

# FRANCOPHONIE

## DES SOINS INFIRMIERS EN ÉVOLUTION

CAHIER THÉMATIQUE J > LE DEVOIR, LES SAMEDI 23 ET DIMANCHE 24 MAI 2015



**Thématique du congrès 2015:**  
cap sur les maladies chroniques Page J 2



**Le cas africain:**  
quels enjeux pour le système de santé? Page J 4



SOURCE SIDIEF

Le 6<sup>e</sup> congrès international du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone se tiendra à Montréal, du 31 mai au 5 juin.

SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

## 15 ans de collaboration en français

Le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) célèbre cette année son 15<sup>e</sup> anniversaire. Bilan et perspectives.

MARTINE LETARTE

Lorsqu'elle était à la tête de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), Gyslaine Desrosiers a assisté à un congrès, tenu à Vancouver, du Conseil international des infirmières, qui a son siège social à Genève. Il n'y avait pratiquement pas de portion francophone dans le cadre de l'événement. Pourtant, on y trouvait plusieurs participants issus de pays francophones et l'envie d'échanger et de collaborer en français était bien présente. C'est ainsi qu'a germé l'idée du SIDIEF. Quinze ans plus tard, l'organisme compte des membres dans une trentaine de pays et tente de contribuer à l'amélioration de la productivité des systèmes de santé en réalisant différentes recherches, en prenant position sur des enjeux et en faisant rayonner des experts francophones.



Gyslaine Desrosiers

«La mondialisation permet notamment de faire le pont entre des collègues francophones de différents pays», constate Gyslaine Desrosiers, présidente du SIDIEF.

Pourtant, en 2000, ce pari n'allait pas de soi. «À ce moment-là, on commençait à parler de mondialisation, il y avait beaucoup de grandes conférences internationales aux États-Unis et c'était comme si tout devait dorénavant se passer en anglais», se souvient Gyslaine Desrosiers.

Les membres fondateurs du SIDIEF, l'OIIQ et l'Institut et Haute École de la santé La Source à Lausanne, en Suisse, avaient envie d'une autre voie.

«Nous avons la même vision, notamment sur l'évolution de la profession», indique M<sup>me</sup> Desrosiers, devenue consultante après deux décennies passées à la tête de l'OIIQ.

### Universitarisation de la formation

La question du développement de la formation universitaire en sciences infirmières était très importante pour les deux membres fondateurs de l'organisation internationale.

«Le SIDIEF soutient une thèse majeure, à savoir qu'il n'y a pas et n'y aura pas d'universitarisation de la formation infirmière sans que le système soit bâti sur trois cycles universitaires», in-

dique Jacques Chapuis, vice-président du SIDIEF et directeur de l'Institut et Haute École de la santé La Source.

Le SIDIEF a réalisé une étude comparative des différentes pratiques dans le monde francophone. «Le mémoire souligne aussi de nombreuses études, notamment américaines, qui ont démontré que les équipes soignantes d'infirmières formées dans un cursus universitaire dès la formation de base sont plus performantes, indique M. Chapuis. On constate une nette diminution de la mortalité postopératoire à 30 jours, de la durée des hospitalisations, du nombre de réhospitalisations, du nombre de complications, etc. Nous souhaitons donc relever que la formation des infirmières est un investissement et non une simple dépense.»

Le Québec offre des programmes aux trois cycles universitaires en sciences infirmières depuis plusieurs décennies. La Suisse francophone a réalisé le virage en 2008, mais, dans le reste de la francophonie, la situation est très variable.

«La France, par exemple, a lancé un grade licence sans réellement construire les trois cycles ni intégrer la formation au sein de l'université», indique M. Chapuis.

Toutefois, dans différents endroits, la situation continue d'évoluer.

«Le Liban, par exemple, offrira très bientôt une filière universitaire de trois cycles», indique M. Chapuis.

«La création du SIDIEF a donné un lieu d'échange sur les façons de faire et a permis la rencontre de personnes-clés pour développer de nouvelles formations», remarque Gyslaine Desrosiers.

### Partenariats et événements

Parmi les membres du SIDIEF, on retrouve notamment plusieurs établissements de formation. Puis, l'organisation internationale peut compter sur plusieurs membres promoteurs au Québec, dont les consortiums McGill, Montréal, Sherbrooke et Laval formés par les universités et leurs établissements de santé affiliés.

Un congrès international se tient tous les trois ans.

«En 2009, à Marrakech, notre congrès a vraiment pris un envol, puisqu'il était parrainé par la femme du roi du Maroc, la princesse Lalla Salma, ambassadrice de bonne volonté de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) contre le cancer, et elle a à cœur la formation des infir-



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

La question du développement de la formation universitaire en sciences infirmières était très importante pour l'OIIQ et l'Institut et Haute École de la santé La Source à Lausanne, qui sont les deux membres fondateurs du SIDIEF.

mières au Maroc», indique M<sup>me</sup> Desrosiers.

Puis, en 2012, le congrès a eu lieu à Genève, en Suisse, avec l'appui de l'Agence universitaire de la Francophonie (AUF).

«Cela a été un appui moral important, indique M<sup>me</sup> Desrosiers. L'AUF a fait de la formation des infirmières une priorité. Cette année-là, en fait, on a eu plus de 100 appuis formels. Ce fut un grand mouvement international pour le développement des compétences des infirmières.»

Le réseautage réalisé lors des événements du SIDIEF a permis à différents projets de se réaliser.

«J'ai vu une infirmière clinicienne du CHUM spécialisée en diabète donner de la formation au Gabon; c'est fascinant, ce qu'on peut faire lorsqu'on n'a pas la barrière de la langue, affirme M<sup>me</sup> Desrosiers. Ce genre d'expérience est extraordinaire sur les plans professionnel et personnel. Le partage a une valeur inestimable.»

### Recherche et prise de position

Les grands événements internationaux sont importants pour le SIDIEF, mais l'organisation souhaite faire davantage. Elle aimerait bien réaliser plusieurs initiatives de coopération Nord-Sud, mais, actuellement, le financement pour ce genre de projet se fait rare. Le SIDIEF a

donc décidé d'augmenter son impact en réalisant des recherches et en prenant position sur différents enjeux liés au domaine de la santé, pour tenter de faire avancer des choses.

Par exemple, un mémoire sur la qualité des soins et la sécurité des patients sera présenté lors du congrès cette année. Pour le réaliser, une équipe interuniversitaire de chercheurs québécois a eu le mandat de réaliser une revue de la littérature portant sur les indicateurs reconnus comme sensibles à la qualité des soins infirmiers et de vérifier l'usage de ces indicateurs dans différents pays.

«Nous souhaitons que ces indicateurs soient de plus en plus utilisés aussi dans un but de comparaison», explique Gyslaine Desrosiers. C'est en se comparant à d'autres qu'on sait si on est bon ou pas. Il y a des coûts à la non-qualité des soins; l'OMS dit qu'elle peut coûter jusqu'à 10% des coûts du système de santé. En publiant cette documentation, nous voulons parler de qualité des soins et de sécurité des patients de façon structurante, pour avoir un impact.»

