le même message de famine qu'il y a des milliers d'années, quand la nourriture

se faisait rare. Merveilleuse machine, le corps réagit rapidement à cette diminution d'apport énergétique en devenant plus efficace, c'est-à-dire en utilisant moins d'énergie pour exécuter les fonctions vitales ainsi que pour empêcher une perte de poids trop grande. Il provoque donc une baisse du métabolisme de base. Cependant, après quelques semaines d'un tel régime, plusieurs retournent à leurs anciennes habitudes alimentaires, alors que l'organisme, lui, maintient le métabolisme de base tel qu'il l'a abaissé afin de se protéger des « famines » éventuelles.

Prenons l'exemple d'une personne qui présente au départ un métabolisme de base de 1500 calories et, considérant ses activités quotidiennes, un besoin énergétique quotidien de 2000 calories. Si elle réduit ses apports énergétiques de façon draconienne afin de perdre rapidement du poids, le métabolisme de base pourrait diminuer sa consommation à 1300 calories. Lorsqu'elle recommencera à consommer 2000 calories par jour, un surplus énergétique de 200 calories sera donc engendré quotidiennement. Par conséquent, il y aura un retour au poids initial ou même à un poids plus élevé.

L'activité physique

Contrairement au métabolisme de base, sur lequel on n'a aucun contrôle, l'activité physique a un effet direct sur les dépenses énergétiques, qui peuvent augmenter si cette activité est pratiquée au quotidien (30 minutes, 5 jours par semaine).

L'activité physique influe grandement sur le métabolisme de base. Elle permet non seulement d'augmenter directement les dépenses énergétiques



PAR **ISABELLE MARINACCI**
Dt.P., nutritionniste

CALCULER LE NIVEAU DE RISQUE LIÉ À L'EMBONPOINT		
IMC (kg/m ²)	TOUR DE TAILLE	NIVEAU DE RISQUE
POIDS NORMAL 18,5 – 24,9	♀ 79,9 cm et moins ♂ 93,9 cm et moins	Faible
EMBONPOINT 25,00 – 29,99	♀ 80,0 cm à 87,9 cm ♂ 94,0 cm à 101,9 cm	Accru
OBÉSITÉ CLASSE I 30,00 – 34,9		Élevé
OBÉSITÉ CLASSE II 35,00 – 39,9 kg/m ²	♀ 88 cm et plus ♂ 102 cm et plus	Très élevé
OBÉSITÉ CLASSE III 40,00 et plus		Extrêmement élevé

mais aussi d'avoir, de deux façons, un effet positif sur le métabolisme de base. Premièrement, il a été démontré que le métabolisme de base est augmenté pendant 24 à 48 heures, après un effort physique. Ainsi, la pratique régulière d'activités physiques permet de maintenir cette hausse de façon continue. Deuxièmement, l'augmentation de la masse musculaire liée à une activité physique régulière, spécialement la musculation, est liée à un métabolisme de base plus élevé. Une masse musculaire plus importante permettra d'élever le métabolisme de base.

Ces nombreux bienfaits de l'activité physique prouvent que la sédentarité est l'un des principaux facteurs de la croissance du taux d'obésité. En fait, pour une bonne partie de la population obèse, les dépenses énergétiques se limitent au métabolisme de base et aux activités routinières telles que les tâches ménagères, ce qui laisse une très faible marge de manoeuvre en ce qui concerne les apports énergétiques. Bien que l'augmentation graduelle de l'activité physique puisse contribuer à créer une balance énergétique optimale dans une démarche de perte de poids, il a été démontré que cet objectif est plus facile à atteindre lorsqu'il est jumelé à l'intégration de meilleures habitudes alimentaires.

L'intégration de saines habitudes alimentaires est probablement le meilleur moyen d'équilibrer les apports énergétiques. Pour plusieurs, les mauvais choix alimentaires sont exacerbés par des comportements irrépressibles, telle la compulsion alimentaire, ou hyperphagie boulimique. Il devient alors difficile d'effectuer les changements nécessaires à une diminution des apports caloriques. Voici comment les apports énergétiques peuvent être influencés au point de créer un surplus de poids.

La malbouffe

La malbouffe fait malheureusement partie du quotidien de la société actuelle. Il s'agit d'une gamme d'aliments qui contiennent beaucoup de calories mais procurent peu de bienfaits nutritionnels (fibres, minéraux, vitamines, etc.). On parle alors d'aliments à calories vides ou à haute densité énergétique. Il importe d'en consommer le moins possible, au risque de déséquilibrer la balance énergétique. Comment ces aliments dommageables ont-ils réussi à prendre tant de place et à contribuer ainsi à la montée fulgurante de l'obésité? La réponse se résume en quatre idées clés :

visibilité, accessibilité, constance dans le goût et la présentation et, surtout, prix abordable. On sait toujours à quoi s'attendre!

Impossible de passer une journée sans voir une annonce d'aliments dont on vante les mérites, même s'ils sont faux : la publicité est omniprésente! Le nombre de restaurants rapides croît sans cesse, et la livraison à domicile permet d'y avoir facilement accès. Les prix très bas dans les grandes chaînes de restaurants attirent les consommateurs, qui finissent par opter pour le plus gros format. La population est tombée dans le piège, avec pour conséquence l'obésité.

L'irrégularité des repas

Les apports énergétiques peuvent aussi être affectés par l'irrégularité des repas. Idéalement, il faut prendre trois repas équilibrés par jour, et des collations au besoin seulement. Malheureusement, certaines personnes sautent parfois un ou plusieurs repas à cause du rythme effréné de leur vie et de leurs horaires de travail variés. La plupart du temps, elles ne s'en inquiètent pas, croyant qu'un repas en moins signifie une moins grande consommation de calories. Il s'agit d'un mauvais calcul, et ce, pour deux raisons. D'abord, imposer au corps un déficit calorique draconien peut activer le mécanisme de défense après un certain temps (voir *Les régimes draconiens*). Ensuite, passer un repas engendre très souvent des apports compensatoires. Ainsi, certains grignotent le soir, pour calmer la faim qui se manifeste avec ardeur. Or, les collations contiennent souvent plus de calories que le repas manqué.

