



**Famille et vieillissement**

**Enjeux et défis pour  
soignants professionnels  
et proches-aidants**

FRANCINE DUCHARME, INF., PH. D.

Synthèse des éléments clés d'une communication présentée au VIII<sup>e</sup> Congrès international francophone de gérontologie et gériatrie, tenu à Québec en octobre 2006, sous le thème « Vieillesse, santé et société – acquis, défis et perspectives ».

On ne peut négliger l'apport essentiel des infirmières aux soins des personnes âgées et de leur famille. Tous les jours, quel que soit leur milieu de pratique, celles-ci doivent prendre en compte le vieillissement de la population et adapter leurs interventions à la complexité croissante des besoins d'une clientèle vieillissante. L'espérance de vie qui s'allonge et les avancées technologiques des pays industrialisés laissent prévoir qu'à l'avenir, les personnes âgées ne seront plus, comme jusqu'à présent, hébergées dans des centres de soins de longue durée. Elles vivront plus longtemps à domicile. C'est dans la perspective de ces changements sociétaux qu'il importe de sensibiliser la profession d'infirmière aux enjeux et aux défis inhérents au phénomène du vieillissement.

Ces défis et ces enjeux se posent aussi bien aux professionnels, et notamment aux infirmières, qu'aux proches-aidants, pour la plupart des membres de famille, qui apportent une contribution importante aux soins de leurs parents âgés. Ils se rapportent à trois changements majeurs qui caractérisent les dernières décennies: 1) changements dans la configuration des familles et des modalités d'aide aux parents vieillissants, 2) changements dans la configuration des systèmes de santé des pays industrialisés et finalement, 3) changements dans les caractéristiques des soignants professionnels œuvrant auprès de clientèles vieillissantes.

## Des enjeux de taille

### *Changements dans les familles et dans l'aide apportée aux parents vieillissants*

Nous assistons aujourd'hui à un phénomène intergénérationnel très intéressant. La majorité des parents et des enfants partagent maintenant certains aspects de leur vie pendant plus de cinquante ans et bien des grands-parents sont en contact avec leurs petits-enfants pendant plus d'une vingtaine d'années. Les familles de quatre générations sont

fréquentes, certaines en sont même à la cinquième génération! Les relations intergénérationnelles sont ainsi d'une grande complexité. Dans cette perspective, le Conseil de la famille et de l'enfance du Québec (2004) mentionne avec justesse que l'on est passé de la famille élargie à la famille « allongée ».

Les formes de relation d'aide et de soutien des parents vieillissants se sont aussi modifiées. Les familles modernes ne constituent plus une entité monolithique. Elles sont plus fréquemment caractérisées par la monoparentalité et la reconstitution, toutes variables qui affectent la capacité de soutien aux parents âgés. La famille a maintenant une structure et un mode de fonctionnement complexes et il est difficile de la définir autrement que par les liens affectifs qui unissent ses membres. Ici aussi, on est passé de la famille où dominaient les liens d'autorité à la famille « choisie », où la qualité de la relation l'emporte sur la nature du lien. Enfin, les familles comprennent plus de membres âgés et moins de jeunes. La mondialisation et l'effacement graduel des frontières font aussi en sorte que les familles sont plus mobiles sur le plan géographique (Ducharme, 2006).

En dépit de toutes ces transformations, les personnes âgées ne sont pas pour autant abandonnées par leur famille. Cet abandon, on le sait maintenant, est mythique, mais il s'agit d'un mythe qui a longtemps persisté dans l'imaginaire collectif. Les années 2000 se démarquent plutôt par la grande contribution des proches-aidants. Au Canada, les membres des familles assument près de 90 % de l'aide et des soins donnés aux personnes âgées présentant des problèmes de santé chronique à domicile (Keating *et al.*, 1999), et ce phénomène semble universel. En Allemagne par exemple, c'est près de la moitié des personnes âgées dépendantes qui sont uniquement aidées par leur entourage. En Italie et en Espagne, le soutien aux personnes âgées est « naturellement » du ressort des familles (Joubin, 2005).