Le SIDIEF compte près de 1900 membres à travers le monde.

Collaboratrice  
Le Devoir

## FRANCOPHONIE

## Une profession en mutation

Ici comme ailleurs, on réfléchit à la transformation du système de santé et du rôle de l'infirmière pour mieux répondre aux besoins des gens souffrant d'une maladie chronique.

MARIE LAMBERT-CHAN

On estime que la moitié des Québécois sont affligés d'une ou de plusieurs maladies chroniques. «C'est un problème de santé très important qui ne se traite pas à l'hôpital, mais bien dans la communauté», constate Lucie Tremblay, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

D'ici 10 à 15 ans, 75% des soins devraient idéalement être prodigués dans la communauté, c'est-à-dire dans les CLSC, les cabinets médicaux, les groupes de médecine familiale et à domicile. Un nombre conséquent d'infirmières devront donc y œuvrer, elles qui sont «absolument indispensables» pour relever le défi que représentent les maladies chroniques, estime Lucie Tremblay. Or, il y a cinq ans, 20% d'entre elles exerçaient dans la communauté. Aujourd'hui, cette proportion est de... 21%.

«À ce rythme, ça va prendre 250 ans avant qu'on ne puisse atteindre notre objectif de 75% des soins administrés dans la communauté!», déclare la présidente de l'OIIQ.

La solution passe entre autres par le rehaussement de la formation de la relève infirmière, c'est-à-dire l'obtention obligatoire d'un baccalauréat pour les futures infirmières, croit Lucie Tremblay. Une proposition qui, rappelons-le, ne réunit pas de consensus depuis plus de 40 ans

et qui a été rejetée par le gouvernement du Québec en 2014.

«Les futures infirmières devront être formées en santé communautaire et cette portion du cursus est offerte uniquement à l'université», explique la présidente de l'OIIQ. Actuellement, plus de 35% des infirmières sont bachelères, mais seulement la moitié des étudiantes poursuivent des études universitaires après un DEC en sciences infirmières. Lucie Tremblay est d'avis que les infirmières en exercice possèdent déjà le bagage nécessaire pour effectuer le virage vers les soins dans la communauté, en raison de leur expérience. «Néanmoins, le rehaussement de la formation pour la relève est essentiel pour assurer la pérennité de ce changement», signale M<sup>me</sup> Tremblay.

Dernièrement, le gouvernement a nommé une équipe pour faire l'analyse sectorielle prospective des besoins de formation pour les préposés aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires et les infirmières. Les travaux ont commencé dans les dernières semaines. «Ça bouge», remarque avec satisfaction Lucie Tremblay.

Entretemps, la présidente de l'Ordre se réjouit de voir naître des projets pour améliorer la prise en charge des grands consommateurs de soins — des patients qui, en raison de leurs multiples maladies chroniques, exigent un suivi



JACQUES NADEAU LE DEVOIR  
Lucie Tremblay, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

plus soutenu, sans quoi ils aboutissent fréquemment à l'urgence. Des milieux comme le CSSS des Sommets et le CSSS Alphonse-Desjardins ont mis en place des mesures pour mieux coordonner les soins prodigués à ces patients et, du coup, ont réussi à faire diminuer de façon spectaculaire les consultations à l'urgence et les hospitalisations. «Ce sont des expériences extraordinaires qu'il faudrait maintenant déployer à travers la province», affirme Lucie Tremblay.

#### Du côté de la Belgique

De l'autre côté de l'Atlantique, les pays européens réfléchissent eux aussi à la transformation du système de santé et du rôle de l'infirmière pour mieux répondre aux besoins des gens souffrant d'une maladie chronique. L'Angleterre et les Pays-Bas sont souvent cités comme des modèles. Depuis plusieurs années, la Belgique est également à pied d'œuvre pour améliorer la prise en charge de ses citoyens aux prises avec une maladie chronique. Ils sont plus de 25% à en être affligés.

En 2013, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a proposé plus de 50 actions concrètes afin de réformer

en profondeur l'organisation des soins chroniques. Jointe par téléphone à son bureau de Bruxelles, Dominique Paulus, directrice du programme d'études du KCE, explique les défis du système de santé belge: «Jusqu'à il n'y a pas si longtemps, nous abordions les patients selon leur pathologie. Ce n'est plus possible, car bien des individus cumulent plusieurs maladies chroniques. D'autre part, ces patients vivent plus longtemps. Il faut mettre en place un système d'accompagnement qui dépasse la simple hospitalisation et qui se poursuivra jusqu'à la fin de leur vie.»

Un certain nombre des propositions du KCE concernent directement le travail des infirmières. Il est notamment question de leur déléguer davantage de tâches réservées présentement aux médecins généralistes, afin de faire de certaines d'entre elles des «gestionnaires de cas» et des «infirmières de pratique avancée».

«Nous sommes conscients que les patients affligés d'une maladie chronique doivent être sortis des milieux spécialisés et être soignés dans un environnement moins complexe, comme leur domicile», dit Dominique Paulus. C'est là que les infirmières et les paramédicaux occuperont une place prépondérante et croissante. Nous assisterons à une évolution du profil des infirmières qui seront habilitées à combiner les aspects sociaux, médicaux et environnementaux des soins à apporter aux patients.»

En cela, ajoute-t-elle, le Québec s'est révélé être une inspiration pour les Belges. «Vous avez de bonnes initiatives qui allient services sociaux et médicaux. Chez nous, c'est encore séparable», observe-t-elle.

Collaboratrice  
Le Devoir



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

Guérir les maladies et douleurs chroniques ne relève pas seulement du fait de prendre des médicaments. Il faut aussi améliorer certaines habitudes de vie.

THÉMATIQUE DU CONGRÈS 2015

## Cap sur les maladies chroniques

«Le défi des maladies chroniques — un appel à l'expertise infirmière». Voilà le thème du sixième congrès mondial du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF), présenté du 31 mai au 5 juin au Palais des congrès de Montréal. Plus de 1500 participants en provenance de plus de 30 pays y sont attendus.

MARTINE LETARTE

Il sera aussi question de santé mentale.

«C'est souvent le parent pauvre dans le système de santé lorsqu'il est question de maladies chroniques, alors nous tenions à présenter des ateliers sur le sujet», indique Gyslaine Desrosiers. Notamment, puisque la Suisse est très avancée dans le domaine, nous avons invité Jérôme Favrod, responsable du Pôle de recherche santé mentale et psychiatrie à l'Institut et Haute Ecole de la santé La Source.»

Le congrès sera aussi un lieu pour faire rayonner plusieurs acteurs québécois. Par exemple, José Côté, professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, présentera une conférence sur la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Une journée sera aussi consacrée à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Katthiyana Aparicio, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), abordera la question sous l'angle des systèmes de santé des pays africains.

Un forum grand public se tiendra en soirée le 2 juin pour aborder le volet du patient, de ses proches et de la collectivité.