Les émotions

Une grande partie des apports alimentaires excédentaires est due aux émotions. En effet, la nourriture est, pour l'être humain, une source de réconfort. Certains mangent non seulement pour amoindrir la tristesse, le stress ou l'ennui, mais aussi pour rehausser une sensation de bien-être ou de joie. Se satisfaire émotionnellement avec de la nourriture amène des apports énergétiques souvent trop élevés, même si les aliments ingérés sont sains. Un excédent de calories provenant d'aliments sains n'est pas moins dommageable.

Lorsque ce type de comportement est hors de contrôle, se produit relativement fréquemment et contribue à la prise de poids, il est défini comme une compulsion alimentaire, ou hyperphagie boulimique. Les épisodes de compulsion alimentaire

surviennent le plus souvent entre les repas et impliquent l'ingestion de très grandes quantités d'aliments procurant un certain plaisir. Contrairement à un grignotage « normal », la personne mange sans éprouver la faim et peut en ressentir de la culpabilité et de la honte par la suite. Réduire les apports énergétiques excessifs liés aux émotions est très ardu et passe souvent par des techniques de relaxation ou une psychothérapie, qui permettent d'avoir un meilleur contrôle sur la situation.

L'obésité et ses conséquences sur la santé

Les conséquences de l'obésité sur la santé sont très nombreuses.

Les maladies cardiovasculaires

Pour des raisons de santé, l'embonpoint et l'obésité doivent être pris en charge. Une surcharge pondérale, particulièrement l'obésité abdominale, élève nettement le risque d'être atteint de plusieurs maladies non transmissibles. Les personnes ayant un tour de taille trop élevé courent le risque de développer des maladies cardiovasculaires telles que l'infarctus et l'accident vasculaire cérébral (AVC). De fait, l'excès de graisse abdominale est directement lié à l'hypertension, à la dyslipidémie et au diabète, trois facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.

L'hypertension

L'hypertension et l'obésité vont souvent de pair; entre 30 et 65 % des personnes hypertendues sont aussi obèses. La tension artérielle augmente de 2 à 3 mmHg pour chaque tranche de 10 kg excédentaire.

La dyslipidémie

Une grande partie des personnes ayant une surcharge pondérale abdominale présentent un bilan lipidique à risque. L'obésité provoque une augmentation des triglycérides et du mauvais cholestérol (LDL) et une diminution du bon cholestérol (HDL). La combinaison de dyslipidémie et d'hypertension a comme conséquence l'artériosclérose, c'est-à-dire l'obstruction et la rigidité des artères.

Le diabète

Un surplus de masse adipeuse conduit à l'insulinorésistance, c'est-à-dire une résistance des cellules du corps à l'insuline, l'hormone essentielle au bon contrôle de la glycémie; l'insulinorésistance provoque

à son tour de l'hyperglycémie et, par conséquent, le diabète. Lorsqu'elles sont présentes en grand nombre, les cellules adipeuses diminuent l'affinité entre les cellules et l'insuline, empêchant le glucose d'y pénétrer. On dit alors que ces cellules sont insulinorésistantes. Le manque de glucose dans les cellules est compensé par une production de glucose par le foie; ce phénomène contribue à l'excès de glucose dans le sang et, par le fait même, au diabète.

Le syndrome de l'apnée du sommeil

Les personnes obèses sont sujettes aux problèmes respiratoires tels que le syndrome d'apnée du sommeil (SAS). Une augmentation de 10 % du poids initial est associée à un risque six fois plus élevé d'être aux prises avec le SAS. Le surplus de poids a comme effet l'affaiblissement partiel des voies respiratoires, ce qui peut entraîner le SAS, cause d'un sommeil perturbé. En retour, le SAS devient un facteur de risque d'hypertension. Des études ont également montré que le sommeil perturbé peut causer un gain de poids.

Les problèmes musculo-squelettiques

Les maladies métaboliques ne sont pas les seules à guetter les personnes en surcharge pondérale. Un excès de poids provoque des dommages aux articulations et entraîne des problèmes musculo-squelettiques, telle l'arthrose. Il est facile d'imaginer les dégâts après avoir compris que chaque kilo supplémentaire augmente de trois à cinq kilos la pression sur les genoux.

Le cancer

La surcharge pondérale est aussi un facteur de risque pour le cancer, notamment ceux de l'endomètre, du côlon, de la prostate et du sein. Il est maintenant prouvé que l'obésité contribue à 7 % des cancers diagnostiqués chez la population canadienne. Le risque de mortalité à la suite d'un cancer est considérablement élevé chez une personne obèse.

En conclusion

Le surplus de poids est loin d'être un simple problème d'esthétique. Il présente un risque bien réel. L'obésité est une cause de maladies et de décès évitables. Il faut donc l'enrayer afin d'endiguer cette épidémie. Les professionnelles de la santé doivent demeurer conscientes des risques de santé potentiels des patients ayant un surplus de poids et être prêtes à les diriger vers les ressources appropriées pour une prise en charge adéquate. ♦

RÉFÉRENCES

EUROPEAN FOOD INFORMATION COUNCIL (EUFIC). « L'obésité et la surcharge pondérale », [En ligne], 2006. [www.eufic.org/article/fr/expid/basics-obesite-surcharge-ponderale] (15 octobre 2014).

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL (ICM). « Artériosclérose / Maladie coronarienne », [En ligne], 2014. [www.icm-mhi.org/fr/soins-et-services/maladies-cardiovasculaires/arteriosclerose-maladie-coronarienne] (15 octobre 2014).