En somme, au-delà du bouleversement des structures familiales, la vitalité des réseaux familiaux reste bien

présente. Les variations démographiques semblent sans grand effet sur la fréquence des contacts parents-enfants et sur le sens des responsabilités des jeunes générations envers leurs aînés. Nous assistons à une résistance des valeurs de solidarité intergénérationnelle malgré tous les changements observés dans les configurations de la vie familiale.

### **Changements au sein des systèmes de santé**

Au cours des dernières décennies, les systèmes de santé de nombreux pays industrialisés ont aussi subi des chambardements majeurs, dont l'offre de soins à domicile n'est pas le moindre. Un système émerge où le milieu de vie privé est officialisé comme lieu dispensateur des services de santé. Au Québec, c'est depuis 1995 que le vocable «virage ambulatoire» est utilisé pour parler de cette orientation (Di Domenico, 1996).

Ce virage s'inscrit par ailleurs dans une perspective plus large de désinstitutionnalisation et dans une orientation sociétale de maintien à domicile des personnes âgées, laquelle sollicite grandement les proches-aidants. On maintient les personnes âgées à domicile en invoquant les coûts prohibitifs liés à l'utilisation des ressources «lourdes» du système, mais aussi en soulignant le désir des personnes âgées de vieillir à la maison, ce qui a inspiré l'intitulé de la Politique de soutien à domicile du Québec: «Vieillir chez soi, le premier choix» (MSSS, 2003).

Le phénomène de l'hébergement des personnes âgées dans les centres de soins de longue durée s'est aussi considérablement modifié. Le taux d'hébergement a notamment diminué au Québec (alors qu'il était de 7% au début des années 1990, il n'était que de 3,7% en 2004). Les personnes qui sont hébergées aujourd'hui sont plus âgées et leur autonomie, de plus en plus limitée. Même les établissements non gériatriques doivent s'adapter, car la majorité des personnes qui y sont admises sont maintenant âgées.

### **Changements dans les caractéristiques des soignants professionnels**

Les professionnels de la santé ne sont pas exempts du phénomène du vieillissement. De plus, selon les analyses de l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE), ils sont en grande pénurie (Danon-Hersch et Paccaud, 2005). Les professionnels sont plus âgés, plus difficiles à recruter, quittent plus tôt leur emploi, offrent moins d'heures par semaine à leur employeur, compte tenu des conditions souvent peu conviviales sur le plan de la conciliation travail-famille et, il faut le mentionner, ils ne s'intéressent pas nécessairement à la clientèle âgée. Nous y reviendrons.

L'incidence d'un âge de la retraite plus ou moins tardif fait ainsi l'objet d'un débat dans les sociétés industrialisées. Certains suggèrent d'accroître la participation des personnes de 50 ans et plus au marché du travail comme

moyen de pallier le vieillissement démographique. Des professionnels plus âgés offrent ainsi des soins à des personnes de plus en plus âgées... Voilà un autre enjeu sociétal auquel il convient de réfléchir.

Somme toute, ces grands changements, qu'il s'agisse de ceux touchant la configuration des familles, des systèmes de santé ou encore de la main-d'œuvre, représentent inévitablement des sources de tension, mais aussi d'intéressants défis à relever. Le tableau ci-dessous en présente quelques-uns qui ont été classés selon qu'ils concernent: a) les principaux acteurs en jeu, b) les structures liées à l'organisation du travail et des services offerts aux personnes âgées, et c) les processus d'aide et de soin.

#### Quelques défis liés au vieillissement

Principaux acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer des liens intergénérationnels et des réseaux de proximité</li> <li>• Élaborer de nouvelles modalités de collaboration</li> <li>• Recruter des professionnels compétents</li> </ul>
Structures liées à l'organisation du travail et des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifier l'organisation du travail: le partage des savoirs et des expertises</li> <li>• Mettre en place des systèmes de soins intégrés et de structures d'accueil pour les personnes en perte d'autonomie</li> </ul>
Processus d'aide et de soin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurer une culture de l'innovation: les «TIC» et les résultats probants</li> <li>• Prendre en compte les facteurs culturels</li> <li>• Élaborer des politiques «actives» pour soutenir les personnes âgées et les proches-aidants</li> </ul>