«Voir un médecin, recevoir un diagnostic et prendre une pilule, ce n'est pas le modèle gagnant en matière de maladies chroniques», affirme M<sup>me</sup> Desrosiers. Il y a beaucoup à faire notamment pour améliorer les habitudes de vie. Notre but avec ce congrès, c'est de nous mobiliser dans la recherche de solutions pour améliorer le système de santé, pour qu'il soit plus performant. Nous souhaitons être un moteur en matière d'innovation.»

Par exemple, Véronique Thouvenot, directrice du Groupe de travail international Millennia2015 Femmes et eSanté, en Suisse, parlera de télésanté.

Dominique Paulus, du Centre belge d'expertise des soins de santé en Belgique, présentera l'organisation des soins pour les malades chroniques dans son pays.

Collaboratrice  
Le Devoir

« Nous avons au Québec les infirmières-pivots en oncologie qui assurent la coordination des soins pour les patients atteints de cancer. Il faut continuer à innover, à faire des recherches pour améliorer le suivi des maladies chroniques. »

Gyslaine Desrosiers, présidente du SIDIEF

# J'adhère!

**Infirmières et infirmiers autorisés du Québec, vous pouvez maintenant devenir membres de l'AIC.**

Visitez le kiosque de l'AIC au Congrès du SIDIEF!

**Pour 54,95 \$\*, profitez de nombreux avantages :**

- Abonnement à la revue primée *infirmière canadienne*
- Occasions exclusives de perfectionnement professionnel
- Admissibilité à l'assurance responsabilité professionnelle
- Avantages intéressants, tels qu'un rabais de 200 \$ sur le Programme de certification de l'AIC
- Tarifs préférentiels sur l'assurance et hypothèque et rabais substantiels sur des voyages et des forfaits cellulaires

Adhère à l'association nationale infirmière qui représente le plus grand groupe canadien de professionnels de la santé et contribuez à façonner le système de santé et la profession infirmière au Canada.

\*taxes en sus

Consultez [adhesion.cna-aiic.ca](http://adhesion.cna-aiic.ca) ou appelez aujourd'hui le 1-800-361-8404, poste 262!

**Ensemble, faisons une différence.**



ASSOCIATION DES  
INFIRMIÈRES ET  
INFIRMIERS  
DU CANADA

## FRANCOPHONIE

TROUBLES MENTAUX

## Infirmier : un rôle majeur pour le rétablissement

LUDIVINE MAGGI

« **M**ême le meilleur psychiatre du monde aura toujours besoin d'infirmiers compétents pour traiter un patient atteint de troubles mentaux », assure Jérôme Favrod, en poste conjoint de professeur à l'Institut et Haute École de la santé La Source et d'infirmier spécialiste clinique dans le service de psychiatrie communautaire du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), à Lausanne, en Suisse. Spécialiste de la schizophrénie, M. Favrod attribue, entre autres, son intérêt pour ce trouble à la lecture des ouvrages de deux psychiatres, Ronald David Laing et David Cooper, fervents partisans de l'antipsychiatrie. Une théorie visant la disparition des hôpitaux psychiatriques et l'intégration des malades mentaux en tant que citoyens à part entière dans la société. Une vision largement partagée par l'infirmier et qui confirme son engagement au sein d'un service communautaire.

## L'infirmier, point d'ancrage des patients

Plus discret et longtemps dévalorisé au profit de celui des médecins, le travail des infirmiers sert pourtant de pivot en matière de suivi et d'intégration sociale des patients, notamment ceux soignés pour des troubles psychiatriques tels que la schizophrénie. Dans ce service communautaire qui accueille peu de psychiatres, les infirmiers jouent un rôle crucial. Que ce soit pour discuter pendant des heures derrière la porte d'un patient, lui redonner l'espoir d'un avenir meilleur ou l'accompagner dans sa médication, les infirmiers sont un « moyen permettant aux patients de retrouver une vie riche et pleine », selon M. Favrod.

Le suivi intensif, les consultations et le soutien à l'emploi ou au retour aux études constituent les trois grandes étapes d'un suivi infirmier pour une personne atteinte de schizophrénie. « La première étape consiste dans l'engagement du patient, déclare-t-il. L'infirmier doit établir un lien



SOURCE JÉRÔME FAVROD

Jérôme Favrod est professeur et infirmier clinique en psychiatrie communautaire en Suisse.

fort avec lui pour l'engager dans le processus de soins. Certains patients refusent les soins, car ils ne se considèrent pas comme malades. Dans ce cas, les infirmiers ont six mois pour l'« accrocher », c'est-à-dire lui faire accepter la maladie. Ensuite, il sera confié à un *case manager*, un infirmier accompagnateur qui le suivra tout au long du processus de rétablissement. Il l'aidera dans tous les aspects : de la construction d'un projet de vie au contrôle des symptômes, en passant par la médication. « Au début, les patients sont tyrannisés par les voix qu'ils entendent, explique celui dont la spécialité est de leur apprendre à les maîtriser. Par exemple, nous apprenons

aux patients à les déclencher, à les arrêter et à leur désobéir. Quand ils comprennent que la désobéissance n'a pas de conséquences, ils vont développer un autre rapport à ces voix. »

Outre la maîtrise des voix, les personnes qui vivent avec la schizophrénie doivent aussi composer avec leurs peurs irrationnelles et leurs idées délirantes. Souvent, sortir de chez eux est une véritable épreuve pour les patients. Pour les amener à surmonter leur crainte de l'extérieur, l'infirmier développe des techniques personnalisées pour aider la personne à se promener dans la rue. « La plupart du temps, les malades se sentent persécutés par le regard d'autrui, soutient M. Favrod. L'infirmier va donc se promener à leurs côtés et leur montrer que les gens ne se regardent pas. Il peut aussi s'asseoir avec eux pour leur prouver que personne ne leur porte attention. » C'est ainsi que l'infirmier apprend au patient à faire la distinction entre ce qui dépend de la maladie et ce qui fait partie de lui. « Le délire et les hallucinations font partie de la maladie, mais leur contenu appartient à l'identité du patient », confirme-t-il.

## Le pari d'une intégration réussie

Alors que les patients souffrant de schizophrénie sont souvent désocialisés, l'objectif est de les réintégrer à la société de façon durable. Différentes étapes sont évoquées par le professeur et infirmier : leur apprendre à maîtriser leurs symptômes ou, du moins, à entretenir une relation positive avec eux, les amener à retourner aux études ou sur le marché du travail, les aider à nouer des relations amicales ou sentimentales et enfin à lutter contre l'autostigmatisation. Ces différentes phases permettent au patient de « mener une vie relativement normale ». « En ce qui concerne l'emploi, il existe deux grandes méthodes, indique-t-il. Celle dite « ouverte » dans laquelle l'employeur est au courant de la maladie, ce qui facilite le contact des infirmiers avec eux, et l'autre dite « couverte » dans laquelle les infirmiers restent en arrière-

plan pour accompagner le patient dans l'emploi. » Travailler l'estime de soi est un processus important grâce auquel les personnes atteintes de schizophrénie apprennent à parler et à se présenter positivement. Une étape décisive qui aura aussi des répercussions sur la vie sentimentale des patients. « Certains malades se plaignent d'être seuls, raconte M. Favrod. Les infirmiers doivent donc leur apprendre à courtiser ou tout simplement à se faire des amis. »