LA CLINIQUE ST-AMOUR. « Traitement hyperphagie boulimique (compulsion alimentaire) », [En ligne], 2013. [www.cliniquestamour.com/le-traitement/hyperphagie-boulimique-compulsion-alimentaire-traitement] (15 octobre 2014).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). « Obésité et surpoids », [En ligne], 2014. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/] (13 octobre 2014).

SHARMA, A.M., et Y. FREEDHOFF. « Best Weight: A Practical Guide to Office-Based Obesity Management », [En ligne], 2010. [www.obesitynetwork.ca/best-weight] (13 octobre 2014).

QUESTIONNAIRE

Lisez attentivement le texte précédent et répondez au questionnaire ci-dessous.

Vous devez transposer vos réponses dans notre portail de formation, à formationcontinue.oiaq.org.

Des frais de 15 \$ doivent aussi être acquittés en ligne.

Les questionnaires et les chèques reçus par la poste seront refusés.

Date limite : 31 mars 2015.

*Les infirmières auxiliaires qui répondront correctement à au moins sept questions se verront reconnaître **une heure de formation continue.***

		VRAI	FAUX
1	Il est impossible de perdre du poids si les apports énergétiques sont plus élevés que les dépenses énergétiques.		
2	M ^{me} Contrecœur a un IMC à 24 et un tour de taille de 92 cm. Elle court plus de risque d'être atteinte d'une maladie cardiovasculaire, de diabète, d'hypertension et de dyslipidémie.		
3	M ^{me} Tracy consomme 200 calories de plus que ses dépenses énergétiques quotidiennes, car elle mange quatre fruits en soirée. Puisqu'elle mange des fruits, son poids va rester stable.		
4	M. Boucher mange seulement deux repas par jour, mais il ne réussit pas à perdre du poids. Cela indique que ses apports énergétiques sont moins élevés que ses dépenses énergétiques.		
5	Le métabolisme de base est augmenté 24 à 48 heures à la suite d'une activité physique.		
6	L'obésité abdominale peut rendre les cellules du corps insulino-résistantes, ce qui augmente le risque que le diabète se développe.		
7	Une personne ayant un IMC à 32 court seulement deux risques : la maladie cardiovasculaire et le diabète.		
8	L'hyperphagie est un comportement alimentaire qui n'est pas lié à la faim et cause un surplus de poids.		
9	Il est possible de prendre du poids sous l'olanzapine et le valproate.		
10	Le syndrome d'apnée du sommeil est associé à un gain de poids et à l'hypertension.		



FÉLICITATIONS AUX RÉCIPENDAIRES

DE JUILLET À OCTOBRE 2014

La Médaille du mérite est remise aux candidates qui se sont distinguées pendant leur formation.

*CENTRE DE
FORMATION
COMPÉTENCES-2000,
LAVAL*
Mélanie Poirier

CFP DE LÉVIS
Amanda Garant

CFP MONT-LAURIER
Sara Chtioui

*CFP DES MÉTIERS
DE LA SANTÉ,
KIRKLAND*
Sara Antoine
Karine Landry

*CFP
PERFORMANCE PLUS,
LACHUTE*
Isabelle St-Jean-Lepage

*CFP VISION 20 20,
VICTORIAVILLE*
Gabrielle Côté

*PAVILLON DE SANTÉ,
JOLIETTE*
Marie-Andrée Paré

*CFP MANICOUAGAN,
ÉDIFICE ALBERT-
DESCHÊNES,
BAIE-COMEAU*
Julie Boudreau

*CFP SOREL-TRACY,
CENTRE BERNARD-
GARIÉPY,
SOREL*
Bianca Charest
Catherina Page
Sandra Raposo-Drouin

*CENTRE DE
FORMATION
EASTERN QUÉBEC,
SAINTE-FOY*
Karine Chicoine

*CFP CHARLOTTE-
TASSÉ, LONGUEUIL*
Vanessa Brosseau

ERRATUM

Dans le numéro d'automne 2014, il aurait fallu lire **Amélie Lemieux** et non Amélie Gagnon, dans la liste des médaillés du CFP **L'ÉMERGENCE, DEUX-MONTAGNES.**

Toutes nos excuses.

**Fier assureur
des membres
de l'Ordre
depuis plus
de 25 ans**

Nous sommes là pour vous protéger dans l'exercice de vos activités professionnelles! N'hésitez pas à nous contacter pour toute question sur votre programme d'assurance.

