

Santé Québec

REVUE DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC • HIVER 2017 • VOL. 26, N° 3

PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Le CIAA joue un rôle clé dans les établissements

REPORTAGE

Micromilieux en CHSLD



POSTES CANADA  CANADA POST

Post Paid / Postage paid
Poste Publications / Publications Mails

40011580

14 JUIN 2017
(EN REPRISE LE 15 JUIN 2017)

VICTORIAVILLE
Hôtel Le Victorin

JOURNÉE DE FORMATION



INSCRIVEZ-VOUS

et courez la chance de remporter l'une des
10 capsules d'autoformation
d'une valeur de 35 \$

oiaq.org



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

 Suivez-nous sur Facebook

Merci à nos commanditaires




La Capitale
Assurances générales

HIVER 2017 • VOL. 26, N° 3

Rédactrice en chef

Catherine-Dominique Nantel

Rédaction et coordination

Suzanne Blanchet

Révision et lecture d'épreuves

Diane Iezzi

Traduction

Luke Sandford

Graphisme

GB Design Studio

Photo de la page couverture

Gilles Fréchette

Impimerie

Solisco

Comité d'orientation

Régis Paradis

Infirmier auxiliaire, président

Hélène Alain

Infirmière auxiliaire, administratrice

Hélène Laprés

Infirmière auxiliaire

Christine Rivard

Infirmière auxiliaire

Politique rédactionnelle

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

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

Ce numéro de *Santé Québec* a été tiré à 39 200 exemplaires.

Abonnement

3 numéros par année

Canada : 20 \$ • Autres pays : 25 \$

Santé Québec

531, rue Sherbrooke Est

Montréal (Québec) H2L 1K2

514 282-9511 • 1 800 283-9511

www.oiaq.org

Dépôt légal : ISSN 1120-3983

Poste publication : 40011580

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

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

MISSION

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

PRÉSIDENT ET ADMINISTRATEURS DE L'OIIAQ

Président

Régis Paradis

Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec

Josée Goulet

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

Luc St-Laurent

Capitale-Nationale

Hélène Alain

André Richard

Centre-du-Québec

Diane Blanchard

Chaudière-Appalaches

Louise Quirion

Estrie

Amélie Drolet

Lanaudière

Ronald Beaudet

Laurentides

Diane Goyette

Mauricie

Johanne Vincent

Montréal

Carmelle Champagne-Chagnon

Katia Goudreau

Christiane Pineault

Montréal – Laval

Josée Marineau

Martine Plante

Lyne Tétreault

Lise Therrien

Claire Thouin

Outaouais

Lyne Plante

Saguenay—Lac-Saint-Jean—Côte-Nord

Guillaume Girard

ADMINISTRATEURS NOMMÉS PAR L'OFFICE DES PROFESSIONS

Lucie Bourguignon-Laurent

Denise Dubois

Jeanne Duhaime

Raymond Proulx

- 04 LE MOT DU PRÉSIDENT**
LE CIAA, UNE FORCE INDÉNIABLE DANS LES ÉTABLISSEMENTS
- 05 A WORD FROM THE PRESIDENT**
NACS: AN INDENIABLE SOURCE OF STRENGTH IN THE ESTABLISHMENTS
- 06 MOT DE LA SECRÉTAIRE**
- 08 CHRONIQUE JURIDIQUE**
LA PRATIQUE EN RÉSIDENCE PRIVÉE POUR ÂÎNÉS : DÉFIS ET ENJEUX
- 10 LEGAL MATTERS**
LPNs WORKING IN PRIVATE SENIORS' RESIDENCES: CHALLENGES AND ISSUES
- 14 PRATIQUE PROFESSIONNELLE**
RAYONNEMENT DE LA PROFESSION : LE RÔLE CLÉ DU CIAA
- 16 FORMATION**
LE SUIVI CLINIQUE DES ÂÎNÉS : PREMIÈRE PARTIE
- 20 REPORTAGE**
AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES RÉSIDENTS EN CHSLD
- 24 PHARMACOLOGIE**
MÉDICAMENTS DANGEREUX : MANIPULER AVEC SOIN
- 27 NOUVELLES**
- 28 NOUVEAUX MEMBRES**
- 33 MÉDAILLES DU MÉRITE**
- 34 AVIS DE DÉCISION**
- 38 NOUVELLES**





LE CIAA, UNE FORCE INDÉNIABLE DANS LES ÉTABLISSEMENTS

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les établissements publics ont l'obligation de se doter de divers conseils et comités consultatifs, dont un comité des infirmières et infirmiers auxiliaires. Ces conseils et comités agissent, notamment, à titre de groupes-conseils quant à la qualité des soins, au maintien des compétences des professionnels en santé et au rôle de leurs membres dans les équipes de soins.

Le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIAA) a des fonctions bien définies. Il doit apprécier la qualité des soins infirmiers offerts par les infirmières auxiliaires de l'établissement; donner son avis sur les moyens d'évaluer et de maintenir leurs compétences; et formuler des recommandations sur la distribution appropriée des soins qu'elles donnent dans un établissement. Il peut, par exemple, évaluer les besoins en formation des infirmières auxiliaires et recommander des avenues d'amélioration; proposer des modèles relatifs à l'organisation des soins; et participer à l'élaboration des règles de soins infirmiers qui concernent les infirmières auxiliaires.

Les infirmières auxiliaires constituent un maillon solide dans la démarche de soins et sont à même de constater, d'apprécier et de donner leur avis sur les enjeux importants ayant trait à l'exercice de leur profession.

Le CIAA est autonome dans l'adoption des règlements concernant sa régie interne, son fonctionnement et la poursuite de ses objectifs et est à même de prioriser les dossiers qu'il souhaite préconiser à l'intérieur de son mandat (voir « Rayonnement de la profession – Le rôle clé du CIAA », à la p. 14).

Une tournée pour établir une base de collaboration

La directrice du Service du développement et du soutien professionnel de l'Ordre des infirmières et

infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) a récemment amorcé une tournée afin de rencontrer les comités exécutifs élus des CIAA et les directrices des soins infirmiers des établissements.

Grâce à ces rencontres, l'OIIAQ souhaite établir une base de collaboration avec les CIAA et les directions des soins infirmiers et ainsi optimiser l'efficacité du CIAA dans l'établissement et l'atteinte de ses objectifs. Ces rencontres ont également pour objectif de fournir un soutien concret aux comités exécutifs des CIAA dans l'organisation, la planification et la bonne marche de leurs activités.

Les CIAA font partie intégrante du plan de communication de l'OIIAQ en ce qui a trait au développement de la profession ainsi qu'au rôle de l'infirmière auxiliaire et à son champ d'exercice. Dans cette perspective, vous comprendrez notre volonté de voir les conditions mises en place par les directions des soins infirmiers des établissements, afin que tous les CIAA soient rapidement constitués.

Nous souhaitons que les CIAA soient aux premières loges et profitent concrètement de leur lien privilégié avec l'OIIAQ. Cette collaboration consolidera les bases du rayonnement nécessaire à l'avancement de la profession.

Je profite de ce début d'année 2017 pour vous souhaiter tous mes vœux de bonheur et de santé!

Le président-directeur général,

RÉGIS PARADIS, inf. aux.

NACs: AN UNDENIABLE SOURCE OF STRENGTH IN HEALTHCARE ESTABLISHMENTS

Under the Act respecting health services and social services, public establishments are required to set up certain advisory councils and committees, including Nursing Assistants Committees for LPNs. Among other things, these bodies provide advice on care quality, skill maintenance for healthcare professionals and their members' roles within the care teams.

The Nursing Assistants Committees' (NACs) functions are well defined. They are tasked with assessing the quality of nursing care provided by LPNs working at the establishment; giving an opinion on how LPNs' skills should be evaluated and maintained; and making recommendations on the proper distribution of care dispensed by LPNs. For example, NACs may evaluate LPNs' training needs with a view to recommending potential improvements and care organization models, in addition to helping to draw up nursing standards affecting LPNs.

NACs are authorized to adopt by-laws concerning their internal management, functioning and objectives. They are also authorized to prioritize various issues they wish to focus on during their mandate (please see "Rayonnement de la profession – Le rôle clé du CIHA", p. 14).

Establishing a basis for collaboration

The director of the OIIAQ's Development and Professional Support Department recently kicked off a tour for the purpose of meeting with NACs' executive committee members and nursing directors at various establishments.

In so doing, the OIIAQ hopes to establish a basis for collaboration with NACs and nursing departments and thus to optimize the NACs' effectiveness in setting and achieving their own objectives. The meetings are also aimed at providing practical support to NACs' executive committees with respect to the organization, planning and smooth operation of their activities.

NACs form an integral part of the OIIAQ's communication plan, particularly as regards efforts to advance the profession, together with LPNs' role and field of practice. In this regard, I am sure you will understand why we would like to see nursing departments take all necessary steps to set up NACs without delay.

LPNs are a solid link in the care process and are well positioned to observe and appreciate various important professional practice issues and to voice their opinions on them.

We would also like for NACs to be at the forefront of our initiatives while deriving substantive benefits from their special relationship with the OIIAQ. Such collaboration will lay the necessary groundwork for our efforts to further the profession.

As we enter the New Year, I would like to extend my very best wishes for a happy and healthy 2017!



RÉGIS PARADIS, LPN
President and Executive Director



PAR ANDRÉE BERTRAND

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

Payez votre cotisation en ligne

Nous vous invitons à payer votre cotisation en ligne sur le site web de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. Deux appareils *iPad mini* seront tirés au hasard parmi les personnes qui auront utilisé ce service.

Bonne chance !

Inscrivez vos heures de formation continue en ligne

Les infirmières auxiliaires doivent suivre 10 heures de formation continue par période de deux ans, conformément au *Règlement sur la formation continue des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec*. Vous devez remplir cette obligation avant la fin de la période de référence 2015-2017, soit au plus tard le 31 mars 2017.

Inscrivez vos heures de formation continue en ligne au fur et à mesure que vous les suivez. Pour ce faire :

1. Rendez-vous à oiaq.org, section **Formation continue**;
2. Entrez votre numéro de permis et votre mot de passe* dans l'espace prévu à cette fin;
3. Cliquez sur **Mon Dossier**, puis sur **Gérer mon dossier** ;
4. Remplissez le formulaire **Ajoutez une formation à votre dossier**, puis cliquez sur **Soumettre**.

Lorsque vous avez suivi les 10 heures de formation continue, vous devez produire la **Déclaration de formation continue**. Plus de détails ci-contre.

* Il s'agit du même mot de passe que celui que vous utilisez pour vous connecter à notre site web.

Retraite : remboursement partiel de la cotisation professionnelle

Si vous êtes retraitée depuis le 1^{er} avril 2016, vous avez droit à un remboursement partiel de la cotisation professionnelle 2016-2017. Pour l'obtenir, vous devez faire parvenir une demande écrite, à mon attention. Joignez-y une confirmation de l'employeur comportant la date du début de la retraite, ainsi que l'original de votre attestation de membre en règle. Seules les demandes de remboursement liées à l'exercice 2016-2017 et reçues avant le 15 mars 2017 sont admissibles.

Élections 2017

Des élections à la présidence et aux postes d'administrateurs dans diverses régions auront lieu le 1^{er} mai 2017. Vous pouvez poser votre candidature jusqu'à 17 h le 16 mars 2017.

Régions en élections	
Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec	1 poste
Laurentides	1 poste
Lanaudière	1 poste
Montréal-Laval	5 postes
Montréal	3 postes
Outaouais	1 poste

Nous invitons tous les membres de l'Ordre qui ont leur domicile professionnel dans les régions où se tiennent des élections à se prévaloir de leur droit de vote conformément au *Code des professions* et aux règlements de l'Ordre. La date et l'heure de clôture du scrutin sont fixées à 17 h le 1^{er} mai 2017.



Déclaration de formation continue

Le 31 mars 2017, vous devrez avoir suivi 10 heures de formation continue directement liée à l'exercice de votre profession d'infirmière auxiliaire.