Toutefois, une intégration réussie passe par la mise en place de programmes thérapeutiques adéquats, mais il souligne la résistance de la psychiatrie à investir dans de nouveaux modes opératoires. « Si un directeur d'hôpital ne veut pas mettre en place un nouveau traitement contre le cancer, un scandale public va éclater, soutient-il. Par contre, les gens seront beaucoup moins choqués si un directeur ne développe pas un nouveau programme destiné aux patients atteints de schizophrénie. De manière générale, cette maladie est considérée comme chronique. Les gens se demandent alors pourquoi la traiter. »

Une terminologie que ne partage pas M. Favrod, qui ne considère pas la schizophrénie comme une maladie chronique. « Dès qu'on introduit la notion de chronicité, cela signifie qu'on est la maladie et cela enlève tout espoir. Par exemple, on est diabétique, mais on a la grippe. Il en est de même avec la schizophrénie. C'est une maladie qu'on ne peut pas « être », en revanche, c'est une maladie qu'on a. Dans ma lutte contre la stigmatisation, je la définis comme une maladie compliquée, mais dont on peut se rétablir », explique-t-il.

Un rétablissement qui ne pourrait se faire sans le travail des infirmiers, véritable réponse humaine à la maladie dans le suivi et l'intégration sociale des patients. Le service de psychiatrie communautaire dans lequel exerce M. Favrod accomplit cette tâche au quotidien.

Collaboratrice  
Le Devoir

## Les infirmières-pivots au cœur de la lutte contre le cancer

Les patients apprécient les infirmières-pivots, qui, malgré tout, demeurent encore trop peu nombreuses

MARIE LAMBERT-CHAN

L'infirmière-pivot porte bien son nom : c'est autour d'elle que gravitent les professionnels en oncologie et que s'organisent les soins prodigués aux patients. Ses rôles sont multiples : elle évalue les besoins de la personne atteinte de cancer et de ses proches ; elle coordonne les soins ; elle donne des renseignements au patient et à sa famille au sujet de la maladie, des traitements, des effets secondaires, de la gestion des symptômes et des ressources disponibles, en plus de les soutenir dans cette épreuve.

« Elle est incontournable », déclare Dominique Tremblay, chercheuse au Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le-Moyne, qui a étudié les répercussions du travail de l'infirmière-pivot.

À preuve, les individus qui sont entrés en relation avec une infirmière-pivot dans les deux semaines ayant suivi l'annonce d'un diagnostic de cancer perçoivent de façon beaucoup plus positive leur expérience de soins en oncologie, a découvert la chercheuse après avoir interviewé 538 patients. Encore mieux : ceux qui ont discuté avec une infirmière-pivot dans les 48 heures après avoir appris la terrible nouvelle ont manifesté moins de détresse ainsi qu'une meilleure capacité à identifier leurs besoins.

L'Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013 est arrivée à une conclusion similaire : « [...] les patients s'étant fait assigner une IPO (infirmière-pivot) sont plus susceptibles d'évaluer comme excellente ou très bonne la qualité des soins et services reçus dans leur ensemble [...], peut-on y lire.

Comment expliquer une telle

réussite? L'infirmière-pivot est la pierre d'assise des équipes interdisciplinaires en cancérologie, formées en moyenne de sept ou huit professionnels : oncologue, pharmacien, nutritionniste, infirmière, psychologue, travailleur social, physiothérapeute, etc. « Sa position lui permet de bien informer ses collègues au sujet de chaque patient et ainsi d'assurer à ces derniers une meilleure prise en charge », fait remarquer M<sup>me</sup> Tremblay, qui travaille aussi comme professeure adjointe à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

## Appréciées, mais débordées

Les infirmières-pivots ont été introduites dans les services

## L'infirmière-pivot est la pierre

d'assise des équipes interdisciplinaires en cancérologie

d'oncologie en 2001, dans la foulée de l'implantation du Programme québécois de lutte contre le cancer. À l'heure actuelle, les hôpitaux du Québec en comptent 243, dont 218 à temps plein. Un nombre insuffisant au regard des 50 000 nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année au Québec — sans compter les récurrences.

« Les infirmières-pivots ont du mal à répondre à la demande et doivent prioriser, observe Carmen G. Loiselle, professeure agrégée à l'École des sciences infirmières Ingram et au Département d'oncologie de l'Université McGill. Dans certains hôpitaux, elles travaillent seulement avec les patients ayant des besoins complexes, comme des problèmes de santé mentale ou une situation familiale difficile. »

Résultat : tous les patients

n'ont pas un accès équitable à une infirmière-pivot. « À Montréal, il n'existe pas de poste d'infirmière-pivot à temps plein assignée aux adultes atteints de cancer et âgés de 18 à 39 ans, donne en exemple Carmen G. Loiselle, qui agit aussi à titre de codirectrice et de chercheuse principale au Centre du cancer Segal de l'Hôpital général juif. Par ailleurs, on retrouve davantage d'infirmières-pivots pour soigner certains types de cancer, comme celui du sein. À l'inverse, elles sont moins nombreuses auprès des patients souffrant du cancer de la thyroïde. »

Par chance, plusieurs infirmières exécutent les mêmes tâches que leurs collègues-pivots sans toutefois porter le même titre. « Elles ont des rôles plus ciblés et plus ponctuels dans la trajectoire de la maladie, précise M<sup>me</sup> Loiselle. Ainsi, l'une sera présente lors du dépistage et une seconde prendra le relais quand viendra le temps de commencer les traitements. »

## Le défi de la formation

Selon Dominique Tremblay, la formation des infirmières appelées à œuvrer en oncologie, qu'elles soient pivots ou assignées aux soins généraux, est un enjeu préoccupant : « Elles doivent suivre une formation ciblée afin d'acquérir les outils pour bien naviguer dans un univers où les besoins des patients se complexifient et où les percées scientifiques se succèdent à une vitesse fulgurante. »

C'est pourquoi Dominique Tremblay est convaincue qu'une formation initiale de premier cycle est essentielle pour les futures infirmières engagées dans les soins généraux en oncologie. « Certaines infirmières auront aussi besoin d'une formation plus poussée pouvant se traduire par une formation universitaire de

deuxième cycle, une certification en spécialité ou encore de la formation continue », ajoute-t-elle.

Carmen G. Loiselle constate aussi le besoin de formation continue chez les infirmières en cancérologie. « Elles passent un temps fou sur Internet pour garder leurs connaissances à jour », dit-elle.

En octobre 2014, la Direction québécoise en cancérologie a annoncé le déploiement du Programme de formation en ligne pour les infirmières-pivots en oncologie — offert également à tous les professionnels de la santé travaillant auprès des personnes atteintes de cancer. « C'est un pas dans la bonne direction, mais il faut en faire davantage », estime Carmen G. Loiselle.