1 800 644-0607
lacapitale.com/oiaq




La Capitale
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages

BIENVENUE

DU 1^{ER} JUILLET AU 30 OCTOBRE 2014

Adaba, Rebeca Koussouba	Belace, Daphnée	Bourgault-Falardeau, Patricia	Collin, Marco	Desroches, Sophie
Adelson, Marie Rose-May	Béland, Cynthia	Boutom, Alfred Raoul	Com, Caroline	Desrosiers, Diane
Afonso, Maria	Béland Lefebvre, Rosalie	Boyer, Kim	Comeau, Sophie	Diop, Astou
Agella, Michaele	Bélangier, Pascale	Brathwaite, Samuel Errol	Comeau, Valérie	Diop, Fatoumata Lemou
Aguilar, Marinelia	Bélisle, Karolane	Brisebois, Sammy-Joe	Corbeil, Guillaume	Diop, Khadim
Aguilar Fuentes, Carlos	Béliveau, Nancy	Brochu, Isabelle	Corbosi, Vasilica Daniela	Djalnaza, Mugenzi
Akissi Nathalie, Konan	Bellefeuille, Jean-Pierre	Brousseau, Jacques	Cormier, Précilia	Dompierre, Roxanne
Albert, Annabelle	Bellehumeur, Alexandre	Brousseau, Mélissa	Cormier, Sebastien	Dorcay, Michel-Ange
Aliaga Arellano, Christ	Bellemare, Cloé	Brunet, Jacynthe	Cote, Celina	Douville, Marie-Sylvie
Allaire, Claudia	Belmouri, Abdelaziz	Bucur, Mihaela	Côté, Sarah Eve	Doyon, Valérie
Amaning-Kwarteng, Ernestina	Bergeron, Carla Angela	Cadet, Naderge	Côté, Vicky	Drapeau, April
Amato, Stéphanie	Berlinguette, Marie-Ève	Cadieux, Mélissa	Côté Sabourin, Marieve	Dubé, Marie-Ève
Amaya Duran, Sandra	Bernier, Jennifer	Caicedo Espinel, Brandon	Côté-Croteau, Jessica	Dubois, Lauriane
Anthony, Gwenette	Berrouard, Alexis	Cainglet, Ivory	Couette, Alexandra	Dubreuil, Isabelle
Antoine, Sara	Bery, Catherine	Cang, Xiao Dan	Courchesne, Nadia	Duchaine-Séguin, Marie-Michèle
Arab, Abdeslam	Bertrand, Arrielle	Carle, Roxanne	Couture, Guylaine	Ducharme, Audrey
Arceo, Marie Kris	Bezanzon, Naomi	Caron, Michelle	Couture, Joëlle	Dufault, Karine
Ash, Jenny	Bien-Aimé, Murielle	Carrier, Marie-Claude	Crevier-Laurin, Kathy	Dugas, Chanel
Asselin, Valérie	Bigras, Francis	Carter, Grace	Croisetière, Amélie	Duguay, Roseline
Assouka, Sonya	Bilodeau, Alexandra	Caza, Cornelis	Crousset Tremblay, Vanessa	Dulac-Laporte, Mélissa
Aster, Christine	Blais, Katrina	Cerpa Archambault, Fanny	Dakin, Manon	Dumay, Francesca
Atiolo, Michele Carole	Blais, Martine	Chadid, Sanaa	Daly, Kim	Dupali, Concepcion
Atto Mendoza, Maria Fernanda	Blais Element, Lucas Jeoffrey	Chafi, Fatima	Danis, Kim	Eboho, David
Auger, Manon	Blatnicky, Kree	Chagot, Sharleine	Danoun, Mohamed	Ech Cheikh, Abdelmajid
Auguste, Elmase	Boileau, Patricia	Champagne, Éloïse	Darveau, Sarah	Edouard, Claudyne
Aurélien, Nerline	Boisvert, Marc	Charest, Bianca	Das, Priyanka	Edwards, Synaya
Ave, Nathalie	Boisvert, Marie-Claude	Charkova, Ivanka Stoyanov Andonova	Dauphinais, Audrey	Eghujovbo, Ono-Marie
Ayah, Ursula	Boivin, Nadine	Charlebois, Angie	Davidson, Catherine	El Omari, Lamiae
Baahadjei, Stephanie Stella	Bolduc, Karine	Charni, Asma	Davis, Marie France	Elaloui, Noura
Badion, Annamelie	Bonilla, Eduardo	Charron, Sandra	De Bellefeuille-Jaramillo, Laura Maria	Emard, Karelle
Baldé, Kadiatou	Bostan, Angelica	Chartier, Katy	De Senneville, Valérie	Emond, Vicky
Baliwag, Zarlén Lee Ann	Boualallah, Wissam	Châtelain, Jenhane	Dehbi, Fatiha	Eyambo, Régine
Baptiste, Claclery	Bouchard, Suzie	Chavez Delgado, Karol Giovanna	Demers, Caroline	Ezzaier, Riadh
Barbeau, Marie-Ève	Bouchard Côté, Annie-Claude	Cherkaoui El Maataoui, Lalla Ilham	Denault, Jennefer	Farhat, Rania
Barisic, Sanel	Boucher, Camillia	Chérubin Garçon, Manina	Des Ormeaux, Tessa	Farmer, Stéfanie
Barolet, Barbara C.	Boucher, Danahé	Chery, Midelaine	Desbiens, Annie	Fenelon Lexis, Myslene
Barrett, Marie-Elaine	Boucher, Kevin	Chtioui, Sara	Deschatelets, Joannie	Fhima, Stessy
Barrière, Claudia	Boucher, Lysa-Marie	Clavel, Kim	Deschênes Murray, Mariève	Fiadzoé, Portia
Beauchamp, Gabrielle	Boucher-Fernandes, Michelle	Clément, Marie-Pierre	Desgagnés-Lafleur, Stéphanie	Filali, Lila
Beaudry, Valérie	Boukhari, Badiaa	Cloutier, Mélanie	Desloges, Kim	Filiatrait St-Georges, Sophie
Beaulieu, Suzie	Bourassa, Marc-André	Colas, Marie-Sophonie	Desnoyers, Mélanie	Filion, Julie
Beauzil, Laure Raymonde	Bourdeau, Chantal		Desrochers, Mélanie	Finniken, Nauja
Bédard-Rondeau, Karine	Bourgault, Emma			