D'ici le 30 avril 2017, vous devrez produire la **Déclaration de formation continue**.

Pour ce faire, cochez la case prévue à cet effet dans votre dossier de formation continue (formationcontinue.oiiq.org).

Cette déclaration est disponible uniquement lorsque le total de 10 heures est atteint.

Des sanctions sont prévues pour les membres qui ne se conformeront pas au règlement.

Veillez conserver vos attestations : l'Ordre peut les exiger jusqu'au 31 mars 2019 afin de valider votre déclaration de formation continue.

Pour plus de détails, consultez le *Règlement sur la formation continue obligatoire des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec* à oiiq.org, section **Lois et règlements**.



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

PAR **GEORGES LEDOUX**

Avocat, directeur,
Services juridiques

ET **JULIE ST-GERMAIN**

Inf. aux., directrice, Service
de l'inspection professionnelle

LA PRATIQUE DES INFIRMIÈRES AUXILIAIRES EN RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉS : DÉFIS ET ENJEUX

Nos récentes données montrent qu'un grand nombre d'infirmières auxiliaires exercent maintenant dans les résidences privées pour aînés, et ce, dans diverses conditions et auprès de clientèles dont la perte d'autonomie est de plus en plus grande. La pratique de l'infirmière auxiliaire dans ce milieu pose donc de nombreux défis et enjeux.

¹ Selon les plus récentes données du MSSS (2015), le Québec comptait près de 1 900 RPA offrant plus de 116 000 unités d'habitation. Ce secteur est en pleine croissance.

² Avant 2006, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoyait uniquement la tenue d'un registre des RPA. Le règlement sur la certification des RPA existe depuis 2006 et a été modifié en 2013. Il est actuellement en voie de révision par le MSSS, car il a fait l'objet d'une consultation en novembre 2015. Au moment d'écrire ce texte, le règlement n'avait pas encore été approuvé.

³ Au cours des exercices financiers 2014-2015, 2015-2016 et 2016-2017, 56 RPA ont fait l'objet d'une visite de surveillance générale. Ces visites faisaient suite au plan d'action et au plan stratégique de l'OIIAQ, qui préconisait la réalisation d'inspections (visites de surveillance) dans ce secteur en pleine croissance.

⁴ Les activités comprises dans le champ de pratique et les neuf activités réservées.

⁵ *Règlement sur certaines activités pouvant être exercées par une infirmière ou un infirmier auxiliaire*, article 3 (assistance respiratoire) et article 4 (contribution à la thérapie intraveineuse).

Au cours des vingt dernières années¹, le réseau des résidences privées pour aînés (RPA) a connu un développement fulgurant, même si la réglementation encadrant leurs activités est plutôt récente². Cette croissance ne semble pas s'estomper car, selon certaines données de l'industrie et pour satisfaire les besoins du marché, les exploitants projettent de construire environ 5 000 unités par année jusqu'en 2025. À partir de renseignements transmis par ses membres, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) estime que près de 2 000 infirmières auxiliaires exercent dans les RPA qui hébergent une clientèle autonome ou semi-autonome.

Les activités professionnelles généralement exercées et la collaboration avec les autres professionnels de la santé

Les activités professionnelles exercées par une infirmière auxiliaire diffèrent selon le type de RPA et la clientèle hébergée (résidents autonomes ou semi-autonomes). Même si la politique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) définit cette clientèle comme des personnes vivant à domicile et non comme des patients, leur état de santé requiert souvent une prestation de soins plus large que les soins d'assistance. De fait, toujours selon le MSSS, plus de 40 % de ces résidences offrent des soins infirmiers.

Afin d'offrir ces soins et services à ses résidents, la RPA doit faire appel non seulement à des préposés (désignés dans le présent texte comme les non-professionnels), mais aussi à du personnel infirmier, principalement des infirmières auxiliaires.

Selon des constats faits au terme de plusieurs visites d'inspection professionnelle effectuées par l'OIIAQ au cours des trois dernières années³, les infirmières auxiliaires exercent généralement dans ces résidences toutes les activités qui leur sont réservées par la loi⁴, hormis l'assistance respiratoire et la contribution à la thérapie intraveineuse, des activités ne pouvant pas être exercées dans les RPA⁵.

Elles sont parfois embauchées à titre de coordonnatrices des soins et doivent aussi assumer des fonctions de gestion. En ce qui a trait aux soins infirmiers, elles peuvent également avoir à travailler en collaboration avec un médecin ou une infirmière dont les services ont été retenus par la RPA.

Cette collaboration peut aussi être offerte par une infirmière du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du territoire où se trouve la RPA, si un résident est inscrit auprès du service du soutien à domicile (mission CLSC). Les RPA doivent mettre en place toutes les mesures permettant à l'infirmière auxiliaire de collaborer étroitement avec l'infirmière responsable du CISSS ou du CIUSSS, dans le but d'offrir des soins de qualité et de prévoir un suivi adéquat.

Il a été constaté que les outils cliniques accessibles (ordonnance médicale, plan thérapeutique infirmier et plan de traitement) permettent alors à l'infirmière auxiliaire de prodiguer les soins les plus généralement requis. Elle peut contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'un résident, mais elle doit s'abstenir de procéder elle-même à cette évaluation ou de déterminer le plan de soins, ces activités étant réservées à l'infirmière.

Suivant l'organisation du travail applicable dans la RPA, les infirmières auxiliaires peuvent parfois être contraintes ou amenées à exercer des activités qui ne relèvent pas de leur compétence, ce qui peut engager leur responsabilité à divers titres (responsabilité professionnelle, déontologique ou pénale). Ainsi, lors d'un accident lié au décès d'un résident ou du dépôt d'une demande d'enquête au bureau du syndic, la conduite de l'infirmière auxiliaire peut faire l'objet d'une enquête du coroner ou d'une sanction par le conseil de discipline.

La collaboration avec les non-professionnels

Depuis 2006, la réglementation relative aux RPA autorise les non-professionnels à exercer, suivant certaines modalités et conditions, les activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du *Code des professions*. Étant donné la décision de la RPA de ne pas assigner une infirmière auxiliaire sur chaque quart de travail, les non-professionnels ont alors davantage de responsabilités à assumer.

La collaboration entre les non-professionnels et l'infirmière auxiliaire est essentielle, même si elle ne se fait pas toujours sans heurts. Elle implique que le cadre légal applicable dans les RPA soit connu et respecté.

Pour l'OIIAQ, le problème le plus important réside dans certaines activités qui sont confiées aux non-professionnels, notamment la préparation de médicaments et l'administration de médicaments prescrits au besoin (PRN). Ces questions font actuellement l'objet de discussions avec les ordres concernés, les exploitants des RPA et le MSSS.

Améliorer le cadre de pratique pour réduire les risques

Comme nous l'avons vu précédemment, les visites de surveillance générale effectuées par le comité de l'inspection professionnelle de l'OIIAQ ont révélé

l'existence de pratiques où l'exploitant de la RPA demande à une infirmière auxiliaire d'exercer des activités qui ne lui sont pas réservées. Parfois appelée à intervenir dans une situation d'urgence et à aller au-delà de sa contribution à l'évaluation, elle est susceptible de prendre des décisions cliniques pouvant être préjudiciables à la santé d'un résident. Ces situations, heureusement rares, ont cependant fait l'objet de rapports du coroner ou de décisions rendues par le conseil de discipline. Dans bien des cas, aucune option ne s'offre à l'infirmière auxiliaire, qui est laissée à elle-même. Elle doit alors appliquer des mesures d'urgence ou appeler le 911.

Afin de prévenir ce type de situations et de mieux répondre aux besoins des résidents, l'OIIAQ souhaite que les RPA prévoient des équipes de soins complètes ainsi que des règles favorisant une meilleure collaboration professionnelle.

De telles conditions permettraient à l'infirmière auxiliaire d'exercer sa profession dans le respect des normes en vigueur et d'améliorer ses conditions d'exercice. À cette fin, l'OIIAQ a déjà demandé au MSSS de modifier le règlement sur la certification des RPA sous divers aspects.

L'OIIAQ souhaite que les résidences privées pour aînés prévoient des équipes de soins complètes ainsi que des règles favorisant une meilleure collaboration professionnelle.

Il a été constaté que, dans plusieurs RPA, les infirmières auxiliaires sont contraintes d'exercer leurs activités sans être en mesure de respecter leurs obligations déontologiques et professionnelles relativement à la documentation de leurs interventions. Ce faisant, elles peuvent déroger à leurs obligations.

Le règlement actuel ne comporte aucune obligation, pour l'exploitant, de constituer et de mettre à la disposition de ses professionnels un dossier médical complet ni de le tenir à jour. Compte tenu du fait que les soins devant être dispensés aux résidents sont de plus en plus complexes, la création d'un tel dossier devient essentielle pour que soient assurées la qualité et la continuité des soins auprès des résidents.

LPNs WORKING IN PRIVATE SENIORS' RESIDENCES: CHALLENGES AND ISSUES

La RPA devrait également instaurer des politiques et des procédures qui favorisent les bonnes pratiques, notamment l'exigence d'une double vérification préalable à l'administration de certains médicaments jugés « à haut risque ». De même, il serait opportun que les RPA se dotent d'une politique et d'équipements veillant à assurer une supervision rigoureuse des narcotiques.

Une pratique valorisante et sécuritaire

En conclusion, même si la situation s'est améliorée depuis la mise en place, en 2006, du processus de certification et d'inspection des RPA, plusieurs correctifs s'imposent pour que l'infirmière auxiliaire puisse y exercer en conformité avec les lois, règlements et normes en vigueur.

De l'avis de plusieurs, ce milieu se révèle stimulant pour l'infirmière auxiliaire et contribue à la valorisation de son rôle de professionnelle de la santé, car elle peut exercer dans un contexte qui fait appel à son autonomie, à son expérience et à son jugement.

L'OIIAQ estime néanmoins qu'il faut améliorer les conditions d'exercice afin que l'infirmière auxiliaire puisse continuer d'y travailler avec compétence et dévouement. Pour ce faire, elle doit avoir une très bonne compréhension des lois et règlements qui encadrent les RPA. Le respect des règles de soins infirmiers en vigueur et l'étroite collaboration avec l'établissement (CISSS ou CIUSSS) du territoire sont des éléments essentiels qui assurent une prestation de soins de qualité et sécuritaires.

L'infirmière auxiliaire doit aussi bien connaître son champ d'exercice et ses obligations professionnelles, et surtout, s'y conformer. La capacité de reconnaître ses limites signifie également de savoir repérer les situations où l'infirmière auxiliaire doit faire appel à une infirmière ou à un médecin et de l'encourager à le faire, dans la mesure où ces ressources sont disponibles. Cette collaboration interprofessionnelle devient alors un atout pour assumer ses importantes responsabilités dans les RPA. ♦

According to recent data, many LPNs are now working in private seniors' residences under a wide range of conditions, including dealing with elderly people facing a growing loss of autonomy. LPNs working in these environments must grapple with an array of challenges and issues.

Over the past 20 years,¹ Quebec's network of private seniors' residences (PSRs) has experienced stunning growth, even though the regulatory framework for PSRs is quite recent.² This growth shows no signs of tapering off: according to industry data, operators plan to build approximately 5,000 units per year until 2025 in response to market needs. Based on information provided by its members, the Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) estimates that some 2,000 LPNs work in PSRs, which are home to both autonomous and semi-autonomous clientele.

LPNs' usual professional activities and collaboration with other healthcare professionals

LPNs' professional activities vary depending on the type of PSR and the residents (autonomous or semi-autonomous). As a matter of policy, Quebec's health and social services ministry (*ministère de la Santé et des Services sociaux/MSSS*) defines this clientele as individuals living in a home, not as patients. Nevertheless, their state of health often requires the delivery of a wider range of services than basic health care. In fact, according to the MSSS, over 40% of PSRs offer nursing services as well.

¹ According to the most recent data provided by the MSSS (2015), Quebec had approximately 1,900 PSRs with over 116,000 housing units. This sector is experiencing rapid growth.