### **Des défis à relever**

#### **a) Les principaux acteurs**

##### *Créer des liens intergénérationnels et des réseaux de proximité*

Les valeurs de partage et d'entraide familiale se modifient graduellement et semblent moins fondées sur l'interdépendance économique que sur l'interdépendance affective. Le

mixage des générations deviendra la norme de l'avenir. On voudra bien vivre, dans une société où les jeunes ont leur place et sont intégrés. On voudra aussi bien vieillir, c'est-à-dire vieillir en santé et, naturellement, bien mourir. Pour ce faire, différents modèles de solidarité intergénérationnelle seront à développer. Il n'y aura pas, d'une part, les générations qui donnent, souvent celles des jeunes et, d'autre part, celles qui reçoivent, la plupart du temps celles des plus vieux. Il y aura lieu de créer des conditions pour maximiser le potentiel de temps et d'expérience qui augmentera considérablement avec l'arrivée de la génération dynamique des baby-boomers à l'âge de la retraite. On assistera au développement de la solidarité à l'intérieur même des familles, mais aussi à la création de liens de proximité, ou de solidarité communautaire lorsque ce lien familial sera absent ou rompu.

#### *Élaborer de nouvelles modalités de collaboration*

Étant donné l'importance accordée aujourd'hui au partenariat et à la prise en charge de sa propre santé, les modalités de collaboration entre les principaux acteurs du vieillissement devront inévitablement se renouveler. Les personnes âgées sont de plus en plus scolarisées. Elles participent davantage aux décisions qui les concernent et prendront davantage part, dans l'avenir, aux forums et réseaux de réflexion qui s'organisent sur leurs droits et autres sujets d'actualité. Des liens de collaboration favorisant l'autonomisation des personnes âgées devront se créer et le pouvoir des professionnels devra être davantage partagé.

Les liens entre les soins dits génériques, offerts par les familles, et les soins professionnels devront être revisités. Il est déjà possible d'observer la « professionnalisation » grandissante des soins familiaux et la « familialisation » croissante des soins professionnels (Clément et Lavoie, 2005). D'une part, les professionnels devront offrir non seulement des services instrumentaux et fonctionnels, mais davantage de services tenant compte des dimensions relationnelles. D'autre part, on reconnaîtra de plus en plus l'expertise et le savoir des familles. En somme, la frontière entre l'espace privé et l'espace public deviendra de plus en plus ténue et les zones d'échange et de négociation se multiplieront.

#### *Attirer « les troupes »*

L'âgisme est maintenant considéré comme un grand « isme » des sociétés occidentales. Il est encore plus fréquent que le racisme et le sexisme (Palmore, 1999). Il s'imprègne très tôt dans l'imaginaire des jeunes. Ainsi, on peut se demander pourquoi les professionnels se retrouvent à travailler avec la clientèle âgée souvent par défaut plutôt que par choix. Et pourquoi, en dépit du fait que nombre d'entre eux travaillent déjà auprès d'une clientèle vieillissante, très peu choisissent de poursuivre une formation dans le domaine des soins aux personnes âgées?

Changer les images, les stéréotypes et les mythes n'est pas une mince affaire. Le domaine des soins et services aux personnes âgées gagnerait à être plus attirant. L'image des soins prolongés doit notamment être revalorisée et des opportunités de carrières stimulantes doivent être offertes. La grande complexité des situations doit, comme dans d'autres domaines, faire appel à une expertise reconnue et valorisée. Elle suppose l'acquisition de compétences qui ne doivent pas être considérées comme innées ou du ressort de la personnalité. En fait, un des défis consiste à répondre à l'épineuse question: « Comment former le personnel à la complexité des besoins des personnes âgées et des familles et offrir des emplois de qualité, dans un secteur dévalorisé, encore marqué par une qualification peu élevée? »

#### ***b) Les structures liées à l'organisation du travail et des services***

##### *Modifier l'organisation du travail*

Pour faire face aux enjeux du vieillissement, les structures organisationnelles devront aussi évoluer. La culture de la collaboration interprofessionnelle, qui commence à se mettre