Fisette, Marilyn	Grégoire, Marie-Ève	Jones, Vanessa	Laporte Poirier, Audrey	Luboya, Eva
Flahy, Said	Grenier, Emilie	Joseph, Carl Frédéric	Laporte-Thyer, Josée	Lucero, Karen Lisette
Forgues, Eliza-Anne	Grenier, Jessica	Joseph, Gelotte	Laprise, Preslie	Lusamba Baswakutubia, Madeleine
Fortier, Amélie	Grenier, Lynda	Joseph, Gina	Larche, Khadija	Maccenat, Dorothee
Fortier, Kimberly	Grondin, Annie	Jubenville, Marie-Ève	Laroche, Kathia	Maglaya, Maria Teresa
Foster, Casandra	Groulx, Stéphanie	Julien-Joseph, Johane	Larouche, Vanessa	Mahia, Nassima
Fournier, Janique	Gruia-Neda, Mirela	Juste, Nadège	Larsen, Jesseca	Mainville, Valérie
Fracheboud, Virginie	Guendouz, Reza	Kahagallage, Hasala Pawani	Lasalle, Marie-Michèle	Makoschey, Wendy
Francisco Da Silva, Jennifer	Guénette, Karole	Kaklieu Ngamako, Agreppine	Latreche, Boulaïd	Marcaurrelle, Fanny
Franco, Dominique	Guénette, Laurie	Kamangari, Mojgan	Lauzon, Chantal	Marcelin, Sandra
Franks, Jessyka	Guérard Carrier, Katherine	Karunathasan, Gina	Lauzon, Karine	Marchand, Audrey-Ann
Frappier, Marie-Pier	Guillaume Chéry, Emilie	Kirac, Elif	Lauzon, Sandra	Marinier, Francesca
Frenette Gaudreau, Annie	Guillemette, Isabelle	Kneifati, Rine Catherine	Lavoie, Brigitte	Marquis, Isabelle
Friesen, John	Gutierrez Leiva, Ilse Celina	Korchmar, Sandra	Lavoie, Cindy	Marsh, Jean-Frédéric
Gabaisen, Elena Gelene	Hadda, Abdelouahid	Kouakou, Jessy Diamoua	Lazaro Tapia, Carmen Elena	Marsh, Marie-Claude
Gabriel, Gella	Haineault, Mélissa	Kouanang Wokap Epse, Carole	Le, Ngoc Diep	Marshall, Véronique
Gagnon, Alex	Hammond, Amanda	Kouchkarian, Nathalie	Le Trionnaire, Gaëlle	Martel, Katheryn
Gagnon, Mélodie	Hamourra, Anas	Labrie, Mélissa	Leblanc, Véronique	Martin, Roger
Gallant, Jessica	Harrar, Hocine	Lachance, Amélie	Leclerc, Katherine	Maschino, Sarah
Garceau, Frédérique	Hayoun, Samah	Lachance, Audrey	Lefebvre, Audrée	Massicotte, Amélie
Gardner-Cromwell, Jennifer Lynn	Hébert, Valérie	Lachance, Manon	Legault, Marie-Hélène	Mayer, Nathalie
Gaudette, Annie	Henley, Johannie	Lachance, Myriam	Legault-Martineau, Vanessa	Maynard, Martine
Gauthier, Annick	Héту, Emmanuelle	Lacoste, Valérie	Legros, Noémie	Mazzara, Gilberte
Gauthier, Sonia	Hilali, Rachida	Lacoste-Côté, Élodie	Lemay, Marie-Pier	Mbi Ojong, Kenneth
Gauthier, Stéphanie	Homer, Suzette	Lacroix, Patricia	Lemay, Myriam	Mbuese Kamanda, Emerence
Gauthier-Grenier, Roxanne	Houari, Sarah	Lactam, Imelda	Lemay, Sarah	Mc Innis, Marie-Monica
Genois, Coralie	Hovington, Annick	Ladouceur, Annie	Lemesle, Nathalie	Mc Nicoll, Jessica
Gertin-François, Mirlene	Hrybouskaya, Volha	Ladouceur, Marie-Guerline	Lemieux, Caroline	Mehenni, Mustapha
Gervais, Marie-Pierre	Hu, Yundan	Ladurantaye, Sophie	Lemieux, Marie-Noëlle	Melançon, Julie
Gholampour, Amirhossein	Imbeault, Patricia	Laforest, Marie-Claire	Lenescar, Marie Edwige	Melo Acosta, Maria Maura
Giguère, Mellissa	Ivall, Vanessa	Lafortune, Céline	Lennon, Tina	Mercier, Catherine
Giguère, Karolann	Jacob-Corriveau, Rosaly	Lafrance, Miriam	Léonard, Cassandre Sagina	Mercier, Patrik
Gilbert, Manon	Janelle-Lemay, Mélissa	Lagacé, Julie	Leroux, Liliane	Mercier-Louis, Johanne
Gilbert-Boudreau, Sammy-Jo	Jannard, Mélanie	Lalancette, Sophie	Lévesque, Emmanuelle	Merrouche, Khadidja
Girard, Frédéric	Jarry, Diane	Lam, Nadia	Liew, Rachel	Messier, Anne
Girard, Jennyfer	Jean Germain, Hermionne	Lamond, Claudine	Litalien, Geneviève	Messier, Cynthia
Giroux, Jacky	Jean Paul, Jennifer	Lamothe, Jordan	Liu, Yang	Meszaros, Viviane
Giroux-Boulé, Jessica	Jean-Louis, Estherlande	Landry, Karine	Locas, Audrey	Méthot, Karine
Gosselin, Carolanne	Jean-Paul, Sherley	Landry Joyal, Charlène	Lord-Nhes, Rithy	Méthot, Véronique
Gosselin, Sophie	Jean-Saint-Georges, Guilna	Langlois, Audrey	Louisius, Bertrand	Meunier-Bélanger, Maude
Goulet, Liliane	Jérôme, Stéphanie Éléonore	Lanthier, Jessica	Louismeus, Djerny	Meus, Alexandra
Goumeziane, Mehand	Jeune, Marie Dominique	Laplante Charbonneau, Alexandra	Lubnise, Jean-Baptiste	Michaud, Stéphanie
Grégoire, Kasandra	Jlilat, Mohammed	Lapointe, Josée		