² Prior to 2006, the *Act Respecting Health Services and Social Services* only provided for the creation of a PSR register. The regulation governing PSR certification was adopted in 2006 and amended in 2013. It is currently being reviewed by the MSSS following consultations in November 2015. As this article was going to press, the new regulation had not yet been approved.

BY **GEORGES LEDOUX**
Attorney, Director,
Legal Department

AND **JULIE ST-GERMAIN**
LPN, Director, Professional
Inspection Department

In order to provide residents with health care and other services, PSRs rely not only on attendants (designated in this article as non-professionals), but also on nursing staff, primarily LPNs.

Based on findings stemming from professional inspection visits conducted by the OIIAQ over the past three years,³ LPNs working in PSRs usually engage in all legally authorized activities,⁴ except for respiratory assistance and contributions to IV therapy (neither of these activities may be performed in PSRs).⁵

LPNs are sometimes hired as health care coordinators and may also have managerial duties. When providing nursing care, LPNs may also be required to work alongside doctors or RNs hired by the PSR.

If residents have signed up for home support services (i.e. tying in with the mission of the local community service centres/CLSC), LPNs may also collaborate with RNs working at integrated health and social services centres (CISSS) or integrated university health and social services centres (CIUSSS) operating in the region in which the PSR is located. PSRs must take all steps to ensure that LPNs are able to work closely with CISSS or CIUSSS-affiliated RNs with a view to providing high-quality care and appropriate follow-up.

It has been noted that having accessible clinical tools in place (medical prescriptions, therapeutic nursing plans and treatment plans) enables LPNs to cover most of the general care requirements. LPNs are allowed to assist with evaluating a resident's state of health, although they are not allowed to carry out this evaluation on their own or to put together a nursing care plan (these activities are reserved for RNs).

Depending on how the PSR's work duties are organized, LPNs may find themselves asked or obligated to engage in activities outside their areas of professional expertise. This could leave them professionally, ethically and/or criminally liable. In the event of an incident leading to a resident's death or the filing of an investigation request with the Office

of the Syndic, the coroner may decide to look into an LPN's conduct. Alternatively, the Disciplinary Committee may impose a sanction.

Collaboration with non-professionals

Dating back to 2006, the PSR regulations authorize non-professionals to engage in all the activities set out in sections 39.7 and 39.8 of *Quebec's Professional Code*, provided that certain terms and conditions are met. If a PSR decides not to assign an LPN to each shift, non-professional employees have to take on more responsibilities.

Collaboration between non-professionals and LPNs is essential, although things do not always go smoothly. As a result, the legal framework applicable to PSRs must be known and adhered to at all times.

For the OIIAQ, the most important problem lies in certain activities entrusted to non-professionals, including preparing medications and administering "prescribe as needed" medications (in medical terminology, *pro re nata* or PRN). These issues are currently being discussed with the professional orders concerned, as well as with PSR operators and the MSSS.

Enhancing the practice framework to reduce risks

As we have seen, the general monitoring visits carried by the OIIAQ's Professional Inspection Committee have shed light on situations in which a PSR operator asked an LPN to engage in unauthorized activities. LPNs are sometimes asked to intervene in an emergency and to go above and beyond contributing to a patient's evaluation. If they do intervene, they could end up making clinical decisions that could be harmful to the resident's health. Although fortunately rare, these situations have been mentioned in coroners' reports and Disciplinary Committee decisions. In many cases, LPNs are given no options and are simply left to their own devices. In that case, they must either take emergency action or call 911.

³ In the 2014-2015, 2015-2016 and 2016-2017 fiscal years, a total of 56 PSRs were subject to general monitoring visits. These visits stemmed from the OIIAQ's action plan and strategic plan, which called for inspections (monitoring visits) in this fast-growing sector.

⁴ The activities included in the field of practice and the nine reserved activities.

⁵ Regulation respecting certain professional activities which may be engaged in by nursing assistants, section 3 (respiratory assistance) and section 4 (contributions to IV therapy).

To prevent this type of situation and to better meet residents' needs, the OIIAQ would like PSRs to have comprehensive care teams and nursing rules in place to enhance professional collaboration.

Taking such a step would enable LPNs to practice their profession in accordance with applicable standards while improving their working conditions. To that end, the OIIAQ has already asked the MSSS to amend various provisions of the regulations governing PSR certification.

Observers have found that LPNs in a number of PSRs are obligated to engage in certain activities without being able to comply with their ethical and professional obligations (e.g. in terms of documenting the actions they are taking). In so doing, they may be in contravention of their professional obligations.

The OIIAQ would like private seniors' residences to have comprehensive care teams and nursing rules in place to enhance professional collaboration.

Under the current regulations, PSR operators are not required to open up a comprehensive medical file, nor are they required to make a file available to staff members or to update it from time to time. Since the types of care provided to residents are increasingly complex, opening up a medical file is essential if we want to ensure the quality and continuity of patient care.

PSRs should also institute policies and procedures designed to foster best practices, including a "double check" requirement prior to administering certain "high-risk" medications. Similarly, PSRs should implement a rigorous narcotics control policy, backed by appropriate equipment.

A safe and gratifying work environment

In conclusion, even though the situation has improved since the certification and inspection process was put in place in 2006, a number of corrective measures will be required so LPNs can work in PSRs while complying with all applicable laws, regulations and standards.

In the opinion of many observers, PSRs are gratifying places to work since they serve to recognize LPNs' role as health care professionals; they also give LPNs an opportunity to demonstrate their autonomy, experience and judgment.

Nevertheless, the OIIAQ maintains that the working conditions in PSRs must be improved so LPNs may continue to fully demonstrate their competence and dedication. To that end, LPNs need to have a very good grasp of the laws and regulations governing PSRs. Complying with applicable nursing regulations and working closely with local health care establishments (CISSS and CIUSSS) are the twin cornerstones of efforts to provide safe and high-quality nursing care.

LPNs must also be familiar with their field of practice and their professional obligations; above all, they must fulfill these obligations. The ability to recognize one's own limits also implies knowing when to call for an RN or a doctor. LPNs should be encouraged to do so whenever these resources are available. Interprofessional collaboration is thus a key part of LPNs' efforts to assume their important responsibilities in PSRs. ♦

Chronique financière :

5 ASTUCES POUR TROUVER DES BILLETS D'AVION AU MEILLEUR PRIX

Voyager est un des projets les plus enrichissants. Et c'est encore mieux si on réussit à découvrir le monde à bas prix! Il existe plusieurs astuces pour acheter des billets d'avion à rabais. Nous les partageons avec vous aujourd'hui.

Évitez la haute saison

C'est une simple notion d'offre et de demande. Plus la demande est forte, plus les compagnies aériennes augmenteront leurs prix. Heureusement, la haute saison n'est pas la même selon les destinations, alors vous pouvez simplement ajuster la date de votre départ selon votre destination ou votre destination selon la date de votre départ.

Selon Frédéric Prévost-Leboeuf, fondateur de Yulair, un site regroupant les chutes de prix de billets d'avion, la haute saison des destinations soleil se déroule généralement entre la période des Fêtes et le mois de mars. Pour l'Europe et le reste du monde, il s'agit principalement des Fêtes, des semaines de relâche, et des mois d'été (juin-août).

Être flexible, ça peut être payant

La flexibilité est un atout non négligeable dans la quête de bas prix. Parfois, les prix des billets d'avion varient de manière étonnante d'une journée à l'autre. Cela veut dire que de devancer ou de repousser votre départ de quelques jours pourrait vous faire économiser une coquette somme. Il est donc futé de se garder une zone tampon de quelques jours autour de votre date idéale.

Être flexible sur la destination peut aussi être une astuce pour économiser. Béatrice Bernard-Poulin du blogue *Eille la cheap!* conseille de se créer une liste d'une dizaine de destinations potentielles. Lorsqu'un bon prix se présente, on saute sur l'occasion! Les rabais sont parfois disponibles quelques mois à l'avance ce qui laisse largement le temps de prévenir ses patrons.

Magasiner souvent

On ne sait jamais quand l'offre du siècle va apparaître! Il est donc primordial de vérifier souvent pour trouver des aubaines. Toujours

selon Frédéric Prévost-Leboeuf: «il n'y a pas de meilleure journée pour faire l'achat de billets d'avion, il y a seulement des bonnes dates de départ.» Cela veut dire que les bons prix apparaissent à n'importe quel moment du jour et de la nuit. Pour économiser du temps et ne rien manquer, abonnez-vous à l'infolettre de vos sites de voyage préférés et à celle de vos transporteurs aériens de choix, ce qui vous assure d'être alerté de toute chute des prix.

Prenez avantage de la force du dollar canadien

Le taux de change peut être payant lorsque vous faites des achats dans certains pays. C'est aussi le cas avec les billets d'avion. Lorsque vous avez choisi vos billets, allez vérifier à combien ils se détaillent sur le site de la compagnie aérienne du pays où vous désirez vous envoler. Parfois, le taux de change sera à votre avantage et vous pourrez économiser un peu plus. Il faut toutefois s'assurer de gagner au change.

Ne laissez pas votre historique de navigation vous ruiner

Grâce aux cookies, fichiers stockant vos informations de navigation sur le Web, les sites de vente de billets d'avion connaissent votre intérêt d'achat et l'utilise à votre désavantage. Plus vous recherchez une destination, plus les prix sont susceptibles d'être affichés à la hausse de visite en visite. Évitez cette mauvaise surprise en utilisant une fenêtre de navigation privée. Sur les navigateurs Firefox et Internet Explorer, il suffit de cliquer sur l'onglet outil, puis de sélectionner navigation privée. Sur Google Chrome, cliquez sur l'icône du menu chrome, puis sélectionnez navigation privée. Une autre idée, si cela vous ait possible: essayez d'effectuer vos recherches à partir d'un autre réseau Internet que le vôtre, et réservez de votre ordinateur avec votre connexion sécurisée au moment voulu.

Pour alléger votre budget, la Banque Nationale a conçu un programme financier exclusivement pour vous.

Pour connaître les avantages reliés aux programmes financiers spécialement adaptés pour les infirmiers et infirmières auxiliaires de la Banque Nationale, visitez le bnc.ca/infirmier.



Ordre des infirmières
et infirmières auxiliaires
du Québec



Réalisons vos idées

RAYONNEMENT DE LA PROFESSION

LE RÔLE CLÉ DU CIIA



PAR **MARIE-CAROLE CAYER**
Directrice du Service
du développement et
du soutien professionnel

Le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires assume un rôle clé dans son établissement et au comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers.

Le rôle évolutif de l'infirmière auxiliaire et la place importante qu'elle occupe dans l'équipe de soins et dans divers milieux cliniques doivent l'inciter à s'engager et à collaborer au sein de l'établissement. Dans le contexte d'un réseau de santé qui propose des changements de façon soutenue et constante, la mise en place des comités des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) revêt un caractère non seulement obligatoire mais primordial.

Le CIIA doit refléter le dynamisme et la passion des infirmières auxiliaires. C'est par la création d'une plate-forme solide qu'il participe au rayonnement de la profession dans son établissement. Le comité exécutif du CIIA doit fournir écoute et soutien aux infirmières auxiliaires et leur apporter des solutions quant à une intégration harmonieuse dans tous les milieux d'exercice. Il doit transmettre un sentiment de valorisation de la profession et favoriser l'engagement professionnel des infirmières auxiliaires en leur offrant des occasions de s'investir dans les milieux où elles exercent.

La tâche est de taille, mais absolument essentielle. Il est donc impératif que tous les membres saisissent bien le rôle et les fonctions du CIIA, en connaissent le mandat, les pouvoirs et les limites prescrits par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹ (LSSSS), et en comprennent les particularités.

Le CIIA, un comité consultatif

Le CIIA est une instance consultative dont les fonctions sont bien définies par le législateur. Un conseil des infirmières et infirmiers (CII) est d'abord mis en place dans chaque établissement public qui exploite un ou plusieurs centres où travaillent au moins cinq infirmières. Un seul CII sera formé pour l'ensemble des lieux physiques de l'établissement².