**8<sup>e</sup> tournoi de golf**  
17 septembre 2007 • Club de golf de Lachute

**FRESIQ**  
Fondation de recherche  
en sciences infirmières du Québec

**PARTENAIRE PRINCIPAL**

**GIRAFE SANTÉ**  
PLACEMENT INFIRMIER

La FRESIQ a été créée  
par l'Ordre des infirmières  
et infirmiers du Québec

**Ordre des infirmières  
et infirmiers  
du Québec**

4200, boul. Dorchester Ouest  
Westmount (Québec)  
H3Z 1V4  
Tél.: 514 955-2505, poste 252  
1 800 363-6048  
Téléc.: 514 955-9808  
<http://fresiq.niq.org>

**Brunch à 9 h**  
**Départ simultané à 11 h**  
**Formule Vegas**  
**Souper à 18 h**

**Coûts**

**175 \$ membre de l'OHIQ  
ou adhérente au  
programme Appartenance**

**200 \$ non-membre**  
**75 \$ souper seulement**  
**500 \$ commandite d'un trou**

en place dans plusieurs organisations, devra notamment s'accroître. L'avenir est au partage des savoirs et des expertises. La création de ce que l'on appelle maintenant des « communautés de pratique », c'est-à-dire de groupes qui partagent une même préoccupation, pourrait être l'une des structures susceptibles d'éveiller l'intérêt pour le travail auprès des personnes âgées. Il s'agit d'éduquer les personnes intéressées par un même domaine au sein du milieu de travail, de les appuyer par un encadrement souple, de les encourager dans leurs intérêts mutuels et d'intégrer le tout à la dynamique du travail, contribuant ainsi à la qualité des soins.

d'interventions fragmentées et potentiellement redondantes pour la clientèle âgée (Bergman *et al.*, 1997). Plusieurs expériences d'intégration de services destinés aux personnes âgées, notamment au Québec, ont fourni des résultats très encourageants pour la qualité des services et la réduction de certains coûts de santé (projet SIPA: Béland *et al.*, 2006; projet PRISMA: Hébert et Veil, 2004; projet des Bois-Francs: Tourigny *et al.*, 2004). Il y a lieu de croire que cette perspective d'intégration des services ira en s'élargissant.

Ces modalités de prestation des soins devront toutefois tenir de plus en plus compte des proches-aidants, ce qui



Par ailleurs, il est reconnu que la prestation de soins efficaces et de qualité passe principalement par une intégration des services offerts par les différents professionnels et établissements, ce qui pose d'autres défis de taille.

*Mettre en place des systèmes de soins intégrés et de structures d'accueil pour les personnes âgées en perte d'autonomie*

L'intégration des services vise à assurer la cohérence des actions des différents intervenants, organismes et établissements des réseaux communautaires, hospitaliers et d'hébergement. Elle a aussi pour but d'éviter une série

exige un changement de paradigme ou, autrement dit, un changement dans les valeurs de la pratique professionnelle. Les intervenants doivent en venir à valoriser le soutien aux familles et à l'inclure dans leur pratique, ainsi qu'à considérer les familles comme des clients ou des usagers des services. Qu'il s'agisse des professionnels des équipes interdisciplinaires, dont les infirmières, des membres de groupes communautaires ou des gestionnaires, ces acteurs proviennent de sous-cultures différentes, soit de cultures professionnelles, communautaires et technocratiques qui adhèrent à des valeurs différentes. Le partage et la compréhension réciproque de ces valeurs

est l'une des conditions de l'adéquation entre les services qui seront offerts et les besoins des proches-aidants.

Il ne faut pas non plus négliger l'importance de créer de nouvelles structures d'accueil pour les personnes âgées en perte d'autonomie. L'hébergement en centre de soins de longue durée est coûteux et il ne s'agit pas du premier choix des aînés, ni même de celui des familles. D'autres ressources devront être exploitées et il faudra mettre sur pied des formules d'hébergement à géométrie variable, comme celles proposées dans le plan d'action 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). Il s'agit de solutions qui transformeront, il va de soi, les pratiques des soignants professionnels.