BIENVENUE

DU 1^{ER} JUILLET AU 30 OCTOBRE 2014



Michaud, Valérie	Oulhadj, Kahina	Pouliot, Marie-Claude	Samuel, Rosanne	Théophile, Vesta
Michaud Emond, Caroline	Oviedo, Sheila	Prince-Chénier, Jessica	Sanchez, Aurélie	Thériault, Denis
Miljour, Nathalie	Padda, Mandeep Kaur	Pronovost, Mélanie	Sanon, Faraht Samantha	Thibault, Audrey
Moffette, Elodie	Page, Catherina	Proulx, Jessica	Santiago, Gladys Jane	Thibodeau, Benoît
Moldovan, Rodica	Palardy, Krystal	Proulx, Marie-Kristyne	Santiago, Jennifer	Thibodeau Fournier, Sophie
Monast, Joëlle	Paone, Angela	Proulx, Sabrina	Santos, Jacinta Da Gloria	Tran Kieu, Bonnie Diem Thu
Monge, Meryl Andrea	Paquet, Stéphanie	Provost, Nathalie	Carvalho Dos	Tremblay, Stéphanie
Montpellier, Amélie	Paquet-Tremblay, Sophie	Quessy, Frances	Sauriol, Karine	Tremblay, Vicky
Montpetit, Ariane	Paré, Marie-Andrée	Quilatan, Jhonalyn Marie	Savard, Marilyn	Trudeau, Eugénelle
Morency-Eloi, Marie Flore	Paré-Allen, Myriam	Quiroz, Juan Esteban	Sé Epse Amantcho, Adjoba Rachel	Trudeau, Valérie
Morin, Marie-Michèle	Parent, Catherine	R. Paquette, Sophie	Semlali, Ahmed	Trujillo Marles, Sara Alejandra
Morissette, Harvey	Parent, Dawn	Raboy, Michael-Don	Shattler, Gabrielle	Turcotte, Vicky
Morneau, Mélanie	Parent, Fanny	Rafai, Wassila Houria	Sheehy-Gauthier, Aimie	Uwingabire, Victoire
Muhirwa, Alfred Idrissa	Parsons, Chantal	Rahimi, Amal	Siebos, Anastassia	Valiquette, Camay
Nadeau, Caroline	Patcas, Timeea Alexandra	Railean, Vitalie	Sigouin, Nancy	Vallée, Véronique
Nadeau, Karine	Paul, Marie Geneviève	Rakotondrasolo, Mavo Velotiana	Simard-Jacob, Marianne	Vallon, Rebecca
Nadeau, Natacha	Péan, Maryse	Ramadhan, Lubumgyo	Simionescu, Razvan	Veilleux, Cynthia
Nadeau, Vicky	Peillon, Emilie	Ravichandran, Umakumary	Simon, Hendy	Vera Diaz, Helga
Narbonne Bellemarre, Sophie	Pelletier, Dominique	Reeves, Sandra	Simon, Paulvin Firmin	Verret, Isabel
Narcisse, Nadège	Pelletier, Josée	Réhel, Audrey	Simpson, Amanda	Villamil, Edison Fernando
Ndayshimiye, Victor	Pelletier, Marie-Chantal	Rémy, Francheska	Sirois Leduc, Amélie	Vincent, Myriam
Ndiaye, Fatou Binetou	Penafior, Adelwisa	René, Allyson	Slama, Meriem	Vincent, Victoria
N'diaye, Christiane	Pépin, Audrey	Ricard, Marie-Hélène	Snider, Patricia Ann	Wambaya, Nyembwe
Ndongo Nkake, Martine	Perez Kamss, Pedro Daniel	Rice, Daniella	Soucy, Diane	Yeboah-Kodie, Matilda
Ngo, Thai-Thao	Perosa, Marianik	Richard, Sindy	Souihli, Chourouk	Yee, James
Nguela, Josiane	Perras, Laurianne	Richer, Marie-Pier	Soumahoro, Bassa Massandje	Yegorycheva, Olga
Nibigira, Marie-Josée	Perreault, Julie	Riendeau, Mélissa	St-Denis, Laurianne	Zamora, Jacqueline
Nicolas-Cleanceau, Sonia	Perreault L'Écuyer, Marc	Roberts, Samantha	St-Gelais, Eve	Zamora Orellana, Diane
Niwomugisha, Dianne	Perron, Karine	Robichaud, Lysane	St-Hilaire, Kelsie	Zankiewicz, Luke
Nkolongo Biaya, Greta	Perron, Kim	Rochette, Patricia	St-Hilaire, Steven	Zhan, Ying Jie
Noël, Pierre-Jo	Peterli, Holly	Rochette, Rébecca	St-Jean, Josée	Zikri, Jamila
Noutchieu, Stephanie Diane	Petit-Homme, Amanda	Rochette-Angers, Patricia	St-Martin, Véronique	Zoubiri, Aïcha
Ntumba, Muamba	Picard, Alexandre	Rouillard, Josée	Summers, Andrea	
Nyapewo, Berline Félicité	Pierre, Darling	Roy, Chantal	Szabo Ribeiro, Kathyanna	
Nzabakurikiza, Francine	Pigeon-Raymond, Marie-Julie	Roy, Chloé	Taing, Jimmy	
Oabel-Inawat, Ginelle	Pintiève, Nicole	Roy-Bonamie, Audrey	Takun, Ooteem	
Ocean, Lovely	Pisarczyk, Kelly	Ruggiero, Sandra	Tambwe, Alex Salumu	
Occhionero, Marco	Pitre-Loiselle, Karine	Ruragira, Lalia Edwige	Tardif, Patricia	
Odoro, Akua	Plante, Vanessa	Sabar, Yacine	Tatta, Shauna	
Onana Beyala, Julienne Thérèse	Poirier, Diane	Saintelus, Jimmy	Tchagnao, Alidou	
Ouellet, Stéphanie	Poirier, Kim	Saint-Fleur, Rose-Laure	Tellier, Djanis	
Ouellet, Vanessa	Poirier, Mélanie	Saint-Jean Gourdeau, Chrystine	Temmel, Tracy	
Ould Amrouche, Nasser	Potvin Caron, Emmanuelle	Saint-Jean-Lepage, Isabelle	Tessier, Annie	

DOSSIER 21-10-1458

Avis est par les présentes donné que M. André Beaudoin, inf. aux., a été déclaré coupable, le 18 août 2014, de l'infraction suivante :

Alors qu'il était à l'emploi du Centre d'hébergement Joseph-Denys à Trois-Rivières (CSSS de Trois-Rivières), et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Le 13 mai 2010, a adopté une conduite brusque et irrespectueuse à l'endroit d'une patiente, le tout contrairement aux articles 3.01.03, 3.01.05 et 4.01.01 l) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*.