Tel que stipulé à l'article 223 de la LSSS, « le conseil des infirmières et infirmiers doit constituer un comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires ». Formé d'au moins trois infirmières auxiliaires, ce comité est choisi par et parmi celles qui exercent des activités d'infirmières et infirmiers auxiliaires dans l'établissement. Le CIIA est un comité consultatif du CII, et son mandat lui est confié spécifiquement par le législateur. Parmi ses principales fonctions, il doit apprécier la qualité des soins infirmiers posés par les personnes qui exercent des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires pour l'établissement; donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de l'ensemble des personnes qui exercent des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires pour l'établissement; et faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par les personnes qui exercent des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires pour l'établissement.

LES PRINCIPALES FONCTIONS DU CIIA

- Apprécier la qualité des soins infirmiers posés par les personnes qui exercent des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires pour l'établissement.
- Donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de l'ensemble des personnes qui exercent des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires pour l'établissement.
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par les personnes qui exercent des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires pour l'établissement.

¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>

² *Le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires*, [http://www.oiaa.org/documents/file/ciia2006\(1\).pdf](http://www.oiaa.org/documents/file/ciia2006(1).pdf)

Le CIIA peut, par exemple, évaluer les besoins de formation des infirmières auxiliaires et, le cas échéant, faire des recommandations au comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII), ou assurer le suivi des recommandations du comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. Le CIIA peut également analyser les statistiques ou d'autres données produites par l'établissement concernant les erreurs de médicaments, afin d'en déterminer les principales causes et ainsi proposer des solutions. Il peut aussi donner son avis sur l'élaboration des règles de soins infirmiers et sur l'amélioration de la qualité des soins dispensés par les infirmières auxiliaires. Qui plus est, il peut proposer des solutions visant à favoriser l'intégration des infirmières auxiliaires qui désirent exercer dans de nouveaux milieux.

Par la mise en place d'un plan d'action annuel, le CIIA priorise les actions à entreprendre et est en mesure de formuler des recommandations au CECII. Ce dernier les étudie, les accepte ou les refuse, puis les transmet au conseil d'administration de l'établissement. Il doit acheminer toutes les recommandations reçues, y compris celles qui sont refusées. Ces dernières doivent être accompagnées du motif de refus.

À la section CIIA de son site web, l'OIIAQ a mis en ligne à l'intention des CIIA une boîte à outils comprenant des gabarits qu'ils peuvent utiliser lors de la planification, de la tenue et du suivi des rencontres de leurs comités.

Le modèle d'organisation du CIIA

En ce qui concerne ses affaires internes, le CIIA peut adopter – de façon autonome – des règlements concernant sa régie interne, son fonctionnement, la logistique de ses réunions ainsi que la définition et le suivi de ses objectifs. Ces règlements peuvent porter notamment sur la durée du mandat des membres de l'exécutif, la fréquence des réunions, la création de comités dont les objectifs sont liés à son mandat et l'organisation de l'assemblée générale annuelle. Ils entrent en vigueur après avoir été approuvés par le CECII.

Le comité exécutif du CIIA se réunit de façon régulière durant l'année afin de traiter efficacement

ses dossiers. Il est donc essentiel de discuter avec la direction des soins infirmiers, dès l'élection de ses membres, de la logistique liée à ces rencontres, tels la disponibilité des salles, le processus de libération des membres du comité exécutif, le soutien technique, etc.

Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant la Loi sur services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (projet de loi n° 83 adopté en 2005), deux infirmières auxiliaires siègent au CECII, soit la présidente ou le président ainsi qu'un autre membre du CIIA, si bien que le CIIA prend part aux discussions et participe activement aux décisions prises en ce qui a trait à la profession.

L'assemblée générale annuelle, un outil dynamique de mobilisation

La participation et l'engagement des infirmières auxiliaires, tant sur le plan individuel que collectif, sont à la base d'une action dynamique de promotion et de développement de la profession. La mobilisation des membres passe par la consultation et la diffusion d'informations. Le CIIA doit donc créer des réseaux de communication qui lui permettent de consulter ses membres. L'assemblée générale annuelle est un outil privilégié de consultation. Elle est composée de tous les membres en règle du CIIA, et une invitation est également faite à la directrice des soins infirmiers de l'établissement et à la présidente du CII.

Bien que l'assemblée générale annuelle ait plusieurs fonctions, elle permet, entre autres, de :

- faire rapport sur l'évolution des travaux qui sont en cours et ceux réalisés durant l'année;
- consulter les infirmières auxiliaires sur divers dossiers prioritaires devant être traités au cours de la prochaine année;
- vérifier les besoins en formation des infirmières auxiliaires;
- discuter avec les membres de toutes les autres questions découlant du mandat du CIIA.

Cette assemblée est consultative et non décisionnelle. Elle favorise néanmoins l'engagement des infirmières auxiliaires et concrétise leur pouvoir de faire évoluer des idées ou de changer des choses.

La profession d'infirmière auxiliaire mérite tout le dynamisme et toute la mobilisation nécessaires de la part de chacune et chacun d'entre vous. Il n'y a qu'une seule action à poser : vous impliquer! ♦

Lisez attentivement ce texte que vous propose le Service de la formation de l'OIIAQ, puis mesurez l'acquisition de vos nouvelles connaissances en répondant aux dix questions dans notre portail de formation, à formationcontinue.oiaq.org.

Les infirmières auxiliaires qui répondront au questionnaire se verront reconnaître **une heure de formation continue**.

Des frais de 15 \$ devront être acquittés en ligne.

Date limite : 31 mars 2017.



PAR MIREILLE
GUILLEMETTE
Inf., B. Éd.

L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE ET LE SUIVI CLINIQUE DES AÎNÉS (Première partie)

LE VIEILLISSEMENT ET LES PARAMÈTRES PROPRES AUX AÎNÉS

Près du quart (22%) de la population canadienne est actuellement âgé de plus de 60 ans. L'étude du vieillissement étant en pleine progression, nous avons acquis plusieurs connaissances nouvelles sur le vieillissement normal et sur la détection des principaux problèmes de santé chez les aînés. Quel que soit le milieu dans lequel exercent les infirmières auxiliaires, la plupart sont amenées à soigner ces personnes et à contribuer à l'évaluation de leur état de santé. Ces nouvelles données leur permettront d'offrir des soins sécuritaires et de grande qualité.

Chez la personne âgée de 60 ans et plus, il existe maintenant de nouvelles façons de faire, et les résultats normaux de divers examens ont été revus, notamment en ce qui a trait à la mesure des signes vitaux, des signes neurologiques et de l'œdème. Ce premier article d'une série de deux aborde le vieillissement normal ainsi que les données probantes relatives à des paramètres précis, tels la fièvre gériatrique et les signes de déshydratation.

Le caractère hétérogène du vieillissement

L'état de santé d'une personne âgée de 50 ans et plus est déterminé en grande partie par ses habitudes de vie, tant antérieures qu'actuelles. Les organes vieillissent, certaines fonctions vitales se maintiennent alors que d'autres déclinent. Cette détérioration est propre à chaque personne. Plus on avance en âge, moins le corps humain tolère les excès et les manques, une intolérance qui touche tous les systèmes.

Plusieurs mythes perdurent en ce qui a trait à ce qui est normal ou non lors du vieillissement. On croit parfois que la fatigue, la somnolence, l'essoufflement ou la perte d'intérêt sont normaux chez une personne âgée, du simple fait qu'ils se manifestent fréquemment. Le risque est alors grand de les banaliser et de ne pas intervenir, mais il ne faut pas se leurrer. En ayant une connaissance approfondie du vieillissement normal, on peut à la fois éviter de commettre la grave erreur de ne pas intervenir alors qu'il le faudrait ou, au contraire, d'intervenir lorsque ce n'est pas nécessaire chez un aîné qui présente un état normal lié au vieillissement.

La tension artérielle

La tension artérielle peut subir une légère augmentation de 5 mmHg par rapport à la tension normale, qui se situe à 120/80.

Plus l'âge avance, plus le muscle cardiaque doit faire un grand effort à chaque battement.

Plusieurs changements structurels, tels l'augmentation de la taille du cœur et le durcissement des artères, en sont la cause. La fréquence cardiaque diminue, et le pouls se situera en moyenne à 60 battements/minute. La tension devrait demeurer dans les normales.

La situation est un peu différente pour un aîné âgé de 80 ans et plus. Il faut décider s'il requiert un traitement pharmacologique ou non, et la cible de pression systolique devrait être inférieure à 150 mmHg. Lorsqu'une personne âgée présente une tension artérielle de 149/80 au repos, on ne devrait pas dire que c'est « normal » ou que c'est « beau », mais plutôt que « la cible est atteinte », si tel est le cas.

Un aîné en bonne santé ne ressent pas de vertiges ni d'étourdissements lors d'une mobilisation. S'il est atteint de problème cardiaque, les symptômes qui apparaissent sont souvent atypiques. La prise du pouls doit être effectuée sur une minute.



La capacité pulmonaire

La capacité des deux poumons d'une personne âgée de 80 ans en santé équivaut environ à celle d'un seul poumon d'un jeune adulte. La réduction de la capacité pulmonaire et des échanges gazeux ainsi qu'une réaction tardive et une efficacité moindre du système immunitaire sont toutes deux consécutives au vieillissement.

Dès qu'une personne est âgée de 50 ans, les tissus perdent de leur élasticité, le thorax et les muscles respiratoires ne se distendent plus aussi bien et la force des muscles diminue. En conséquence, les pressions inspiratoires et expiratoires décroissent. La toux perd de son efficacité, ce qui fait en sorte que ce réflexe se déclenche plus lentement que chez une personne plus jeune et que les lobes inférieurs ne sont pas assez dégagés. Ces changements ne devraient pas nuire aux activités de la vie quotidienne (AVQ) ni aux activités de la vie domestique (AVD), mais ils augmentent néanmoins le risque d'infection pulmonaire en raison de l'efficacité réduite des moyens de défense du corps.

Chez la personne âgée de 60 ans et plus, il existe maintenant de nouvelles façons de faire, et les résultats normaux de divers examens ont été revus, notamment en ce qui a trait à la mesure des signes vitaux, des signes neurologiques et de l'œdème.

Lorsqu'un problème respiratoire surgit, les symptômes apparaissent de façon tardive et sont atypiques. Quels que soient votre milieu de soins et le temps dont vous disposez lorsque vous procédez à la prise des signes vitaux, la fréquence respiratoire doit être prise sur une minute. Sinon, on constate un écart de 30 % dans les résultats obtenus par les soignants.

Le sommeil

Une personne âgée dort en moyenne de 7 à 8 heures sur 24 heures. Les différentes modifications sur le plan des neurotransmetteurs font qu'elle met du temps à s'endormir et qu'elle peut s'éveiller deux ou trois fois au cours de la nuit. Le cycle circadien étant aussi modifié, la personne de 65 ans est souvent portée à se coucher et à se lever de plus en plus tôt. Au total, le nombre d'heures de sommeil demeure cependant le même que celui d'un jeune adulte. Étant donné que les heures cumulées en dehors de la nuit de sommeil comptent, il est anormal que l'ainé s'endorme constamment ou soit épuisé.

L'état général ainsi que les habitudes de sommeil devront être consignés avec précision dans les notes au dossier, pour que la décision clinique et les interventions en découlant soient adéquates.

Le système digestif

Au fil des ans, le système digestif devient très sensible aux mauvaises habitudes de vie, notamment le manque de fibres ou d'hydratation, les repas riches en lipides et la sédentarité. L'estomac devient fragile à certaines substances, et la réparation de la muqueuse n'est plus aussi rapide et efficace que par le passé. Le foie traite de 30 % à 40 % moins de sang. Un repas riche en lipides peut alors être difficile à digérer. Il est faux de croire que la constipation est un phénomène normal avec l'âge, car le vieillissement ne ralentit pas de façon significative le transit du bol alimentaire. Le cas échéant, il faut chercher ailleurs quelle en est la source.