### **c) Les processus d'aide et de soin**

#### *Instaurer une culture de l'innovation : les « TIC » et les résultats probants*

Le futur donnera lieu à d'importantes activités de nature technologique. Les technologies de l'information et de la communication fourniront des outils essentiels pour faciliter la vie quotidienne des familles et la mise en place de services à la population âgée. Ces outils permettront aux personnes de communiquer, d'obtenir de l'information et d'interagir avec des services éloignés et ce, plus rapidement, plus facilement et sans limite d'espace et de temps. Ils ont déjà de nombreuses applications pratiques, comme celui de la « maison intelligente » (*smart home concept*) permettant plus d'autonomie et de sécurité à domicile.

En plus de l'économie de temps et d'argent, les TIC permettent la réduction du temps de transport, une accessibilité accrue aux professionnels et un plus grand sens de contrôle personnel de leurs soins chez les personnes âgées et leurs proches-aidants. On connaît déjà les bénéfices des approches de télésanté : réduction du nombre et de la durée des hospitalisations, diminution des visites dans les cliniques ambulatoires et baisse des admissions dans les centres de soins de longue durée. La réticence des personnes âgées face à ces technologies est un autre mythe ; les études démontrent que c'est plutôt le personnel soignant qui est réticent devant ces approches novatrices de prestation des soins (Magnusson *et al.*, 2004).

Enfin, les interventions et les initiatives futures devront aussi prendre en compte les connaissances scientifiques qui se développent de façon exponentielle et qui n'étaient pas accessibles aux générations précédentes. L'accès aux banques de données favorisera une pratique plus efficace, basée sur des résultats de recherche probants, et les structures organisationnelles devront permettre au personnel des milieux de soins de bénéficier de ces nouvelles connaissances.

#### *Prendre en compte des facteurs culturels*

Les nouvelles configurations de la vie familiale ne se limitent pas à un horizon culturel particulier. Le visage multi-ethnique de la société modifiera nos façons de dire et d'agir. Des études soulignent l'importance de services culturellement « cohérents », c'est-à-dire de services caractérisés par l'adéquation entre les valeurs des utilisateurs et celles des intervenants (Ducharme *et al.*, 2007). Dans cette perspective, les défis de la communication dans un contexte inter-culturel et l'importance de maîtriser les attributs de ce que l'on appelle maintenant la compétence culturelle constituent des défis majeurs, notamment pour les infirmières.

#### *Élaborer des politiques dites « actives »*

Dans une perspective davantage macrosystémique, il s'agira d'élaborer des politiques sociales et de santé actives. Il sera véritablement impossible pour les proches-aidants de répondre à tous les besoins des personnes âgées sans améliorer les systèmes de soutien à leur disposition. Par ailleurs, compte tenu de l'augmentation des personnes escomptant vieillir en santé, il s'agira moins de protéger ces personnes contre un certain nombre d'aléas que d'investir dans leurs capacités en leur permettant d'utiliser au maximum leur potentiel, d'où la nécessité de politiques plus actives.

En conclusion, les enjeux et les défis présentés ne sont qu'un exemple de la complexité des situations qui se dessinent pour les années à venir. Cette présentation sommaire et non exhaustive paraît toutefois, malgré ses limites, stimulante et offre de l'espoir tant aux personnes âgées et aux proches-aidants qu'aux soignants professionnels. La situation fait appel à la créativité et à l'innovation. Pour les infirmières, elle démontre l'importance d'une solide formation et d'une expertise à partager avec les autres professionnels. Dans la perspective du développement de nouvelles structures de soins et services pour les personnes âgées en perte d'autonomie, de même que celle de la promotion du « bien vieillir », cette expertise est *sine qua non*. Des infirmières compétentes pourront offrir une collaboration de qualité aux équipes interprofessionnelles. Espérons que les jeunes qui poursuivent des études en sciences infirmières découvriront en eux la motivation pour travailler auprès des personnes vieillissantes et que le domaine des soins aux personnes âgées deviendra, pour les infirmières déjà en exercice, un champ de pratique prisé et envié. Ne sommes-nous pas, en tant que professionnelles du soin, en contact quotidien avec des personnes âgées dans tous les milieux de pratique ? Il s'agit là d'une réflexion à poursuivre... et qui mérite de l'être pour notre propre avenir en tant que personnes vieillissantes qui exigeront assurément des soins infirmiers de qualité. ●

Références

Béland, F., H. Bergman, P. Lebel, L. Dallaire, J. Fletcher, A.P. Contandriopoulos et P. Tousignant. « Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA): expérimentation d'un modèle pour le Canada », *La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 25, n° 1, printemps 2006, p. 5-24.