Dans la décision du 18 août 2014, le conseil de discipline a imposé à M. Beaudoin une radiation temporaire de trois mois. De plus, le conseil a dispensé la partie intimée du paiement des frais et déboursés et a ordonné à la secrétaire du conseil de procéder à la publication de l'avis de la décision dans un journal circulant dans le lieu où la partie intimée a son domicile professionnel, les frais de cette publication devant être assumés par la partie plaignante.

Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée le 20 août 2014, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 20 septembre 2014.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 25 septembre 2014

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-14-1729

Avis est par les présentes donné que M. Daniel Blais-Morissette, inf. aux., a été déclaré coupable, le 18 août 2014, des infractions suivantes :

Alors qu'il était à l'emploi de la Résidence Saint-François, à Québec, et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Entre les 15 janvier et 15 mars 2014, s'est s'approprié diverses sommes d'argent, soit entre 200 \$ et 300 \$, appartenant à plusieurs patients, commettant ainsi l'infraction prévue à l'article 16 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (C-26, r. 153.1);
2. Les 14 et 17 mars 2014, s'est introduit dans le bureau de la direction et a consulté, sans aucune autorisation, divers dossiers administratifs comprenant notamment

des renseignements personnels et confidentiels, commettant ainsi l'acte dérogatoire prévu à l'article 59.2 du *Code des professions*.

Dans la décision du 18 août 2014, le conseil de discipline a imposé à M. Blais-Morissette une radiation temporaire de quatre mois pour le chef n° 1 et de deux mois pour le chef n° 2, lesdites périodes de radiation devant être purgées concurremment. De plus, le conseil a dispensé la partie intimée du paiement des frais et déboursés et a ordonné à la secrétaire du conseil de procéder à la publication de l'avis de la décision dans un journal circulant dans le lieu où la partie intimée a son domicile professionnel, les frais de cette publication devant être assumés par la partie plaignante.

Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée le 20 août 2014, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 20 septembre 2014.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 25 septembre 2014

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-14-1746

Avis est par les présentes donné que M^{me} Jessica-Mélanie Dorais, inf. aux., a été déclarée coupable, le 9 octobre 2014, de l'infraction suivante :

Alors qu'elle était à l'emploi du Centre de recherche appliqué en allergie de Québec et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Le 27 mars 2014, a commis une erreur dans l'administration d'un vaccin de désensibilisation à une patiente, en lui administrant un vaccin destiné à une autre patiente, commettant ainsi l'infraction prévue à l'article 14 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (Chap. C-26, r. 153.1).

Dans la décision du 9 octobre 2014, le conseil de discipline a imposé à M^{me} Dorais une radiation temporaire d'un mois. De plus, le conseil a dispensé la partie intimée du paiement des frais et déboursés et a ordonné à la secrétaire du conseil de procéder à la publication de l'avis de la décision dans un journal circulant dans le lieu où la partie intimée a son domicile professionnel, les frais de cette publication devant être assumés par la partie plaignante.

En vertu de l'article 157 al. 2 du *Code des professions*, et compte tenu que cette décision a été rendue en présence de la partie intimée, elle est réputée lui avoir

été signifiée le même jour. Faisant suite à la signature d'une renonciation au droit d'appel, cette décision est devenue exécutoire le 9 octobre 2014.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 14 octobre 2014

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-13-1669

Avis est par les présentes donné que, le 18 août 2014, le conseil de discipline a imposé une sanction à M^{me} Marie-Louise Fortier, inf. aux., après avoir constaté qu'elle a été déclarée coupable des infractions suivantes :

À Québec, le 30 octobre 2013, a été trouvée coupable, dans le dossier n° 13CC011018 (QUE-130530035) de la Cour municipale de Québec, des infractions criminelles suivantes, ayant un lien avec l'exercice de la profession :

1. A, le ou vers le 24 mai 2013, à Québec, district de Québec, volé des comprimés d'Ativan à la Résidence du Campanile, résidence située au 901, Laudance, d'une valeur ne dépassant pas 5 000 \$, commettant ainsi l'infraction punissable sur déclaration sommaire de culpabilité prévue à l'article 334 b) ii) du Code criminel;
2. A, le ou vers le 24 mai 2013, à Québec, district de Québec, volé de l'argent à la Résidence du Campanile, résidence située au 901, Laudance, d'une valeur ne dépassant pas 5 000 \$, commettant ainsi l'infraction punissable sur déclaration sommaire de culpabilité prévue à l'article 334 b) ii) du Code criminel;

se rendant ainsi passible des sanctions prévues à l'article 156 du Code des professions du Québec tel que prévu à l'article 149.1 dudit Code des professions (L.R.Q., c. C-26).

Dans la décision du 18 août 2014, le conseil de discipline a imposé à M^{me} Fortier une radiation temporaire de 12 mois. De plus, le conseil a dispensé la partie intimée du paiement des frais et déboursés et a ordonné à la secrétaire du conseil de procéder à la publication de l'avis de la décision dans un journal circulant dans le lieu où la partie intimée a son domicile professionnel, les frais de cette publication devant être assumés par la partie plaignante.

AVIS DE RADIATION

Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée le 21 août 2014, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 23 septembre 2014.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 25 septembre 2014

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-14-1719

Avis est par les présentes donné que M. Jeannot Fortin, inf. aux., a été déclaré coupable, le 18 août 2014, des infractions suivantes :

1. Entre les mois de mai et août 2013, alors qu'il était à l'emploi du CSSS du Domaine-du-Roy situé à Roberval, a établi des liens d'amitié et des liens sexuels avec une patiente à qui il avait dispensé des soins, le tout contrairement à l'article 46 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*;
2. Entre les 23 et 31 juillet 2013, alors qu'il était à l'emploi du CSSS du Domaine-du-Roy situé à Roberval, a établi des liens d'amitié avec une patiente à qui il avait dispensé des soins, le tout contrairement à l'article 46 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*.