La consommation d'eau

Lorsqu'une personne vieillit, la diminution de la masse musculaire entraîne une diminution de la masse hydrique. De plus, la personne âgée ne ressent pas autant la soif que lorsqu'elle était plus jeune, ce qui accroît le risque de déshydratation. Cinq critères permettent d'évaluer ce paramètre. Il faut d'abord se demander si l'ainé a bu entre les deux derniers repas. Cette question est d'autant plus pertinente qu'il est généralement admis qu'un adulte doit boire plus de 1,5 litre de liquide sur 24 heures et que les études en cours suggèrent une quantité plus grande chez l'ainé. Il faut ensuite vérifier s'il

y a d'autres signes indicateurs de déshydratation : bouche sèche, turgor cutané positif au front ou au sternum, aisselles sèches au toucher et modification des signes vitaux. Tous les signes n'ont pas à se manifester pour qu'un état de déshydratation soit constaté, car la présence d'un seul d'entre eux est parfois significative.

La fièvre gériatrique

La température buccale moyenne d'un adulte se situe à 37 °C, alors que la température moyenne d'une personne de 70 ans et plus est de 36,3 °C. Une augmentation de 1,1 °C de la température basale indique de la fièvre gériatrique.

Si l'on ne connaît pas la moyenne de la température basale d'une personne, on peut parler de fièvre après avoir obtenu à répétition un résultat de plus de 37,2 °C par voie orale, ou de plus de 37,8 °C lors d'une prise orale unique. Étant donné que la fièvre se manifeste plus rarement et plus tardivement chez les aînés que chez les jeunes, c'est un symptôme qu'il faut prendre au sérieux.

En conclusion, les données colligées ainsi que la façon de les partager feront toute la différence pour le suivi. Par exemple si, lors d'une visite à domicile, vous avez l'impression que l'état de votre patient s'est détérioré, vous contribuez à l'évaluation de son état de santé. Voici un extrait de ce que vous pourriez transmettre de façon écrite et verbale : « Perte d'autonomie depuis hier, a reporté ses tâches ménagères habituelles et a annulé son activité sociale en soirée hier. Toux sèche occasionnelle depuis deux jours. Fièvre gériatrique, 37,8 °C buccale, alors que sa moyenne est de 36,3 °C, respiration 23/minute, TA 130/80, pouls 60/min. Ne présente aucun signe de déshydratation. » ♦

BIBLIOGRAPHIE

BOURQUE, M., et autres. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Sommeil*, MSSS, 2012.

BRÛLÉ, M. et L. Cloutier. *L'examen clinique dans la pratique infirmière*, ERPI, 2002.

CLOUTIER, L. « Inspirez... expirez », *Perspective infirmière*, vol. 7, n° 6, novembre-décembre 2010.

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. *Maladies du cœur*, www.fmcoeur.ca, consulté le 2016-08-13.

GUÉNARD, H., et autres. *Revue des maladies respiratoires*, Édition EM, vol.19, n° 2, avril 2002, p. 230-240.

JACQUES, M.-C. « Constipation du sujet âgé : quelles spécificités ? », *Revue médicale suisse*, n° 449, 2014.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *Utilisation des antibiotiques chez les personnes âgées hébergées en établissement de soins de longue durée*, juin 2012.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée*, 2014.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL. *L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*, Cadre de référence, janvier 2010

KOZIER, B., et autres. *Soins infirmiers théorie et pratique*, ERPI, 2005.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *PRN – Comprendre pour intervenir*, 2^e édition, 2010.

STATISTIQUES CANADA. *Résultats de la fonction respiratoire 2007 à 2009*, consulté le 2015-11-27.

VOYER, P., et autres. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, ERPI, 2013.

VOYER, P. *L'examen clinique de l'aîné, Guide d'évaluation et de surveillance clinique*, ERPI, 2011.

Infirmière depuis plus de 20 ans, Mireille Guillemette a travaillé dans plusieurs milieux de soins et a été enseignante avant de fonder, en 2013, l'entreprise Mire Formation Conseil (www.mireformation.ca). Elle a été conférencière lors de deux congrès annuels des professeurs en santé. Fondatrice et présidente de l'Association canadienne des organismes de formations accréditées en santé (ACOFAS) en 2016, Mireille Guillemette sillonne la province pour offrir de la formation continue au personnel soignant.



L'établissement d'une relation de confiance dans un autre contexte facilite ensuite la prestation des soins.

« MICROMILIEUX » EN CHSLD

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES RÉSIDENTS

PAR SUZANNE BLANCHET

Dans les CHSLD, la clientèle n'est pas homogène. Par exemple, des personnes présentant un trouble du comportement peuvent côtoyer des personnes atteintes uniquement d'une déficience physique. Cette mixité peut provoquer des tensions et rendre l'atmosphère insoutenable, tant pour les résidents que pour le personnel, et nécessiter chez certains résidents la prescription d'anxiolytiques. Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale a implanté une approche par « micromilieux », grâce à laquelle l'ambiance s'est apaisée au CHSLD Bellerive, à La Malbaie. L'infirmière auxiliaire Noémie Gobeil y a joué un rôle d'agent facilitateur.

Il fut un temps où les personnes âgées étaient encore autonomes lorsqu'elles étaient admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). À tel point que certains avaient même une place à leur nom dans le stationnement de l'établissement pour y garer leur voiture ! Aujourd'hui, la plupart ne viennent y passer en moyenne que les deux dernières années de leur vie. Certains sont atteints d'une déficience physique sans troubles cognitifs, d'autres d'une forme de démence. D'autres encore peuvent présenter un problème d'errance qui les amène parfois à se glisser dans un lit qui n'est pas le leur ou à se servir dans l'assiette d'un voisin de table. Ils se feront alors repousser mais, compte tenu de leurs déficits cognitifs, ils peuvent avoir de la difficulté à comprendre le motif de ce rejet et devenir agressifs.

« Pour discuter des problèmes observés au quotidien et chercher ensemble des solutions, nous avons entrepris une démarche d'amélioration continue de style *kaizen* (voir l'encadré), à laquelle ont participé des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires de tous les quarts de travail », explique Nicole Lajoie, chef des activités en milieu de vie au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale.

Des facteurs importants du modèle organisationnel ont été remis en question : les heures d'entrée et de sortie du personnel, les tâches à effectuer au lever et au coucher des résidents, les périodes de repas et de bains ainsi que l'aménagement des unités. « Nous avons ensuite choisi la

Des solutions ont été décidées en équipe, entre autres un système pour les collations des résidents, de nouvelles méthodes de travail et de nouveaux horaires.

clientèle avec laquelle nous étions le plus à l'aise de travailler, en fonction de nos intérêts et de nos compétences, et reçu la formation appropriée, précise Noémie Gobeil, infirmière auxiliaire. J'ai d'abord été invitée à faire partie du *kaizen* comme tous les autres membres de l'équipe, mais ce projet m'a tellement "allumée" que j'ai participé à son implantation et aidé les équipes à bien vivre la transition. » Nicole Lajoie ajoute : « En fait, Noémie a été un véritable agent facilitateur ! »

À ce titre, elle a implanté des solutions décidées en équipe, entre autres des tableaux de communication, un système pour les collations des résidents, de nouvelles méthodes de travail et de nouveaux horaires. Elle a aussi participé à la mise en place de deux méthodes inspirées d'une technique de gestion japonaise qui vise l'amélioration continue : le *kanban* et les cinq « S ». La première méthode est un système visuel qui facilite la gestion des approvisionnements. La deuxième fait référence à cinq mots japonais (*seiri, seiton, seiso, seiketsu* et *shitsuke*) définissant des concepts qui favorisent notamment le tri et le recyclage, l'optimisation de l'espace, le nettoyage et la réparation, l'ordre dans les postes de travail et la rigueur quant à l'application de ces concepts.

« Comme je connaissais chacune des étapes du projet, j'ai participé au tournage d'un document vidéo, que nous utilisons pour la formation des nouveaux employés afin de faciliter leur intégration », précise l'infirmière auxiliaire. Elle a aussi présenté le concept des micromilieus à divers centres d'hébergement de la région ainsi qu'aux médias.



L'infirmière auxiliaire parle avec le résident et lui explique que c'est l'heure du lever.

QU'EST-CE QU'UNE DÉMARCHE KAIZEN ?

Le mot *kaizen* est la fusion de deux mots japonais, *kai* et *zen*, qui signifient respectivement « changement » et « meilleur ». La traduction française courante est « amélioration continue ». Par extension, *kaizen* signifie « analyser pour rendre meilleur ».

Source : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Kaizen>



Noémie Gobeil et Nicole Lajoie, respectivement infirmière auxiliaire et chef de service, activités de vie en CHSLD au CIUSSS de la Capitale-Nationale

D’abord réaménager les lieux...

Les 56 lits ont été réaménagés dans quatre micro-milieus répartis sur deux étages. Au rez-de-chaussée, les résidents atteints de déficiences physiques avec peu ou pas de troubles cognitifs se trouvent dans la première aile. Ils peuvent circuler librement puisqu’ils ne risquent pas de faire de l’intrusion dans les chambres et peuvent même aller à l’extérieur, accompagnés ou non. Les très grands dépendants, qui ont absolument besoin de l’aide du personnel pour faire quoi que ce soit, sont logés dans la seconde aile du rez-de-chaussée.

À l’étage, les chambres de l’aile droite sont réservées aux personnes qui, tout en ayant besoin d’encadrement, n’ont pas de troubles d’attitude ou de comportement. Elles se promènent dans



Les résidents atteints de déficiences physiques avec peu ou pas de troubles cognitifs peuvent circuler librement.

les passages et les aires communes, sans toutefois entrer dans les chambres des autres. L’aile gauche regroupe les résidents qui, ayant des problèmes d’attitude ou de comportement, ont tendance à faire de l’errance intrusive. « Les infirmières auxiliaires s’installent au salon de cette aile pour rédiger leurs notes aux dossiers, car leur présence rassure cette clientèle qui angoisse lorsqu’elle n’a pas de membres du personnel sous les yeux, explique Nicole Lajoie. Ils ne touchent pas aux dossiers, mais peuvent se distraire avec du matériel ludique : téléviseur, casse-tête, jeux, livres à colorier. »

Quelque 24 résidents ont dû changer de chambre sur une période de cinq à six semaines. Au départ, cette perspective a inquiété quelques familles, qui craignaient que leur parent atteint de trouble cognitif soit perturbé par un déménagement. Grâce à une planification rigoureuse, y compris une prise de photos qui assurerait que la décoration de la nouvelle chambre serait identique à l’ancienne, tout s’est passé dans la plus grande harmonie. Aujourd’hui, les familles ne voudraient plus revenir en arrière. Certaines ont parfois même l’impression que du personnel a été ajouté, ce qui n’est pas le cas. En fait, un tel changement exige peu d’investissement financier, le mot d’ordre étant plutôt « réorganisation du travail et du milieu de vie ».

...puis changer les façons de faire

Noémie Gobeil parle avec passion de la méthode « un tiers – deux tiers », créée lors de la démarche kaizen. « Cette méthode favorise une meilleure gestion de notre temps, tout en nous fournissant l’occasion de passer des moments de qualité avec les résidents. Par exemple, au lever, nous n’avons pas à être deux intervenants en continu. Donc, pendant le premier tiers du temps, l’intervenant entre seul dans la chambre, parle avec le résident, lui explique que c’est l’heure du lever, sort ses vêtements pour la journée, prépare les serviettes et lui lave le visage. Cette meilleure interaction avec le résident réduit les risques de désorganisation. Pour les deux autres tiers du temps, nous devons être deux, pour tourner le résident, changer sa culotte et le déplacer vers son fauteuil. » Afin de s’assurer que le personnel avait bien compris la méthode, l’infirmière auxiliaire a effectué des cycles complets « un tiers – deux tiers » avec les équipes.