Bergman, H., F. Béland, P. Lebel, A.P. Contandriopoulos, P. Tousignant, Y. Brunelle et al. « Care for Canada's frail elderly population: fragmentation or integration? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157, n° 8, 15 oct. 1997, p. 1116-1121.

Clément, S. et J.P. Lavoie (ss la dir. de). *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*, Toulouse, Erès, 2005.

Conseil de la famille et de l'enfance (CFE). *Avis – Vieillesse et santé fragile: un choc pour les familles?*, Québec, CFE, 2004.

Danon-Hersch, N. et F. Paccaud. *Future Trends in Human Resources for Health Care: A Scenario Analysis*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2005.

Di Domenico, M. *Virage ambulatoire: notes exploratoires*, Québec, Conseil du statut de la femme, 1996.

Ducharme, F., M. Paquet, B. Vissandjee, N. Carpentier, D. Trudeau et L. Lévesque. *Attentes et solutions des aidants familiaux et des intervenants: pour une offre de services culturellement cohérents* (rapport d'une recherche subventionnée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada), Montréal, Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, 2007.

Ducharme, F. *Famille et soins aux personnes âgées: enjeux, défis et stratégies*, Montréal, Beauchemin, 2006.

Hébert, R. et A. Veil. « Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system », *International Journal of Integrated Care*, vol. 4, 20 sept. 2004. [En ligne : <http://www.ijic.org>]

Joublin, H. *Réinventer la solidarité de proximité – Manifeste de proximologie*, Paris, Albin Michel, 2005.

Keating, N., J. Fast, J. Frederick, K. Cranswick et C. Perrier. *Soins aux personnes âgées au Canada: contexte, contenu et conséquences*, Ottawa, Statistique Canada, 1999.

Magnusson, L., E. Hanson et M. Borg. « A literature review study on Information and Communication Technology as a support for frail older people living at home and their family carers », *Technology and Disability*, vol. 16, n° 4, 2004, p. 223-235.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie: Un défi de solidarité*, Québec, MSSS, 2005.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Chez soi: le premier choix. Politique de soutien à domicile*, Québec, MSSS, 2003.

Palmore, E.B. *Ageism: Negative and Positive*, New York, Springer, 1999.

Shanas, E. « Social myth as hypothesis: the case of the family relations of old people », *The Gerontologist*, vol. 19, n° 1, févr. 1979, p. 3-9.

Tourigny, A., P. Durand, L. Bonin, R. Hébert et L. Rochette. « Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly », *Canadian Journal on Aging*, vol. 23, n° 3, automne 2004, p. 231-246.

FRANCINE DUCHARME est professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheuse boursière nationale du Fonds de la recherche en santé du Québec. Depuis 2002, elle est titulaire de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Ses travaux de recherche et ses publications portent sur l'expérience des familles de personnes âgées. Ils traitent aussi de l'élaboration et de l'évaluation de programmes psychoéducatifs de soutien destinés aux proches-aidants d'un parent âgé.



**Inventer l'avenir ensemble  
le défi des générations**

**INSCRIVEZ-VOUS  
DÈS MAINTENANT!**

Renseignements :  
Service de l'organisation d'événements  
Tél. : 514 935-2501  
1 800 363-6048  
[evenements@oiiq.org](mailto:evenements@oiiq.org)  
[www.oiiq.org](http://www.oiiq.org)

**CONGRÈS ANNUEL**  
11, 12 et 13 novembre 2007  
Palais des congrès de Montréal

Consultez  
le programme  
préliminaire complet  
au [www.oiiq.org](http://www.oiiq.org)

Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec