

**RÉFLEXION D'UNE JEUNE INFIRMIÈRE DANS LE CADRE DU  
CONGRÈS DE L'OIIQ LORS DE L'ACTIVITÉ CARREFOUR EN  
ACTION ORGANISÉE PAR LE COMITÉ JEUNESSE SOUS LE THÈME :  
*Y A-T-IL OPPOSITION ENTRE L'EXPÉRIENCE ET LE SAVOIR ?***

Bonjour, je me présente : Julie Déziel, infirmière en CHSLD. Je voudrais juste vous dire avant de commencer que je ne prétends pas être une spécialiste des soins en gérontogériatrie, car je ne fais que commencer dans la profession. Je n'ai donc pas le savoir des chercheurs de l'université et pas l'expérience d'une infirmière qui pratique depuis longtemps et qui connaît toutes les subtilités de notre profession. Par contre, j'ai la volonté d'exceller en prenant de l'expérience et en intégrant ce savoir scientifique et surtout j'ai la passion. Je suis ici pour vous donner mon opinion en lien uniquement avec mon milieu de soins, soit l'hébergement.

Ces dernières semaines ont été, pour moi, très riches en réflexions. J'ai dû faire de très grandes prises de conscience relativement au sujet des pratiques exemplaires et ce, grâce à une conjonction d'événements associés à la demande de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec de venir partager ma jeune expérience avec vous, ici. Je me suis rendue compte qu'il m'arrivait parfois de me laisser prendre dans la routine, moi qui prône tant la créativité en milieu de travail. Je suis demeurée prise dans ma chrysalide, un certain temps pour faire ensuite émerger cette nouvelle infirmière en moi. C'est donc à la lumière de toutes mes réflexions sur les pratiques exemplaires que j'ai changé mon approche de vie personnelle et professionnelle. J'ai compris aussi une chose très importante : ce n'est pas la quantité de choses qu'on accomplit qui est importante, mais la façon dont on exécute les petites choses, parce que tout tend au changement et tombe dans l'éphémère. On le constate, ne serait-ce qu'avec l'évolution de la science et de notre profession. Ce raisonnement plus philosophique trouve davantage écho en CHSLD, car le plus grand défi pour s'enligner vers l'instauration d'une culture des pratiques exemplaires est tout d'abord de changer les mentalités.

**L'INTÉGRATION DES PRATIQUES BASÉES SUR DES RÉSULTATS PROBANTS EST-ELLE RÉALISTE, VOIRE ENVISAGEABLE ?**

Tout d'abord, j'aimerais faire une parenthèse pour toutes celles qui, comme moi, sont de jeunes infirmières sortant du Cégep : il faut simplifier les termes, car parler de résultats probants c'était au début un peu comme un discours hermétique pour moi et même pour des collègues au travail.

Résultats probants, selon ma compréhension, c'est synonyme de résultats mesurables, quantifiables, scientifiques. Cela signifie que quand on intervient avec un résident, on part d'une cote X et on obtient un résultat Y grâce à l'utilisation de la meilleure technique ou d'un outil scientifique ayant fait ses preuves. On voit par ces données l'évolution de la condition de santé de notre résident et on cherche l'efficacité optimale de notre travail

dans un contexte économique de restrictions. Par exemple, les douze recommandations des pratiques exemplaires en soins des plaies. Prenons la recommandation 7, nettoyer la plaie avec du NaCl0,9 % ou de l'eau plutôt que de prendre une solution toxique ou qui assèche comme l'iode, les antiseptiques. Selon les recherches, la vitesse de cicatrisation serait plus grande avec l'iode en comparaison avec le NaCl0,9 %.

Quand on parle de «réaliste» dans cette question, on comprend qu'on fait référence à une application dans le concret ou dans la réalité dite «de terrain». On sait aussi que notre contexte de travail tend à faire plus de place à la culture scientifique, mais chez nous en CHSLD, celle-ci peut entrer en conflit avec ce que j'appelle «la culture de terrain», représentée par les infirmières et le personnel d'expérience. Si je reprends l'exemple de la recommandation 7 : on rencontre chez nous encore une résistance de la part d'infirmières ou d'auxiliaires qui disent : «*On a toujours réussi à guérir nos plaies avec de l'iode ou du mercure au chrome et on va continuer comme ça !*» L'opposition dans la question qui nous préoccupe est ici évidente, et c'est la dichotomie entre ces deux cultures. Donc, est-ce réaliste de tenter un rapprochement ?

Aujourd'hui, cette dichotomie prend de l'ampleur dans la même mesure où notre science progresse rapidement et se heurte encore plus à des barrières humaines. Je me souviens de mes cours au secondaire où nous étudions l'histoire de la physique, nous apprenions que la science s'est souvent fait museler, bâillonner par les institutions traditionnelles et par l'expérience des autorités en place, telles que la religion, la royauté et même des scientifiques conservateurs, réticents au changement et craintifs de perdre un certain pouvoir. C'est un problème de toutes époques ! Ça ressemble un petit peu à cette opposition causée par les changements dans la profession et l'avancement rapide des connaissances scientifiques !

Je reviens au terme «réaliste». Est-ce réaliste d'introduire les résultats de recherches à notre pratique au quotidien ? Je dirais qu'oui, bien sûr, mais il faut changer les mentalités. En CHSLD, ce travail me semble être de grande envergure, car la routine du travail depuis de nombreuses années a creusé ses racines. Sans vouloir dénigrer aucun titre d'emploi, dans le personnel n'ayant pas d'ordre professionnel ni d'études, certains (je dis bien certains) n'ont ni les connaissances nécessaires ni même souvent l'intérêt pour aider le personnel infirmier à rehausser la qualité des soins sur une base scientifique. Des préposés, pourtant bien intentionnés, ne comprennent pas toujours l'importance des soins infirmiers qui tiennent sur leurs épaules le concept «milieu de vie» lequel devient la seule référence significative pour ces employés. Ils sont 60 % des emplois chez nous et ce concept me semble lourd à porter, parce qu'il prend trop d'ampleur. Selon moi, il creuse encore plus le fossé entre expérience et savoir scientifique, parce qu'il est mal interprété. Par exemple, les préposés me disent quelquefois qu'ils peuvent donner des desserts très sucrés tous les jours à un diabétique, car il est chez lui en CHSLD. Autre exemple : nous commençons à intégrer la technique du bain Gineste Marescotti pour certains résidents agressifs et en pertes cognitives importantes et cette technique est souvent mal acceptée jusqu'à créer tout un émoi. Dans certains cas, même l'enseignement a ses limites. Être préposé, c'est pourtant un si beau métier ! C'est pourquoi, je dis que nous avons des mentalités à changer pour arriver à redonner une force aux soins infirmiers et ce, en

intégrant des pratiques basées sur des résultats de recherches. Dans les *Orientations ministérielles 2003*, on parle de «...sensibilisation des employés non professionnels susceptibles d'affecter par leurs interventions la qualité des soins du résident...»

Cette application de la science en CHSLD est souhaitable et réaliste, certes, mais réalisable à long terme dans un esprit d'ouverture avec de grands projets tels que l'implantation de l'APE qui est une approche globale qui intègre tous les principes directeurs des orientations ministérielles en matière de soins en CHSLD (satisfaire les besoins, maintenir l'autonomie, la qualité des soins passe par concept «milieu de vie», respect de la dignité). Par exemple, avant l'introduction de la communication prothétique, des résidents en pertes cognitives pouvaient devenir agressifs à la suite d'une intervention. Après l'implantation de l'APE, l'agressivité, l'agitation étaient en baisse. Mais nous adoptons cette approche volet par volet, besoin par besoin ; c'est un projet à long terme pour qu'il soit mieux ancré et pour qu'il obtienne un meilleur résultat dans son acceptation par les employés.

J'ai trouvé un tableau intéressant dans la *Gérontoise* sur les barrières à l'utilisation de recherches scientifiques dans notre pratique :

- Manque de pouvoir pour effectuer des changements;
- Manque de temps pour implanter de nouvelles pratiques;
- Manque de temps pour lire des articles de recherche;
- Manque de soutien administratif;
- Manque de collaboration du personnel et des médecins;
- Manque de ressources physiques (infrastructures).

Dans mon milieu de travail, on peut voir le visage de cette opposition chez les infirmières dans le manque de temps et d'intérêt pour lire des articles de recherche. Selon moi, s'il subsiste une opposition, elle part davantage de la volonté humaine que de l'incapacité à intégrer des pratiques basées sur des résultats probants. C'est moins fréquent de voir les infirmières sur le terrain en CHSLD faire de la recherche, de consulter des résultats de recherche ou même parfois de s'y intéresser. C'est donc dire qu'il ne faut pas se le cacher : il existe réellement une opposition au quotidien et j'ai remarqué quelques causes à ce problème :

- Dévalorisation du rôle de l'infirmière en CHSLD (art. de Mme Desrosiers, *Perspective infirmière*);
- désabusement, résistance au changement;
- Les employés se confortent dans une routine;
- Les connaissances ne sont pas toujours appliquées faute de temps, de budget; de ressources humaines, à cause aussi de l'augmentation des tâches;
- Les dernières recherches ne sont pas toutes écrites en français et vulgarisées dans des revues accessibles.