Les horaires de travail ont été assouplis, si bien que les périodes du lever et du coucher s’échelonnent désormais sur quelques heures. Certains

bains se donnent même le soir. Cette pratique est beaucoup mieux adaptée aux besoins des résidents, car certains souhaitent se lever plus tard ou se coucher plus tôt que les autres. « Ils se couchent à l'heure qu'ils souhaitent plutôt qu'à celle établie selon un plan de travail », dit Noémie Gobeil.

À l'inverse, tout le personnel est tenu d'être à la salle à manger pendant les heures de repas de la clientèle, qui sont sacrées. « Ce qui ne veut pas dire que les résidents mangent pendant une heure, convient Nicole Lajoie, mais le personnel est là pour parler, écouter de la musique ou regarder une émission de télévision avec eux. Ce temps d'arrêt est bénéfique tant pour le personnel que pour les résidents. L'établissement d'une relation de confiance dans un autre contexte facilite ensuite la prestation des soins. »

Cette approche relationnelle de soins se poursuit la nuit car, il faut bien le dire, en CHSLD, certaines personnes ont besoin de peu de sommeil. « Ils ne sont pas obligés de rester couchés, et nous ne préconisons pas la prise de médicaments pour qu'ils dorment davantage, soutient Noémie Gobeil. On les emmène avec nous et ils peuvent s'installer près du poste de soins, au salon ou dans la cuisinette. Nous leur donnons du lait chaud, des biscuits et leur faisons écouter de la musique douce. »

Aménager des « micromilieus » dans tous les CHSLD

L'approche novatrice a été instaurée à la suite d'une recommandation de la communauté de pratique de la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et adaptée à la réalité de la vie en CHSLD. Le regroupement des clientèles en micromilieus a amélioré le climat, aplani les irritants et contribué à réduire de 15 % la consommation d'anxiolytiques. En effet, les personnes atteintes de déficits physiques ne vivent plus dans la crainte de voir les résidents qui errent dans les corridors entrer dans leur chambre, toucher à leurs effets personnels ou les agresser. Les personnes atteintes de troubles cognitifs, quant à elles, sont moins stressées étant donné qu'elles ne sont plus victimes de rejet.

Après avoir été appliqué à La Malbaie en décembre 2015, le concept a été adopté par deux autres CHSLD en 2016, dans les MRC de Charlevoix et de Portneuf. Noémie Gobeil a partagé ses connaissances et ses compétences avec ces équipes. D'ici quatre ou cinq ans, il devrait l'être dans l'ensemble des 30 CHSLD du CIUSSS de la Capitale-Nationale. ♦



Gilles Fréchette

Les résidents qui ne dorment pas ne sont pas obligés de rester couchés ; ils peuvent s'installer près du poste de soins.

Nous remercions les résidents ainsi que les infirmières auxiliaires Dina Dufour et Élisabeth Néron, qui ont participé à la séance de photographie visant à illustrer la vie en micromilieus au CHSLD Bellerive du CIUSSS de la Capitale-Nationale.



Gilles Fréchette

Les infirmières auxiliaires s'installent au salon pour rédiger leurs notes aux dossiers, car leur présence rassure la clientèle qui a des problèmes de comportement.



MÉDICAMENTS DANGEREUX MANIPULER AVEC SOIN

L'administration des médicaments exige des précautions élémentaires : ne pas toucher un comprimé à mains nues, par exemple, et se laver les mains avant et après chaque manipulation. Certaines classes de médicaments, notamment ceux dits dangereux, et certains modes d'administration exigent toutefois une attention particulière. Quelles sont les précautions à prendre lorsque ces molécules sont manipulées, administrées par voie orale ou injectées par voie sous-cutanée, ou encore appliquées de façon topique ?

Pour protéger les travailleurs contre une exposition à des médicaments pouvant comporter un danger, le National Institute for Occupational Safety and Health a publié une liste exhaustive de ces produits et la met à jour régulièrement (voir l'encadré à la p. 26). L'organisme regroupe les médicaments dangereux en trois catégories :

- les médicaments antinéoplasiques (chimiothérapies et médicaments cytotoxiques, tels le méthotrexate et le cyclophosphamide);

- les autres médicaments qui répondent à des critères de dangerosité, par exemple le fluorouracile (*Efudex*);
- les autres médicaments qui ont des effets néfastes sur la reproduction (les médicaments tératogènes, entre autres le finastéride (*Proscar*, *Propecia*), la testostérone et la trétinoïne).

Des études effectuées chez les animaux ou les humains ont permis de déterminer les effets néfastes de ces médicaments. Certains peuvent

présenter des effets cancérogènes (provoquer un cancer), altérer la reproduction, ou encore être tératogènes (augmenter les risques de malformation du fœtus) ou toxiques pour un organe, parfois pour l'organisme tout entier.

Précautions essentielles

Les médicaments antinéoplasiques servent à traiter les patients atteints de cancer, mais aussi d'autres affections telles que l'arthrite et plusieurs maladies auto-immunes. Le méthotrexate et le cyclophosphamide comptent parmi les médicaments oraux antinéoplasiques les plus couramment utilisés.

Les médicaments cytotoxiques ont le pouvoir d'altérer, voire de détruire les cellules. S'ils agissent sur les cellules cancéreuses pour les détruire, ils atteignent aussi les cellules saines et leur développement, ce qui explique les nombreux effets secondaires de la chimiothérapie. Les personnes qui les administrent doivent donc les manipuler avec précaution, puisque l'exposition à ce type de médicaments comporte des risques pour elles. Toucher un comprimé de médicament antinéoplasique suffit pour que la peau en absorbe accidentellement. En portant à la bouche sa main ou un objet contaminé tel qu'un crayon, une personne peut aussi ingérer de petites doses de ces molécules, ce qui peut constituer un risque à long terme, surtout si l'exposition est fréquente.

L'administration par voie orale de médicaments antinéoplasiques exige certaines précautions :

- Comprimés et capsules : porter une paire de gants conforme à la norme D-6978-05 de l'ASTM. Se référer au guide de l'ASSTSAS pour plus de précisions (voir l'encadré à la p. 26).
- Liquides (sirops, suspension) : porter une paire de gants conforme ainsi qu'une blouse de protection.

Il ne faut jamais couper ou écraser les comprimés de médicaments antinéoplasiques ni ouvrir les capsules. Si une demi-dose doit être administrée ou si le patient a de la difficulté à avaler, le pharmacien doit en être informé, afin qu'il puisse évaluer les

solutions possibles et intervenir de façon à assurer une utilisation sécuritaire du médicament.

Injections par voie sous-cutanée

Le méthotrexate est un médicament cytotoxique couramment administré par voie sous-cutanée, notamment à des patients à domicile ou en ambulatoire, au CLSC par exemple. Comme il doit être manipulé selon les précautions d'usage, les fioles de méthotrexate ne peuvent être vendues directement aux patients. Le méthotrexate doit donc d'abord être préparé sous forme de seringues prêtes à utiliser, dans une pharmacie munie d'une hotte stérile pour les produits dangereux. Ce conditionnement protège ainsi les autres professionnels de la santé, qui auront à manipuler le produit le moins possible, de même que les patients et leurs proches. On recommande aux personnes qui doivent administrer un médicament cytotoxique par voie sous-cutanée de porter une paire de gants conforme, une blouse de protection et une protection faciale compte tenu des risques d'éclaboussures. Une fois le médicament administré, il faut disposer de la seringue (sans retirer l'aiguille) dans un bac biorisque spécifiquement conçu pour les médicaments cytotoxiques. Ces bacs portent le symbole « danger-cytotoxique » et sont généralement de couleur rouge.

Médicaments antinéoplasiques topiques

Des médicaments antinéoplasiques tels que le fluorouracile (*Efudex*), utilisés dans le traitement de certains types de cancer cutané, sont disponibles sous forme de crème qui doit être appliquée sur la peau.

Pour limiter la toxicité relative à l'administration de ces crèmes, il est recommandé de porter deux paires de gants conformes et une blouse de protection au moment de les manipuler. Il faut placer le tube dans un sac de plastique étanche après chaque administration et indiquer clairement la mention « médicament cytotoxique ».



PAR PASCALE GERVAIS
B. Pharm., M. Sc.

Médicaments tératogènes

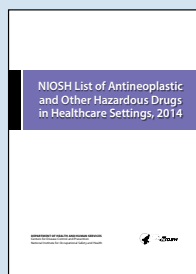
Les médicaments tératogènes sont des molécules susceptibles d'entraîner des anomalies de la croissance du fœtus lorsqu'une femme enceinte y est exposée. Plusieurs médicaments fréquemment utilisés se trouvent dans cette catégorie, entre autres le finastéride (*Proscar*, *Propecia*), la testostérone et la trétinoïne. Les femmes enceintes doivent éviter de manipuler non seulement les médicaments tératogènes, mais l'ensemble des médicaments antinéoplasiques, car ils sont tous susceptibles de causer des anomalies au fœtus.

Conclusion

Certains médicaments doivent être manipulés avec précaution selon la classe à laquelle ils appartiennent et leur voie d'administration. Les étiquettes et les renseignements fournis par le pharmacien doivent être lus avec attention, ce qui permettra de déterminer ceux qui peuvent être dangereux et de bien connaître la conduite à tenir. Enfin, les établissements doivent instaurer des procédures internes afin d'assurer la sécurité de leurs employés et faire en sorte qu'ils les connaissent, les consultent et les appliquent. ♦

INFORMEZ-VOUS !

L'auteure souhaitait sensibiliser les lectrices de *Santé Québec* à la manipulation des médicaments dangereux. Pour en savoir davantage, vous pouvez télécharger la liste des médicaments cytotoxiques et dangereux ainsi que le guide qui aborde le sujet en profondeur.



National Institute for Occupational Safety and Health, *NIOSH List of Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Healthcare Settings* (www.cdc.gov/niosh/docs/2014-138).



Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), *Guide de prévention – Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux* (www.asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Guides_Broch_Depl/GP65_medicaments_dangereux.pdf).

Olympiades québécoises des métiers et des technologies DES ÉTUDIANTES DU PROGRAMME SANTÉ, ASSISTANCE ET SOINS INFIRMIERS SE DÉMARQUENT



De gauche à droite, **Noémie Guilbault** (bronze), **Marie-Christine Dumas** (or) et **Sarah Carrier** (argent).

Les Olympiades québécoises des métiers et des technologies témoignent de la rigueur et de l'excellence des centres de formation du Québec. Trois candidates à la profession ont reçu des médailles d'or, d'argent et de bronze dans la catégorie « Assistance, soins infirmiers », lors des 14^e Olympiades, qui se sont tenues à Québec en mai dernier. Quatre autres ont reçu des médaillons d'excellence.

MÉDAILLE OU MÉDAILLON	NOM	RÉGION	ÉTABLISSEMENT
Médaille d'or	Marie-Christine Dumas	Montérégie	École professionnelle de Saint-Hyacinthe
Médaille d'argent	Sarah Carrier	Chaudière-Appalaches	CFP Pozer
Médaille de bronze	Noémie Guilbault	Montérégie	École professionnelle des métiers
Médaillon d'excellence	Stéphanie Bilodeau Séguin	Île-de-Montréal	École des métiers des Faubourgs-de-Montréal
Médaillon d'excellence	Valérie Charbonneau	Laval – Laurentides – Lanaudière	Centre Performance Plus
Médaillon d'excellence	Marjolaine Grenier	Capitale-Nationale	CFP Fierbourg
Médaillon d'excellence	Marie-Ève Pépin	Abitibi-Témiscamingue	C.F. Harricana

AVIS DE DÉCÈS

Deux anciens administrateurs de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec sont décédés récemment.



Conrad Normand, qui représentait la région de Québec, a été administrateur de 1991 à 2009, dont de nombreuses années à titre de membre du comité exécutif et vice-président. Il est décédé le 1^{er} août 2016 à l'âge de 72 ans.



Pierre Martin, de la région Saguenay–Lac-Saint-Jean–Côte-Nord, a fait partie du comité d'orientation de la revue Santé Québec pendant plusieurs années. Il a aussi fait partie du comité des finances de juin 2013 à juin 2015. Décédé le 15 octobre dernier, il avait 61 ans.