Collaboratrice  
Le Devoir

GOSIA WOZNICKA ASSOCIATED PRESS

Les individus qui sont entrés en relation avec une infirmière-pivot dans les deux semaines ayant suivi l'annonce d'un diagnostic de cancer perçoivent de façon beaucoup plus positive leur expérience de soins en oncologie, comme le démontre une étude.

## LE SAVOIR EST LÀ.

<p>Marie Mc Andrew et l'équipe du GRÉS</p> <p>La réussite éducative des élèves issus de l'immigration</p> <p>Dix ans de recherche et d'intervention au Québec</p> <p>Les Presses de l'Université de Montréal</p>	<p>Claude Villeneuve</p> <p>La famille et les troubles émotionnels des jeunes</p> <p>Les Presses de l'Université de Montréal</p>	<p>Hubert Doucet</p> <p>L'éthique clinique</p> <p>Pour une approche relationnelle dans les soins</p> <p>Les Presses de l'Université de Montréal</p>
<p>Les Presses de l'Université de Montréal</p> <p>www.pum.umontreal.ca</p>		
<p>DISPONIBLES EN VERSION NUMÉRIQUE À 50% DU PRIX PAPIER</p>		



Pour des soins à échelle humaine

fiq

FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

LA FIQ PASSE À L'ACTION POUR DE MEILLEURS SERVICES DE SANTÉ ET DE MEILLEURS SOINS

sortonsducadre.info/echelle-humaine/

## FRANCOPHONIE

## Faire reconnaître la contribution des soins infirmiers

Des centaines de professionnels participeront au troisième Symposium sur la qualité des soins et la sécurité des patients

ÉMILIE CORRIVEAU

Le 2 juin prochain, à l'occasion du Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, des centaines de professionnels de la santé se réuniront au Palais des congrès de Montréal pour prendre part au troisième Symposium sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Ayant fait de la question un enjeu prioritaire et venant tout juste de faire paraître un mémoire sur le sujet, le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) profitera de l'événement pour amorcer les échanges et faire connaître ses recommandations.

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à l'échelle internationale, près d'un patient sur dix est victime d'erreurs iatrogènes ayant des conséquences directes sur son état de santé. Ces impairs peuvent prendre la forme d'une intervention injustifiée, d'une faute médicale ou de l'absence de soins appropriés. Ils engendrent plusieurs conséquences néfastes : décès prématuré, perte de la qualité de vie, perte de travail à court et à long terme et charge accrue pour les familles et les proches aidants.

En matière de coûts, le fardeau économique de l'iatrogénie est également important, et ce, partout dans le monde. En effet, selon l'OMS, environ 10% des dépenses de santé to-

tales des pays seraient imputables au manque de sécurité.

« On a donc tout intérêt à réduire l'incidence de ces événements et à améliorer la qualité des soins offerts », relève M<sup>me</sup> Hélène Salette, secrétaire générale du SIDIEF.

Mais le défi est de taille. Car, dans le contexte mondial actuel, alors que nombre de pays cherchent à atteindre un rapport coût-efficacité optimal pour faire face à la pression presque insoutenable que crée la demande de soins de plus en plus sophistiqués sur les finances publiques, plusieurs États réforment leurs façons de faire en basant leurs décisions sur des considérations économiques sans réellement prendre en compte les résultats des soins.

Aussi, bien qu'il reconnaisse l'importance du contrôle des coûts des services de santé, le SIDIEF estime que la recherche de performance et la poursuite de la qualité des soins devraient être des objectifs convergents plutôt qu'opposés. Il juge également nécessaire d'établir la contribution de la profession infirmière à la performance des systèmes de soins de santé, notamment en mettant en relief la valeur économique d'une pratique infirmière de qualité.

« La profession infirmière a très souvent été victime de restrictions budgétaires et ça s'est souvent avéré préjudiciable pour les patients, leurs proches

et la communauté », indique M<sup>me</sup> Salette.

« Il faut savoir que, partout dans le monde, la profession infirmière regroupe les professionnels qui assurent plus de services de santé que tout autre type de fournisseur, tout au long du continuum de soins, poursuit-elle. Il est connu que les effectifs nationaux d'infirmières représentent en général presque 40% de la masse salariale des dépenses en santé dans les pays développés. Parce qu'elle représente une large part des dépenses en salaires et parce que son travail est perçu comme un appui au service médical, la profession infirmière devient la cible de tentatives répétées de rationalisation, sans que l'impact de ces mesures soit bien analysé du point de vue de la sécurité des patients, de la qualité des soins et de l'efficacité à long terme du système de santé. »

## Recommandations principales

D'après le SIDIEF, pour que la profession infirmière cesse d'être considérée comme une dépense et que les décideurs la perçoivent davantage comme un levier ayant la capacité de stimuler l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé, il importe d'abord et avant tout que sa contribution à la sécurité des patients et à la qualité des soins soit mesurable.

« Sans définir les éléments de corrélation entre la volumétrie

et la qualité des soins, les mécanismes décisionnels qui sont derrière la planification des effectifs infirmiers vont demeurer flous et arbitraires. Comme on ne connaît pas le seuil critique d'adéquation des effectifs, la planification des soins infirmiers a tendance à se faire sans prospective », précise M<sup>me</sup> Salette.

Pour y parvenir, le SIDIEF propose d'intégrer aux grandes bases de données internationales des indicateurs de qualité sensibles aux soins infirmiers. Il faut savoir que, depuis le milieu des années 1940, la Classification internationale des maladies (CIM) constitue le noyau dur des bases de données permettant de générer des statistiques médico-administratives et épidémiologiques. La majorité des pays membres de l'OMS ont recours à la CIM. Toutefois, cette banque de données ne codifie pas les indicateurs jugés sensibles aux soins infirmiers (plaies de pression, erreurs d'administration de médicament, infections urinaires par cathéter, chutes, durées du séjour hospitalier et réadmissions).

« Ce que souhaite le SIDIEF, c'est que la CIM devienne l'outil privilégié pour intégrer les indicateurs reconnus pour être sensibles aux soins infirmiers, puisque les administrations sanitaires de tous les pays l'utilisent. Ça nous permettrait d'obtenir des comparaisons internationales, donc une vision plus globale de la situation, et ça aiderait le développement des

bonnes pratiques », confie M<sup>me</sup> Salette.

Également, le SIDIEF souhaite que le potentiel des effectifs infirmiers soit mieux exploité. S'appuyant sur la littérature qui s'intéresse à la valeur économique de l'infirmière, il fait valoir que, pour améliorer leur performance, les systèmes de santé devraient miser davantage sur la profession, notamment sur la portée du champ d'exercice infirmier et sur l'introduction de rôles infirmiers de pointe. Il rappelle que les pays les plus performants sur le plan de la qualité et de l'efficacité des soins sont ceux qui n'ont pas hésité à élargir les rôles professionnels infirmiers dans un nouveau partage des responsabilités entre les médecins et les infirmières.

« Le redéploiement des responsabilités oblige les systèmes de santé à revoir leur définition de la première ligne, note M<sup>me</sup> Salette. Il les force à se questionner sur l'accessibilité aux soins et sur leurs façons de faire. Le résultat, c'est que, après ce processus, les systèmes en ressortent mieux adaptés aux réalités actuelles. »

Si la création d'une banque de données internationales comprenant des indicateurs sensibles aux soins infirmiers et l'élargissement des rôles professionnels infirmiers constituent le noyau de sa proposition pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des



SOURCE SIDIEF  
Hélène Salette, secrétaire générale du SIDIEF

patients, le SIDIEF formule quelques autres recommandations satellites. Celles-ci se retrouvent dans le mémoire qui vient de faire paraître l'organisation (téléchargeable sur son site Internet) et seront abordées lors du Symposium sur la qualité des soins et la sécurité des patients, prévu le 2 juin prochain.

Collaboratrice  
Le Devoir

## Le cas africain : quels enjeux pour les systèmes de santé ?

ÉMILIE CORRIVEAU

Si assurer la sécurité des patients se révèle être depuis toujours un défi de taille en Afrique, la récente flambée de la maladie à virus Ebola a clairement mis en lumière la faiblesse des systèmes de santé de certains de ses pays. Dans un contexte où plusieurs États du continent africain, particulièrement ceux frappés par la récente crise, peinent à fournir des services de base aux collectivités les plus vulnérables, quelles actions doivent être réalisées pour y induire une amélioration sensible de la qualité des soins ? Entretien avec l'administratrice du programme Partenariats africains pour la sécurité des patients (APPS) de l'Organisation mondiale de la santé, M<sup>me</sup> Katthyana Aparicio, qui présentera à Montréal une conférence sur la question, le 2 juin prochain, à l'occasion du Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones.

Travaillant au sein de l'OMS depuis 2006 et responsable depuis 2013 du réseau francophone d'APPS, M<sup>me</sup> Aparicio connaît fort bien la question sanitaire africaine. Si elle insiste sur le fait qu'assurer la sécurité des patients et la qualité des soins se révèle être un défi important de dimension mondiale, elle signale qu'en Afrique, particulièrement dans les pays les plus pauvres, la situation est atterrante.

« Entre 2009 et 2012, nous avons conduit des études sur la prévalence des infections associées aux soins. Les résultats nous donnent un bon indice de l'état des lieux. Des hôpitaux dans certains pays africains ont signalé des taux très élevés. Au Mali, nous étions à 18,9% d'infections associées aux soins. En Tanzanie, c'était 14,8%, et en Algérie, 9,8%. Les patients ayant subi des interventions chirurgicales étaient en général les plus touchés. »

## Des facteurs conjugués

D'après M<sup>me</sup> Aparicio, la prévalence élevée des infections associées aux soins s'explique par un ensemble de facteurs qu'il est difficile de dissocier. Mais, ce que relève d'emblée l'administratrice de l'OMS, c'est que la plupart des pays africains ne disposent pas d'une politique nationale en matière de sécurité des pratiques et des soins de santé. L'insuffisance du financement et l'absence de systèmes d'appui essentiels — notamment



REBECCA VASSIE ASSOCIATED PRESS

La plupart des pays africains ne disposent pas d'une politique nationale en matière de sécurité des pratiques et des soins de santé.

des stratégies et des lignes directrices, qui sont d'importants outils pour assurer la sécurité des patients — finissent par constituer de sérieuses entraves à la prestation de soins sécuritaires.

On a pu constater les conséquences de cette absence de politique nationale lors de la récente crise du virus Ebola. « En Guinée, par exemple, il a fallu près de trois mois aux représentants de la santé et à leurs partenaires internationaux pour identifier le virus Ebola comme l'agent étiologique de la maladie. Pendant ce temps, le virus était solidement implanté et la propagation était prête à exploser. Tout ce qui aurait dû se faire, le diagnostic, l'isolement des patients, le traitement, le traçage des individus qui ont été en contact avec les malades et, finalement, l'enterrement sécurisé, n'a pas du tout été fait par les premières instances. Ça explique que le virus s'est propagé à une telle vitesse et ça démontre la faiblesse de tout le système de santé », relève M<sup>me</sup> Aparicio.

L'insuffisance de ressources humaines joue également un rôle important dans la prévalence des infections liées aux soins. Encore une fois, le cas

du virus Ebola démontre à quel point une pénurie d'agents de santé peut avoir une incidence grave sur la sécurité des patients. Il faut savoir que les trois pays qui ont le plus été touchés par le virus, soit la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone, ne disposaient que d'un ou deux médecins pour 100 000 habitants lors du déclenchement de la crise. En comparaison, au Canada, on compte environ 220 médecins par tranche de 100 000 personnes.

« À cela s'ajoutent le faible état de préparation du personnel et le manque d'éducation professionnelle, qui constituent une source de grave préoccupation pour les États africains. Le personnel de santé est très souvent exposé lui-même aux infections causées par des agents pathogènes. Si on prend à nouveau l'exemple de la maladie à virus Ebola, les établissements de santé des trois pays les plus touchés ne possédaient même pas de gants ; les agents de santé étaient donc très exposés. Cela démontre à quel point la protection du personnel reste un défi majeur », soutient M<sup>me</sup> Aparicio.

Préférant profiter de la crise du virus Ebola pour inciter les

décideurs africains et leurs partenaires à améliorer leurs façons de faire plutôt qu'à verser dans la réprimande, l'OMS travaille déjà au développement des plans nationaux de santé des pays les plus touchés et à la reconstruction de leurs systèmes sanitaires pour les rendre plus résilients.

## Vers l'amélioration des pratiques

« L'amélioration de la qualité des soins requiert des systèmes de santé bien conçus pour réduire au minimum les risques pour les patients et pour le personnel de santé. Il faut privilégier une approche globale pour garantir la participation optimale de toutes les parties concernées, et c'est ce sur quoi nous travaillons. Ce processus associe bien sûr les gouvernements et les décideurs politiques, mais aussi les gestionnaires des établissements de santé, le personnel, les patients, les familles et la collectivité », note l'administratrice de l'OMS.

L'approche adoptée par l'organisation est celle qui a été développée par APPS et qui a déjà connu certains succès sur le continent africain, en Éthiopie notamment. De type bot-

« L'amélioration de la qualité des soins requiert des systèmes de santé bien conçus pour réduire au minimum les risques pour les patients et pour le personnel de santé »

Katthyana Aparicio, administratrice du Programme partenariats africains pour la sécurité des patients (APPS) de l'OMS

tom-up, elle se base sur la création et le maintien de partenariats entre des établissements de santé africains et européens et vise à favoriser la dissémination des meilleures pratiques entre établissements et individus au même niveau ou à des niveaux différents. Douze domaines d'action sont ciblés, dont la prévention et le contrôle des infections, la gestion des déchets et l'optimisation de la sécurité pendant les chirurgies.

Si l'organisation parvient à ses fins, d'ici quelques années, les pays qui ont été les plus durement touchés par les épidémies d'Ebola pourraient bien devenir des exemples de résilience pour les autres

États africains.