Je pense humblement que je dois moi-même, comme mes collègues, pousser mes connaissances encore plus loin sur les soins aux personnes âgées pour pouvoir commencer à rapprocher en moi «la culture de terrain» et la culture scientifique et les intégrer harmonieusement. Autrement dit, à mon avis, il y a place à une amélioration pour arriver à créer plutôt une alliance entre savoir et expérience. C'est ça «se préparer à de grands changements» comme le dit notre ministre Couillard !

## **LES PRATIQUES EXEMPLAIRES FAVORISENT-ELLES LE RAPPROCHEMENT OU L'ÉLOIGNEMENT DES APPROCHES EN SOINS INFIRMIERS ?**

Dans mon centre, nous avons les approches suivantes :

- Approche «milieu de vie»;
- Approche prothétique;
- Approche palliative d'accompagnement du résident/famille;
- Approche personnalisée informatisée;
- Approche globale (holistique);
- Approche de l'alimentation en vrac;
- Décontentionnement.

Les approches demandent beaucoup de temps pour être adoptées par le personnel. Il faut, à mon avis, qu'elles soient solides et basées sur des principes ou des valeurs universelles. Notre leadership doit avant tout influencer le personnel sans rien imposer de manière autoritaire, pour éviter les affrontements, l'incompréhension et l'installation d'un cadre de travail difficile.

Les pratiques exemplaires favorisent le rapprochement, car lorsque nos projets voient le jour, il y a cohérence avec les approches. Par exemple, l'APE et le SMAF alimentation en vrac (plutôt que dans des plateaux) s'harmonisent bien avec les lignes directrices des pratiques exemplaires en soins des plaies; les pratiques exemplaires en prévention des chutes favorisent l'APE et le décontentionnement. Elles favoriseraient l'éloignement si nous nous imposions d'appliquer toutes les recherches en gérontogériatrie dans une courte période de temps.

### ***Qu'est-ce qu'une pratique exemplaire ?***

Je définis l'exemplarité comme une efficacité maximale avec très peu de ressources, mais j'ai pensé qu'elle pouvait tout simplement se présenter sous le visage d'une infirmière qui montre l'exemple aux niveaux du :

- Du savoir-être;
- Du savoir-faire;
- Et du savoir.

En CHSLD, si une tête infirmière sort du troupeau et veut changer des choses, elle en a la possibilité, car elle a plus besoin de faire appel à ses ressources intérieures comme la créativité qu'à des ressources extérieures telles que les budgets, les équipements, etc. N'oublions pas qu'en CHSLD, le concept «milieu de vie» implique une très grande adaptabilité (puisque l'on prône la personnalisation des soins) et il oblige autant au développement des ressources intérieures individuelles qu'à l'application des derniers résultats de recherches (concept «milieu de vie» versus soins infirmiers). Donc, le savoir-être très important, ici, renvoie à la créativité, la passion, la volonté, aux valeurs professionnelles (confiance, autonomie, responsabilité, discipline, intégrité, sécurité, conformité à l'éthique).

Le savoir-faire se réfère à la pratique clinique et en grande partie à la capacité d'appliquer son leadership, à motiver, à amener l'équipe à accorder de l'importance à la qualité des soins de base et des soins infirmiers. L'infirmière a le devoir de clarifier les rôles. Dans mon centre, j'ai un projet de présenter des mini capsules d'informations sur les différents rôles et sur l'évolution des pratiques depuis 20 ans dans mon établissement.

Le savoir scientifique n'a donc de sens que pour guider l'infirmière dans des décisions éclairées par ses propres intuitions, sa propre expérience étant donné que le savoir-être, la communication, la capacité de gérer des équipes de soins, la personnalisation des soins sont très importants en CHSLD. L'efficacité du système de soins en CHSLD se situe à ces niveaux présentement bien plus que dans l'injection d'argent dans les infrastructures, les gadgets à la fine pointe, etc.

L'infirmière exemplaire se démarque beaucoup dans :

- Sa volonté à fouetter les esprits du personnel devenu indifférent (si on se réfère au syndrome de survivance, à la dévalorisation des rôles et à la surcharge de travail (80% de déficits cognitifs soignés par bien des préposés qui n'ont pas d'étude), désensibilisation du personnel face à la souffrance psychologique,
- Elle va chercher des formations sur les meilleures pratiques et retransmet ses connaissances à son équipe,
- Sa capacité à gérer de façon intègre : elle n'est pas là pour faire plaisir à l'équipe. Cette difficulté à contenter une équipe parfois désabusée s'apparente à traverser une mer, mais une fois accostée, c'est une nouvelle terre à redécouvrir, celle où l'équipe aura à se redéfinir, celle où l'infirmière aura à trouver les forces de chacun. La compétence est la jumelle de la relation de confiance avec le résident et l'équipe de soins. Elle sous-entend un leadership et une bonne capacité de communication,
- Les vieilles techniques de communication font bien leurs preuves ! C'est une ligne directrice très simple, mais qui a un effet colossal sur les résidents.

J'ai imaginé trois types de pratiques exemplaires en CHSLD sur le modèle de l'approche non-directive créatrice en psychothérapie :

- **L'esthète** : elle défriche, créative et très sensible, se lance dans de grands projets humanistes, brise les routines, refait le monde à l'image de son monde intuitif et émotif, aide à changer les mentalités. Elle peut manquer d'estime de soi.
- **La rationnelle** : bonne et rigoureuse gestionnaire, organise ses équipes, classe, ordonne, plus souvent au poste, se sent comme poisson dans l'eau pour travailler avec l'abstrait et les concepts. Elle a une petite tendance à dénigrer l'intelligence concrète ou la sensibilité de l'esthète.
- **La concrète** : simplicité et débrouillardise, aime voir un résultat dans le concret, travaille sur de petites choses pas à pas, habile dans les techniques, plus souvent au chevet. Elle peut avoir de la difficulté à voir la complexité des sentiments et des émotions.

On peut retrouver une pratique exemplaire dans chacun des portraits, mais un équilibre des trois avec une tendance plus marquée pour un portrait permet de mieux faire de notre profession un art. Plusieurs exemples :

- ✓ Une infirmière très concrète et débrouillarde sur le terrain se donne comme objectif de développer encore plus son écoute pour mieux comprendre ses résidents en soins palliatifs et leur famille.
- ✓ Une infirmière esthète monte un projet où elle doit concilier son imagination extraordinaire et une rigueur dans la structure de ce projet.
- ✓ Une rationnelle permet à son équipe d'utiliser la fantaisie et valorise leurs actions concrètes.

Globalement, l'infirmière exemplaire combat la désensibilisation du personnel blasé, la violence auprès de sa clientèle, empêche la loi du silence. C'est l'ange gardien qui a comme but de contrer des réalités importantes en CHSLD :

- Aînés privés de soins nécessaires;
- Contentions physiques et chimiques;
- Banalisation des soins infirmiers.

### **LES PRATIQUES EXEMPLAIRES SONT-ELLES UNE SOLUTION DURABLE À LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS ?**

Selon ce que je comprends de la question, les pratiques exemplaires permettent d'appliquer toujours les nouvelles découvertes pour enrichir la profession. La recherche implique un processus créatif et logique important. Étant donné que créer est une action renouvelable à l'infini, les pratiques exemplaires sont forcément une solution durable à cette qualité des soins incessamment améliorée et adaptée. «*La créativité en milieu de*

*travail est le fruit d'un travail ardu qui exige du temps, des connaissances et suffisamment de passion pour s'investir à fond dans son activité de recherche.»*

### **PEUVENT-ELLES ÊTRE INTÉGRÉES DANS TOUS LES MILIEUX DE SOINS ET À QUELLES CONDITIONS ?**

Les pratiques exemplaires s'intègrent bien dans les objectifs que ce sont donnés mes patrons pour le secteur hébergement. Les grands projets sont plus souvent élaborés sur du long terme, car les personnes âgées n'accepteraient pas que leur routine soit constamment changée et qu'elle soit perturbée par le courant rapide de la science. C'est normal, car elles vivent plus difficilement le stress qui lui, est décuplé par la perte cognitive, la perte d'autonomie et le sentiment d'impuissance (*Ref. : Syndrome de fragilité de Philippe Voyer*). Mais ça ne nous empêche pas d'entrer à 100 % dans cette mouvance ou cette évolution des connaissances, à condition que nous développions des moyens à leur insu pour que cela ne dérange pas le concept «milieu de vie».