L'OIIAQ tient à les remercier sincèrement pour leur contribution à l'avancement de la profession et à offrir ses plus sincères condoléances à leurs familles respectives.

BIENVENUE

DU 1^{er} JUILLET AU 31 OCTOBRE 2016

Abani Maidawa, Rachidatou	Ba, Diariyama	Bérubé, Carol-Anne	Bourgault, Marie-Christine
Abbott Van Gyte, Félix-Anne	Bacani, Nikki	Bessekri, Faiza	Boussandel, Ines
Abdenouri, Yannis	Bah, Maimouna	Bessette, Vanessa	Boutet-Leclair, Kim
Abellano, Donna	Baillargeon, Cynthia	Bessette-Girard, Sabrina	Boutin, Mireille
Abellard, Ludwige	Baril, Geneviève	Bienes, Maria Anthea	Boyer Lagarde, Marie-Pier
Aberbache, Macilya	Barrette, Fanny	Bih Cho, Clementine	Brasseur Riendeau, Mélissa
Aberkane, Fouzia	Baskai, Kawtar	Bilodeau, Annie-Pier	Brasseur-Mongeau, Frédérique
Abou-Shaer, May	Bayo, Fatoumata	Bilodeau, Isabelle	Breault Therrien, Jeanny
Achi, Moundji	Beauchamp, Colette	Bilodeau, Stéphanie	Briard, Suzanne
Acuna-Ugaldes, Janira-Tatiana	Beauchemin, Carol-Anne	Bilodeau-Dumaine, Annabelle	Brière, Julie
Afshari, Zhinoos	Beaudin, Kate	Bizier, Vanessa	Brouillard, Noemy
Agathangelou, Evangelia	Beaudoin, Audrey	Blackburn, Ève	Brouillard, Valérie
Aguirre Martini, Rocio Del Pilar	Beaudry-Panneton, Stéphanie	Blain, Catherine	Brunet, Maripier
Ahmad, Aisha	Beaulieu, Charles	Blais, Caroline	Burrows-Labelle, Sarah
Ait Allal, Sara	Beauregard, Isabelle	Blais, Kim	Buruiana, Olese
Akondeng, Lovelin Nangah	Beauzile, Chrisna	Blais, Noémie	Bycenko, Vanessa
Alcidas, Rose Gladys	Bédard, Évelyne	Blanc, Line	Cadet, Aldyne Elcie
Alexis, Marie Denise	Bédard, Maxime	Blanchard, Jessica	Cadieux, Julie
Allaire, Rebecca	Bélanger, Cévianna	Blanchard, Samantha	Cagoco, Clarie Ann
Anacleto Costa, Hugo	Bélanger, Marylise	Bleau, Christine	Cake, Stéphanie
Ancheta, Angelica	Bélanger, Sabrina	Blouin, Catherine	Calo, Melinda
Andryeyeva, Nadiya	Bélisle, Sabrina	Blouin, Dominique	Camiré-Lamarche, Melyna
Antohi, Bogdan	Bellemare, Alexandre	Blouin, Roxane	Campagna, Marc
Api, N'Guessan Denise	Benarbane, Idir	Boisvert, Maude	Campeau, Nancy
Apollon, Larissa	Benoit, Elisabeth	Bolduc, Stéphanie	Cansino, Kristian Chino
Arancibia, Cynthia	Bérard, Fédy	Bome Tchounga, Merline	Cardona Linares, Margareth
Arezki, Yacine	Bérard, Sabrina	Bonilla, Doris Yorlery	Carpentier, Daphné
Arpin-Jacques, Avery	Bergeron, Marie-Eve	Bornales, Mary Jane	Carpini, Christine
Asselin, Karine	Bergeron-Belley, Valérie	Bouchard, Renée	Carrier, Sarah
Atmani, Mouna	Bergeron-Roy, Vanessa	Boucher, Cynthia	Cartier, Marie-Pier
Aubertin, Valérie	Berguignol, Lorelei	Boucher, Lisa	Catman, Pierre
Audet, Geneviève Sabrina	Bernicky, Susie	Boucher, Lynda	Ceraceanu, Janina Nicoleta
Audy-Côté, Marie-Chantal	Bernier, Geneviève	Boucher, Nathalie	Chabot, Naité
Auger, Valérie	Bernier, Karina	Boughani, Malika	Chalus, Gabrielle
Ayodele, Olajumoke D. Tolulope	Bernier, Sophie	Boulanger, Valérie	Champagne, Catherine
Azaoui, Kefi	Bertolissi, Vanessa	Boulianne, Marie-Pier	Charbonneau, Gabrielle
Azuelo, Dee Vee Ann	Bertrand, Karie	Boulianne-Rioux, Alexandra	Charest Lafond, Cédric



Charkhinejad, Tina	Daigle, Catherine	Dominguez, Miriam	Faye, Florence
Charland, Julien	Daigle, Mélanie	Doré, Mélanie	Filiatrault, Pamela
Charles Prud'Homme, Anne Marie Nadia	Damas, Casandra	Doucet, Zoé	Filion, Sophie
Chartier, Audrey	D'Amours, Lyne	Douyon, Marie Geneviève	Fillion, Kelly
Chayer, Natacha	Dansereau, Carine	Doyle, Sabrina	Flores, Jocelyn
Chénard, Gabrielle	Daraiche, Jacky	Drolet, Carole	Foisy, Misty
Cherouana, Yamina	Dastafkan, Ahmad	Dubé, Stéphanie	Fono Deffo, William Robenir
Chiasson, Julie	Daunais, Stéphanie	Dubé-Normandin, Gabrielle	Fontaine, Karine
Chiasson, Karine	Davis, Lisa	Dubée, Annick	Forget, Laurie-Anne
Chiasson, Vicky	De Leon, Josephine	Dubois, Marylise	Forget, Virginie
Chikh, Saliha	Décary Dalpé, Marie-Ève	Dubois, Mireille	Forte, Katherine
Cholette, Jason	Delisle, Isabelle	Duchaine, Catherine	Fortier, Lisa
Chornousko, Viktoriia	Delisle, Joanie Diane	Dufault, Karianne	Fortin, Jonathan
Chuchalina, Anna Nikolaevna	Demero, Laurette	Dumont, Marie-Soleil	Fortin, Stéphanie
Clermont, Marc-André	Déry, Justine	Dumont, Maude	Fortin, Véronique
Cliche, Isabelle	Déry, Mariane	Dumont Gallant, Marie-Pierre	Fortin-Cossette, Marie-Michèle
Cloutier, Claire-Hélène	Desalliers, Sylvie	Dupuis, Karine	Foureau, Yves-Dorothea
Cloutier, Keven	Desbiens, Éloïck	Duranleau-Turgon, Véronique	Fournier, Isabelle
Cloutier, Marie-Eve	Deschamps, Anne-Marie	Dure, Marie Christine	Fournier, Marie-Pier
Cluff, Taïna	Deschênes, Fanny	Ehrlich, Leona	Francoeur, Richere
Corbeil, Valérie	Deschênes, Joannine	El Chaaidmi, Kawtar	Francoeur St-Onge, Jessica
Corrivaux Lacroix, Maude	Desjardins, Roxanne	El Hajri, Zouhair	François, Altagracia Nedjie
Côté, Cassandra	Desjardins Boisvert, Karine	Elie, Vanessa	Frumusachi, Olga
Côté, Jessica	Deslandes, Véronique	Emond, Dominique	Gacutan, Mary
Côté, Stéphanie	Despard, Debbie	Ennader, Hanane	Gadbois, Myriam F.
Côté Gravel, Carole-Anne	Després, Sarah	Enriquez, Ruth	Gagné, Carolann
Coursol, Stéphanie	Desrochers, Brigitte	Esfandi, Nasibeh	Gagnier, Mélissa
Courtemanche-Lucier, Julie	Desrochers, Marie-Lyne	Espinosa, Justin Michael	Gagnon, Constance
Coutu, Jennifer	Desrosiers, Anabelle	Estime, Guerveline	Gagnon, Émilie
Coutu-Martel, Marie-Ève	Diallo, Balla	Ethier, Carol-Ann	Gagnon, Karine
Croteau, Melissa	Dilion, Ludmila	Étienne, Olivia	Gagnon, Marie-Jeanne
Croteau, Vanessa	Dion, Amélie	Eustache, Marie Wendy	Gagnon, Mathylde
Curadeau, Arielle	Dion, Andreanne	Evers, Marika	Gagnon, Mélanie
Cyr, Marie-Michèle	Divert, Célène	Falke Bacharou, Mariama	Gagnon-Fortin, Kathy
Cyr, Sabrina	Djabout, Rania	Farajollahi Rad, Hamid	Gahungu, Césarie
Cyr, Vicky	Djeridane, Chahrazad	Faucher, Kim	Gallan, Amanda Lee
Cyr-Roy, Olivia	Djousse Fomekong, Henri	Favreau Martin, Josiane	Gallant, Bianca

BIENVENUE

DU 1^{er} JUILLET AU 31 OCTOBRE 2016

Gallou, Sarah	Grenier, Karine	Jack, Jessica	Koffi, Adjoua Esther
Galt, Brianna	Grenier, Kim	Jacob, Frédéric	Koffi, Cachy Denise Estelle
Gapate, Anna Liza	Grenier, Martin	Jacob, Isabelle	Konan, Kouakou Michel
Garand-Lapointe, Mélissa	Gricianii, Olga	Jacob, Johanne	Konkobo, Christine
Garceau, Jessyca	Grignon, Melissa	Jacques, Nancy	Kosko, Mélanie
Gaudette, Audrey	Guay, Sylvie	Jacques, Vanessa	Kouadio, Geneviève Épse Yao
Gaudin, Charlena	Guercin, Jérémy-Michael	Jasmin, Marie-Pier	Kouadio, Koffi Kan Romain
Gauthier, Pascale	Guillot-Forest, Marie-Alex	Jauvin, Tania	Kouame, Yalletty Charlotte
Gauthier, Vanessa	Guimont, Dany	Jean, Carolane	Labonté, Annie
Gauthier-Lapierre, Cloé	Gunabalasingam, Sujeetha	Jean, Vanessa	Labonté, Karyne
Gauvin-Auger, Amélie	Gutierrez, Jennifer Anna Liza	Jean Glaude, Derna	Labrecque, Cynthia
Gauvin-Plouffe, Claudel	Gyamfi, Enako Victoria	Jean Louis, Jessica	Lacasse, Catherine
Gauvreau-Charron, Stéphanie	Hadji, Meriem	Jean-Antoine, Philise	Lacasse, Marie-Eve
Gendron Normandin, Kim	Haffar, Azam	Jean-Baptiste, Linda	Lacasse, Noémie
Genesse, Cindy	Hamilton, Sabrina	Jean-Savard, Émilie	Lacasse-Lapointe, Magali
Geoffroy, Christine	Hantamalala, Oelinirina	Jimenez Aleman, Guenola Margiel	Lachance, Sarah
George, Gillian	Hashemi, Zahra	Joachim, Esther	Lacombe, Véronique
Gervais, Marie-Anne	Hatungimana, Dieudonne	Jobidon, Mélanie	Lacroix, Isabelle
Gilchrist, Rebecca	Hébert, Laurence	Joncas, Caroline	Lacroix, Mélissa
Gionet, Marie-Chantal	Hébert, Sabrina	Jourdain, Lydia	Lacroix, Penny
Girard, André	Henry-Gransart, Cassandra	Jourdain-Hamel, Alexandra	Laflamme, Kim
Girard, Mégane	Héroux, Emmy	Jubenville, Kariel	Laflamme-Berthelot, Myriam
Girard, Noémie	Hertig-Ross, Mélissa	Julien, Meliza	Lafontaine, Stephanie
Girard, Stella	Holden, Mandy	Kamano, Nene Aissata	Laframboise Champagne, Jasmine
Girard Dufour, Lilas	Honorat, Billy	Kameni, Minie Dorice	Lafrance, Bryan
Girnet, Dinu	Houaichi, Saoussen	Kang, Harjot Kaur	Lagacé, Eugénie
Giroux, Geneviève	Houle, Alexandra	Kantungeko, Athanase	Lagacé, Jade
Godard, Julie	Houle-Tremblay, Chloé	Kargari, Simin	Laguerre, Talitha
Godbout, Christina	Hu, Xiaoyan	Karimialaghband, Aida	Lahaie-Calvé, Amélie
Godin, Catherine	Huard, Katherine	Kaur, Manjinder Pal	Lajoie-Lévesque, Marilou
Gosselin, Myriam	Huberdeau, Caroline	Keita, Dabouhan Joséphine	Lalancette, Mélanie
Gourde, Amélie	Hyppolite, Manno	Kelly-Boivin, Julie	Laloo, Zareen
Goyette Grenier, Noémie	Iannotti, Sabrina	Kennes, Stéphanie	Lamarre, Alexandra
Goyette-Gilbert, Marjorie	Igihozo, Aurélie-Grâce	Khasria, Ramandeep	Lambert, Monique
Grefe, Roxanne	Iray Makvandi, Alena	Khodaeishahrah, Maryam	Lamontagne, Ildgie
Grégoire, Francis	Isabelle, Pascale	Khordadi, Zahra	Lamontagne, Lidia
Grenier, Felicia	Isidore, Ruth	Kirouac-Boivin, Carole-Ann	Lamothe, Charlène