« On vise une reconstruction durable qui assurera la pérennité des systèmes de santé en Afrique, conclut M<sup>me</sup> Aparicio. Ce que nous voulons, c'est que les pays auxquels nous apportons notre aide puissent un jour faire face aux crises sans devoir faire appel à la communauté internationale. Et, quand la volonté d'améliorer la sécurité des patients se conjugue à l'engagement des parties prenantes, des ministères et des décideurs politiques, les choses peuvent aller très vite. C'est ce que nous souhaitons. »

Collaboratrice  
Le Devoir

## FRANCOPHONIE



HUSSEIN MALLA ASSOCIATED PRESS

## Tour du monde de la pratique infirmière

Francine, Ljiljana, Odette, sœur Françoise. Elles ont toutes débuté leur carrière comme « simple » infirmière. Aujourd'hui, elles occupent des postes de direction et font avancer la cause. Chacune à sa manière et, surtout, selon sa réalité quotidienne. Quatre superinfirmières lauréates du Prix Reconnaissance du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF).

TEXTES DE SOPHIE SURANITI

## « Chaire » proche aidant

En 1998, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal a lancé une chaire philanthropique en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Une première au Canada. En 2000, à la suite d'un don majeur, la chaire ajoute « Desjardins » à son libellé. Francine Ducharme sera la première à en bénéficier et à y consacrer quinze années de recherche.



Francine Ducharme

Population vieillissante en croissance, système de santé qui serre la vis de toutes parts: nous allons tous être, à plus ou moins long terme, un proche aidant. Que ces personnes âgées demeurent à domicile ou soient placées dans des établissements spécialisés, devenir proche aidant requiert de bonnes connaissances du système québécois, une clairvoyance dans le partage des responsabilités familiales, une aptitude aussi au lâcher-prise pour préserver une certaine qualité de vie. Entre autres.

Car la liste des superpouvoirs des proches aidants est

longue. Tout comme celle du revers de la médaille. On observe en effet chez ces derniers beaucoup de problèmes de santé, notamment mentaux. « On ne veut pas de deux [malades] pour un! Les familles sont vraiment précieuses. C'est pourquoi il faut les soutenir », s'anime à l'autre bout du fil la chercheuse, profitant d'une pause du colloque. Après avoir exploré le sujet de long en large et évalué diverses approches novatrices, Francine est arrivée à l'étape de valorisation de ses travaux, phase ô combien jubilatoire: la diffusion de la « bonne nouvelle » auprès du personnel soignant, des relais communautaires, etc. Au Québec, mais aussi en Suisse, en Belgique, en France, où déjà certaines formations sont mises en place à travers des programmes de soutien et d'apprentissage découlant de son expertise. Bien sûr, il reste encore du chemin à parcourir.

Le rôle politique de l'infirmière, insuffisamment développé, selon Francine, en fait partie. Pour celle qui est montée plusieurs fois au front, à savoir en commission parlementaire, l'engagement politique est important. « En tant qu'infirmières, nous avons un rôle politique à jouer. Nous sommes encore trop silencieuses. Les infirmières doivent s'engager. » Il est vrai que la pénurie de médecins se révèle être une occasion pour la profession, mais les infirmières ont toujours été importantes dans le système, et ce, quels que soient les vides existants. « La discipline infirmière reste encore méconnue, sous-estimée. Nous avons encore beaucoup de travail à accomplir pour nous faire connaître. La recherche est une voie privilégiée pour cela, car elle permet de bien documenter la profession. » La chaire de Francine se termine le 31 mai 2015. Quelle est la suite pour cette chercheuse accomplie? « Je viens d'être nommée doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Quel beau et nouveau défi! »

Collaboratrice  
Le Devoir

## L'importance de la recherche

Directrice des soins et conseillère technique régionale à l'Agence régionale de santé en Ile-de-France, Ljiljana Jovic se réjouit de l'avancée de la recherche en sciences infirmières en France. Pour celle qui a planché sur la place de la clinique dans les soins infirmiers dans le cadre de son doctorat, la recherche est un moyen d'améliorer les pratiques de soins.

« Au sein de l'Association de recherche en soins infirmiers, nos actions ont longtemps été axées sur la recherche appliquée. Comme elle est aujourd'hui reconnue, nous sommes plus dans la partie recherche fondamentale », explique M<sup>me</sup> Jovic, membre du conseil d'administration depuis la création de l'association, en 1983, et présidente depuis 2006.

En France, la récente réforme des études d'infirmières, en plus d'aider à structurer la profession, a largement contribué à cette reconnaissance. Auparavant, la formation des infirmières correspondait à une formation professionnelle. Avec le changement de référentiel entré en vigueur depuis septembre 2009, les étudiantes obtiennent leur diplôme validant les

trois années de formation initiale ainsi qu'un grade universitaire (licence) leur permettant de poursuivre leurs études à l'université jusqu'au doctorat comme dans n'importe quelle autre filière. Cette nouvelle génération de diplômées, dont les premières cohortes sont sorties en 2012, a inauguré le processus d'universitarisation de la profession.

Depuis, de plus en plus d'infirmières s'inscrivent à un doctorat en sociologie, en sciences de l'éducation, en épidémiologie, en santé publique, etc. La progression de la recherche en sciences infirmières est le fruit d'actions menées par certains établissements hospitaliers universitaires qui organisent des journées de recherche, ainsi que du travail collaboratif.

M<sup>me</sup> Jovic reste très humble, mais, si l'Association de recherche en soins infirmiers s'impose comme un incontournable avec ses publications, ses formations ou ses journées d'étude, c'est en partie grâce au travail de cette dernière depuis plus de 30 ans.

Par ailleurs, le financement

de certains programmes par le ministère de la Santé a beaucoup fait progresser la cause de la recherche en France. L'utilisation de l'hypnose, la gestion du stress, l'accompagnement en soins palliatifs: autant de projets variés en recherche clinique, médicale ou paramédicale qui en bénéficient chaque année.

Enfin, depuis 2010, à l'initiative de l'Association de recherche en soins infirmiers, les infirmières titulaires d'un doctorat ou doctorantes sont réunies au sein du Réseau des infirmières (ères) docteur en sciences (ResIDoc). Un réseau qui favorise les rencontres et les échanges entre professionnels ayant suivi un parcours universitaire et qu'anime M<sup>me</sup> Jovic. « L'un des objectifs est de réinvestir dans les soins infirmiers les formations universitaires et de développer les sciences infirmières. » Une boucle d'expertises qui se boucle et nourrit un contexte de recherche évolutif.

Collaboratrice  
Le Devoir

## La grande réforme

En République démocratique du Congo, la profession infirmière est à deux doigts d'obtenir la révision, la reconnaissance et la valorisation de son statut. Un cheval de bataille pour la création d'un ordre professionnel, auquel participe Odette Mwamba Banza comme déléguée de la profession infirmière au Conseil économique et social, directrice des soins infirmiers de la Clinique Ngaliema.

« Dans notre pays, la profession infirmière rencontre beaucoup de problèmes. À l'heure actuelle, nous sommes encore gérées par une loi qui a plus de 50 ans », explique Odette. Cette loi de 1952 qui organise les services de santé consi-

dère les infirmières comme de simples auxiliaires du médecin, alors qu'elles fonctionnent comme une profession à part entière sur le terrain.