### **QU'APPORTERONT-ELLES À L'INFIRMIÈRE ET À L'INFIRMIER DANS SA PRATIQUE QUOTIDIENNE ?**

Une valorisation et une vision rehaussée de son rôle auprès des personnes âgées. On sait qu'elle est souvent dépréciée en travaillant en CHSLD. Mes patrons ainsi que des infirmières d'expérience m'ont dit que ce problème est dû au fait qu'avant le virage ambulatoire et les fusions, les infirmières étaient plus nombreuses, avaient un rôle différent en accomplissant plus de tâches au chevet afin d'aider les préposés. Aujourd'hui, elles exécutent un peu plus de tâches administratives et les soins infirmiers prennent une autre voie d'autant plus que nous engageons plusieurs cliniciennes (9 jusqu'à présent) et nous commençons à défier les problèmes d'image de l'infirmière en CHSLD en revoyant toutes les règles de soins en collaboration avec notre CII et en les soutenant plus dans leurs tâches de gestion.

Ce changement graduel, où le «nursing» prend plus sa place, apporte de petits conflits à court terme, mais en bout de ligne, il ressortira gagnant. La direction des soins infirmiers va aussi mettre sur pieds un projet d'enrichissement de la pratique infirmière en hébergement. Cela prouve les besoins importants en matière d'implantation des pratiques exemplaires. En bout de ligne, ce sont les résidents qui y gagneront !

Je dirais aussi que les pratiques exemplaires en CHSLD réduiront l'isolement des infirmières qui seront aussi informées des dernières nouveautés scientifiques dans leur spécialité. Ça stimulera leur curiosité d'apprendre et ça va sûrement apporter une belle dynamique et du mouvement.

Les pratiques exemplaires apporteront enfin une plus grande assurance aux infirmières dans leurs interventions, car les preuves de ces pratiques sont faites.

## **PROFITENT-ELLES AUX PROFESSIONNELS OU AUX CLIENTS ET DE QUELLES FAÇONS ?**

Elles profitent grandement aux autres professionnels qui peuvent s'appuyer sur une meilleure crédibilité et une plus grande fiabilité de la pratique infirmière : cela crée des résultats exponentiels chez les résidents. Par exemple, dans les soins des plaies, des médecins de chez nous se fient sur les recommandations de l'infirmière clinicienne bien aux faits des dernières recherches dans le domaine. Les ergothérapeutes et physiothérapeutes travaillent plus en collaboration avec nous, ce qui renforce les décisions prises en équipes multidisciplinaires.

En conclusion, je dirais que cette opposition tend à faire la place à une complémentarité, car les jeunes infirmières adoptent plus facilement le tableau des recherches scientifiques et elles sortent de plus en plus de l'université. Elles vont certainement changer un peu le portrait et des mentalités. Une illustration de cette opposition entre savoir scientifique et expérience : Cela fait appel aux trois niveaux de pensée critique en soins infirmiers :

- **Niveau élémentaire** : Nouvelle infirmière fait appel aux livres, aux experts, aux recherches;
- **Niveau de la complexité** : Se fie plus à son expérience, adapte plus ses soins à la clientèle de manière autonome;
- **Niveau de la responsabilité** : Utilise sa créativité, a une ligne de conduite qui lui est propre.

Comme je ne suis qu'au début de ma carrière et que je n'ai pas beaucoup d'expérience, je puise ma passion dans la nouveauté et je suis en train d'affiner ma pensée critique comme toutes les infirmières. C'est ni plus ni moins une maturation, un tout petit bout de sagesse qu'une nouvelle infirmière commence à développer à travers les recherches et graduellement à travers ses expériences de vie. Je ne fais que commencer à chercher et découvrir mes réponses dans les lignes directrices des pratiques exemplaires et aussi à l'intérieure de moi pour arriver à trouver ma ligne de conduite propre et personnelle.

Les discussions avec nos pairs, le soutien des infirmières d'expérience, les consultations de recherches scientifiques, les livres nous aident finalement à nous élever au niveau de la pensée critiques, de la responsabilité autant qu'à nous permettre une meilleure pratique clinique !

Enfin, le défi en CHSLD : influencer nos pairs et le personnel à faire de tous ces changements constants une routine ; retourner aux dernières nouvelles ; mettre un temps sur notre plan de travail pour la lecture d'articles scientifiques, etc.

Julie Déziel, infirmière