Dans la décision du 18 août 2014, le conseil de discipline a imposé à M. Fortin une radiation temporaire de 24 mois pour le chef n° 1 et une radiation temporaire de 6 mois pour le chef n° 2, lesdites périodes de radiation devant être purgées concurremment. De plus, le conseil a dispensé la partie intimée du paiement des frais et déboursés et a ordonné à la secrétaire du conseil de procéder à la publication de l'avis de la décision dans un journal circulant dans le lieu où la partie intimée a son domicile professionnel, les frais de cette publication devant être assumés par la partie plaignante.

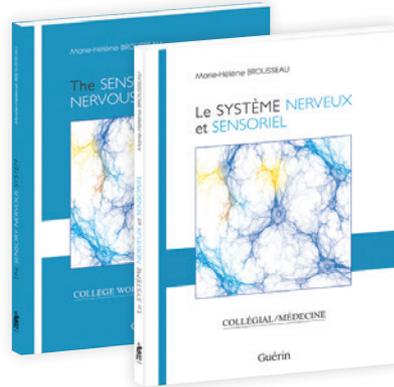
Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée le 27 août 2014, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 26 septembre 2014.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 29 septembre 2014

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

PUBLICATIONS

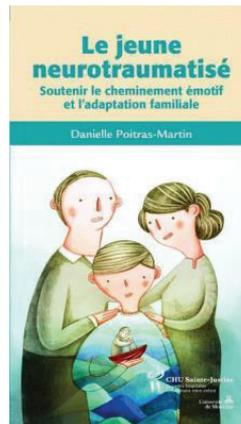


Comprendre le système nerveux et sensoriel

Écrit et publié en français par une infirmière auxiliaire, le cahier est maintenant disponible en anglais également. Au moment d'aller sous presse, le guide en anglais était en préparation mais sur le point d'être imprimé. Ces documents constituent un outil de vulgarisation de notions perçues

comme abstraites. Début de l'aventure pour qui s'intéresse au système nerveux et sensoriel, ils permettent de se construire un bagage concret. Outre des exercices, des images et des schémas, ces ouvrages comprennent des notions sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux et sensoriel, les examens cliniques et les pathologies communes.

TITRES : LE SYSTÈME NERVEUX ET SENSORIEL / THE SENSORY NERVOUS SYSTEM • AUTEURE : MARIE-HÉLÈNE BROUSSEAU • ÉDITEUR : GUÉRIN • PRIX : 39,95 \$ (GUIDE EN FRANÇAIS); 29,95 \$ (CAHIER EN FRANÇAIS); 39,95 \$ (GUIDE EN ANGLAIS); 29,95 \$ (CAHIER EN ANGLAIS) • POUR COMMANDER : WWW.GUERIN-EDITEUR.QC.CA



Soutenir le cheminement émotif et l'adaptation familiale du jeune neurotraumatisé

Une atteinte au cerveau ou à la moelle épinière chez un enfant ou un adolescent entraîne une brèche dans son développement, une profonde blessure à l'âme et un important bouleversement familial. Dans un tourbillon d'émotions, un processus d'adaptation à une nouvelle réalité s'amorce. Il comporte des limites à apprivoiser et des potentiels à découvrir et à exploiter. Pendant plus de 35 ans, l'auteure, psychologue, a fait partie d'une équipe multidisciplinaire qui encadrait

et accompagnait les jeunes neurotraumatisés et blessés orthopédiques graves ainsi que leur famille au Centre de réadaptation Marie-Enfant du CHU Sainte-Justine.

TITRE : LE JEUNE NEUROTRAUMATISÉ • AUTEURE : DANIELLE POITRAS-MARTIN • ÉDITEUR : CHU SAINTE-JUSTINE • PRIX : 19,95 \$ • POUR COMMANDER : WWW.EDITIONS-CHU-SAINTE-JUSTINE.ORG

Des rabais exclusifs : c'est réglé.



PROFITEZ DE RABAIS EXCLUSIFS

sur vos assurances auto, habitation et véhicule de loisirs

Jusqu'à

360 \$ DE RÉDUCTION
en regroupant vos nouvelles assurances auto,
habitation et véhicule de loisirs chez nous ¹

Obtenez une soumission

1 800 322-9226

lacapitale.com/oiaq



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec



La Capitale
Assurances générales

UN PROGRAMME FINANCIER POUR VOTRE VIE APRÈS LE TRAVAIL



La Banque Nationale a un programme financier¹ adapté aux **infirmier(ère)s auxiliaires** qui donne accès à des privilèges sur un ensemble de produits et de services, tels que :

- › Le compte bancaire² en \$ CA ou en \$ US;
- › La carte de crédit Platine MasterCard^{MD} Banque Nationale³;
- › Les solutions de financement comme la marge de crédit³ et le Tout-En-Un^{MD1, 3};
- › Les solutions de placement et de courtage offertes par nos filiales.

Fière partenaire de

bnc.ca/infirmierauxiliaire
Adhésion en succursale



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

 **BANQUE
NATIONALE**

1 Le programme financier de la Banque Nationale constitue un avantage offert aux infirmier(ère)s auxiliaires, qui détiennent une carte Platine MasterCard de la Banque Nationale et qui sont citoyens du Canada ou résidents permanents canadiens. Une preuve de votre statut professionnel vous sera demandée. 2 Compte bancaire avec privilège de chèques. 3 Financement octroyé sous réserve de l'approbation de crédit de la Banque Nationale. Certaines conditions s'appliquent. ^{MD} MasterCard est une marque déposée de MasterCard International Inc. Usager autorisé: Banque Nationale du Canada. ^{MD1} Tout-En-Un Banque Nationale est une marque déposée de la Banque Nationale.

© 2014 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.