Les infirmières congolaises se battent donc pour régler leur profession, obtenir de la reconnaissance. « Nous voulons que les choses soient officialisées. Nous ne voulons plus de confusion de qui est qui et qui fait quoi. »

Structurer la profession permettra ainsi de clarifier le rôle et les responsabilités de chacun, le système de santé congolais étant déficient (laissés aux initiatives privées, les prix des soins sont, par exemple, très variables d'un établissement à l'autre). La requête

présentant la réforme de la loi, présentée auprès du gouvernement, vient d'être acceptée. « Nous sommes maintenant à pied d'œuvre pour que la réforme soit présentée au Parlement pour adoption », précise Odette. L'ordre professionnel deviendrait l'organe de réglementation, un auxiliaire de l'État chargé du contrôle de la profession dans le pays.

Si tout avance comme le souhaite Odette, d'ici à la fin de l'année 2015, l'officialisation de l'ordre professionnel pourrait être annoncée. Un autre grand dossier qui a également nécessité beaucoup de doigté dans sa

mise en œuvre concerne les pratiques en salle d'accouchement de la Clinique Ngaliema, qui dirige Odette. Cette clinique, qui existe depuis 1928, a fonctionné jusqu'en 1990 avec la coopération belge. Depuis, elle est passée totalement sous gestion congolaise. « Les hôpitaux qui ne bénéficient pas de subventions de l'État doivent fonctionner avec des fonds propres. D'où les difficultés. On essaie de s'organiser avec ce qu'on a », déplore Odette.

Malgré le manque de moyens criant, celle qui est reconnue pour son dynamisme et son leadership a réussi à

mettre en place un projet de renforcement des compétences infirmières accouchées au sein de la clinique, de 2009 à 2011. Changer certaines pratiques ne va pas de soi, autant du côté du personnel soignant que des patients. Mais, à la Clinique Ngaliema, depuis l'application du projet, le père assiste à l'accouche-

ment, il coupe le cordon ombilical (laissé à l'air libre) du bébé, le bébé placé sur le ventre de sa maman. De grandes avancées. « Nous sommes le moindre mal », répète Odette. On ne lui souhaite que du bien pour ses futures batailles.

Collaboratrice  
Le Devoir

## Pour une œuvre de santé

Au Liban, le contexte reste difficile. Le pays est sans président depuis mai 2014, la situation économique vacille, l'afflux de réfugiés syriens déstabilise et la promiscuité des 17 communautés religieuses présentes sur le territoire demeure délicate. Le système de santé? Fragilisé lui aussi, il garde le cap malgré tout, grâce à des gens dévoués comme sœur Françoise Bakhache.

En fait, il n'existe aucune politique de santé nationale, aucun programme de santé publique, même s'ils font partie des intentions de l'État. Le système de santé libanais repose sur des initiatives privées: hôpitaux, centres de santé, instituts de formation. Tous privés. Il existe bien quelques établissements publics, mais ils ne couvrent pas tous les besoins. Les infirmières au Liban béné-

ficient d'une formation de niveau universitaire: licence, maîtrise et doctorat. Depuis 2003, elles ont aussi un ordre professionnel qui défend leurs droits, améliore leurs conditions de travail, tente de stopper l'hémorragie migratoire (beaucoup de jeunes professionnels quittent le pays, dont des infirmières) et veille au bien-être des patients.

Pour sœur Françoise Bakhache, qui a décidé d'embrasser la foi religieuse en plus de sa foi professionnelle, être une infirmière libanaise en 2015 reste malgré tout un défi « merveilleux et excitant, car toutes les énergies sont mobilisées ». Les infirmières sont à l'avant-garde dans les formations, dans l'acquisition des compétences et dans leur rôle

à tenir auprès des équipes de santé pluridisciplinaires.

D'ailleurs, le premier programme de formation mis en place par sœur Françoise en 1985, pour pallier la pénurie d'infirmières, a été repris dans presque tous les hôpitaux libanais. Ce programme de formation pour cadres et infirmières permet l'acquisition de compétences et d'habiletés pour exercer dans tous

les champs d'activité des soins infirmiers. « Nous travaillons fort pour avancer avec les moyens disponibles. » Sœur Françoise Bakhache vient de quitter la direction des soins infirmiers de l'Hôtel-Dieu en France pour occuper un poste similaire à l'Hôpital Saint-Charles. « Je recommence à organiser et à mettre en œuvre les



Odette Mwamba Banza



Sœur Françoise

processus de formation pour améliorer et mettre en place des structures plus modernes, plus performantes, en vue d'une meilleure qualité des soins. » Au Liban, poursuit-elle, il y a toujours ce désir d'aller de l'avant. Comme une force de résilience. Sœur Françoise rappelle aussi que chaque pays a un contexte qui lui est propre. Le système de santé doit donc être adapté au contexte. Les solutions importées, toutes faites, très peu pour elle. « Certaines caractéristiques libanaises correspondent peut-être à celles d'un pays sous-développé. Mais, en ce qui concerne la profession d'infirmière, nous ne le sommes pas du tout! Nous sommes fiers de notre profession et nous continuerons à nous battre pour la faire évoluer et rayonner. »

Collaboratrice  
Le Devoir

**L'Université du Québec**  
Bien engagée dans le secteur de la santé et des services sociaux

- 6 500 étudiants en santé et services sociaux
- 16% des budgets de recherche
- 5 établissements offrant des formations en sciences infirmières [UQTR, UQAC, UQAR, UQO et UQAT]
- 28% de la production scientifique
- 28% de la production scientifique
- 48 chaires de recherche en santé, dont 28 du Canada [CRC]

**Université du Québec**

- Université du Québec à Montréal
- Université du Québec à Trois-Rivières
- Université du Québec à Chicoutimi
- Université du Québec à Rimouski
- Université du Québec en Outaouais
- Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
- Institut national de la recherche scientifique
- École nationale d'administration publique
- École de technologie supérieure
- Télé-université



CONGRÈS  
MONDIAL

SIDIIEF

SECRETARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIERES  
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

NE MANQUEZ PAS  
LE FORUM GRAND PUBLIC  
Mardi 2 juin à 17 h 30 / Entrée libre

Défi des  
**MALADIES CHRONIQUES**  
un appel à **L'EXPERTISE**  
**INFIRMIÈRE**

[congres-sidiief.org](http://congres-sidiief.org)

**31 MAI AU 5 JUIN 2015**

Palais des congrès de Montréal




Partenaire majeur

  
**La Capitale**  
Assurance et  
services financiers

*Valoriser l'essentiel*

Avec la collaboration de

  
Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

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

Québec 

Formation accréditée par

Faculté des sciences infirmières  
*Créez le rythme »»»*

Université   
de Montréal

Membre du Consortium de  
Montréal comprenant

  
**CHU Sainte-Justine**  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant

**CHUM**   
Centre hospitalier  
de l'Université de Montréal

Université   
de Montréal