Lampron, Karine	Légaré, Karine	Masson, Alexandra	Morissette, Annie-Pier
Lancup, Ingrid	Lemelin, Karine	Mathieu, Jessica	Morissette, Dorianne
Landry, Emilie	Lemens Turgeon, Mélissa	Mathieu, Martine	Morrison, Kenneth
Landry, Marie-Soleil	Lemire, Caroline	Mavula, Mafuta	Motee Dabedeen, Bhama
Laperrière, Mélanie	Leng, Samnit	Mc Alear, Christopher	Moussavou Villeneuve, Katia
Laplante, Claudya	Léonard, Valérie	Mc Duff, Roxanne	Muscadin-Alcé, Rose Lidwine
Laplante, Marilou	Lepage, Stéfanie	Mc Martin, Lyne	Nadeau, Louise
Lapointe, Jessica	Lepage, Tracy	Mc Mitchell, Sandra	Nadeau, Lysa
Lapointe, Marie Stephanie Michelle	Lépine-Bourdon, Catherine	McClymont, Sabrina	Nadeau, Marie-Pier
Lapointe, Stéphanie	Leroux, Mélanie	Mckelvey, Sandra	Nana, Valérie
Lapointe-Blackburn, Laurence	Lessard, Sarah	Mckoy, Brittany	Nasri, Djamel
Laprise Pellicelli, Josée	Léveillé, Josée	Mejia Colonia, Yasmin Fatima	Ndayra, Paulette
Laroche-Forget, Tania	Lévesque, Caroline	Meliedji Kammo, Joseline	Ngo Mbanga, Viviane Florine
Larochelle, Sabrina	Lévesque, Mélanie	Messier, Cindy	N'Guessan, Yao Kouassi Alexandre
Laroui, Siham	Lévesque-Fortin, Jade	Messou, Christelle Stella	Niere, Engelica
Lasnier, Roxanne	Lewis, Natalie	Méthot-Dubé, Audrey	Noël, Marika
Laurier, Louis-Vincent	Lirette, Patricia	Meunier, Nadia	Nord, Sherley
Lauzier-Girouard, Alexandra	Lizotte, Caroline	Michaud, Maud	Nshengeye, Chéziah
Lauzier-Girouard, Carolyne	Lukusa, Beatrice	Michaud-Allard, Hermance Marie-Pier	Ntampaka, Françoise
Lavaud, Fabienne	Luma, Wilbens	Michel, Yanick	Obas, Sandra
Lavergne, Marie-Pier	Mabe, Felixia Prisca Nadia	Mimeault, Tania	Obradovic, Borka
Lavigueur, Amélie	Mabiala Khuni, Joseph	Mineault, Geneviève	O'Byrne, Amanda
Lavoie, Miriam	Mackeeage, Sarah	Miranda, Marjorie May	Occessite, Margareth
Lazar, Samantha	Madore, Martine	Miropolsky, Irina	Othon, Céline
Le Blanc, Daniella	Mafotsing, Alice Pamela	Mohammadi, Parvaneh	Ouédraogo, Louise
Lebel, Stéphanie	Maglipac, Mary Gigianne	Molloy, Martine	Ouellet, Marie-France
Leblanc, Carol-Ann	Mahmoudi, Maryam	Monast, Roxanne	Ouellet, Nancy
Leblanc, Nathalie	Mainville, Lory-Ève	Mongeau, Cassandra	Ouellet, Paméla
Leblond, Laurianne	Mambueni, Mambote	Mongeau, Priscillya	Ouellet, Stéphanie
Leboeuf, Josée	Maranda, Jennifer	Mongrain, Ann-Marie	Ouellette, Elissa
Lechasseur, Angèle	Marchand-Milliard, Audrey	Mongrain, Vanessa	Ouimet, Ariane
Lechasseur, Sharly	Mariani, Jonathan	Moradian, Maryam	Ouimet, Carolyn
Leclair, Stéphanie	Marsan, Stéphanie	Morales Morales, Oscar Dario	Pagé, Chantal
Leclerc, Marie-Eve	Marsolais, Mariane	Moreau, Véronique	Pageau, Julianne
Leduc, Hélène	Martin, Myriam	Morin, Alexandra	Paquet, Cathy
Leduc, Tanya	Martineau, Jessica	Morin, Janipier	Paquette, Krystel
Leduc-Daoust, Amélie	Massé, Christine	Morin, Marie-Ange	Paquin, Jacynthe

BIENVENUE

DU 1^{er} JUILLET AU 31 OCTOBRE 2016

Paquin, Roxanne	Potvin, Lysann	Rochon, Amélie	Sheaves-Blair, Eric
Paquin Goulet, Julie	Poudrier, Carolle	Rodier, Anik	Shindano Sikiminywa, Delphin
Parent, Pamela	Poulin, Noémie	Rodrigue, Julie	Simard, Claudia
Parent, Stéphanie	Poulin, Stéphanie	Rodrigue, Yannick	Simard, Kathleen
Parrado Colman, Aida Alejandra	Pouliot, Stéphanie	Rose, Allison	Singock, Véronique Chimène
Paun, Lucian Ciprian	Prévaille, Marjorie	Rosier, Andu Fedora	Sirkovsky, Jessica
Pellerin, Nancy	Prévost, Audrey	Rossier, Isabelle	Sirois, Olivia
Pelletier, Jessica	Proulx, Meghan	Rousseau, Sandra	Sirois Houle, Mylène
Péloquin, Céline	Proulx-Bourque, Samantha	Roy, Émie	Smilkova, Lyubov
Pépin, Marie-Ève	Provencher, Marie Claude	Roy, Janie	Smith, Jacqueline
Pépin, Marie-Pier	Quévillon, Kristina	Roy, Jeffrey	Soulière, Marie-Michèle
Perreault, Andréanne	Rasuly, Nafisa	Roy, Joannie	Soulières, Laurence
Perreault, Lise	Rathé, Josianne	Roy, Marie-Josée	Srhir, Zahra
Perreault Morier, Julie	Rattée, Carol-Anne	Roy, Maryska	St-Amour, Valérie
Perrier, Sandra	Ratté-Galy, Cinthia	Roy, Pamela	St-Denis, Mélissa
Perron-Migneron, Olivier	Raymond, Linda	Roy, Pierre-André	St-Germain, Stéphanie
Petic, Mariana	Raymond, Sandrine	Roy-Noël, Cassandra	St-Hilaire Samuelson, Mireille
Petit, Emilie	Renald, Marie Michèle	Sablan, Juliet	St-Onge, Shannie
Petit-Bornelus, Eugénie	Renaud, Yann	Sabrou, Imene	Sylvestre, Gabrielle
Phillips, Corinna	Reyes, Hanna	Sakac, Marion	Sylvestre, Stéphanie
Picard, Alexandra	Rezaeian, Masoomah	Samanipour, Samira	Sylvestre, Virginie
Picken, Céline	Ricard, Francine	Sanchez, Sergio Ivan	Tailleur, Stéphanie
Pierre-Louis, Shirley	Richard, Chloé	Sandru, Manolena Iulia	Tamara, Isaac
Pilon-Lauzon, Fanny	Richard-Michaud, Jean-François	Sanon, Taicha	Taralunga, Tatiana
Pir, Asadollah	Riendeau, Audrey	Sathiyaseelan, Sulaxshia	Tardif, Maude
Pires, Pamela	Riendeau-Laplante, Priscilla	Sauvé, Julie	Tessier, Audrey
Plante, Isabelle	Riopel, Caroline	Savard, Rosalie	Théberge, Arielle
Plouffe, Vincent	Riopel, Isabelle	Savard-Tremblay, Julie	Theriault, Annie
Plourde, Kathya	Riopel, Mélyssa	Savoie, Isabelle	Thériault, Eve
Plourde, Sabrina	Rioux, Catherine	Sayeur, Lindsay	Theriault, Laurence
Poirier, Natassia	Rioux, Marie-Ève	Segnou Ngouo, Chimène Flore	Theriault, Sonia
Poirier, Stéphanie	Rivard, Émilie	Séguin, Joël	Therrien, Ashleigh
Poirier-Mailhot, Nancy	Rivard, Julie	Sénat, Fannie	Therrien, Marie-Soleil
Pokaha Mfonga, Nadège Laure	Rivard, Marie-Pier	Senay, Valérie	Therrien, Sabrina
Porter, Trisha	Rivest, Julie	Sénéchal, Sabrina	Therrien-Lachapelle, Elodie
Potvin, Anne-Marie	Rivest, Melissa	Sévigny, Stacy	Therrien-Pouliot, Jessica
Potvin, Caroline	Rivet-Lafontaine, Tanya	Shariatpanahi, Elham	Thibault-Lévesque, Janny



FÉLICITATIONS AUX RÉCIPIENDAIRES

DE JUILLET À OCTOBRE 2016

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



Thomassin, Maude
 Thompson-Le Brasseur, Marie-Eve
 Thomson, Jessica
 Thongrasamy, Nidara
 Thorne, Annjinette
 Thouin-Audet, Laurie
 Tomovic, Dejan
 Topalova Balan, Mariana Mikhailovna
 Torr, Jasmine
 Toulouse, Cynthia
 Trahan, Carolan
 Tremblay, Eden
 Trenque, Anna Marie Yvonne
 Triffault, Rémi
 Tristant-Chanlatte, Jacqueline
 Trottier, Sophie
 Truchon, Sophie
 Trudeau, Gabrielle
 Tshabu Badibanga, Angel
 Turbis, Stéphanie
 Umugwaneza, Antoinette
 Umutesi, Angélique
 Vachon, Jessica
 Vaillancourt, Corinne
 Vaillancourt, Fanny
 Vaillancourt, Marie-Pier
 Vaillancourt Castonguay, Vicky Jessica
 Valcourt, Marie-Eve
 Valcourt, Meagan
 Valdez, Liana Jane
 Vallée, Véronique
 Varacalli, Jordan
 Veliz Villatoro, Maritza
 Verreault, Sandy
 Verrette, Suzie
 Verville, Karine
 Viens, Josée

Viens, Stéphanie
 Villeneuve, Caroline
 Vinet, Kathy
 Vladu, Anisoara
 Wade, Aida
 Walker, Kristy-Anne
 Webster, Catherine
 Wickett, Kaitlyn
 Williams, Krista
 Wouafo, Nicolas
 Yahyaei, Zahra
 Yelle, Victoria
 Zdrengea, Mihaela Daniela
 Zenina, Tatiana
 Zivari, Maryam

CENTRE BERNARD- GARIÉPY

Sorel-Tracy
 Andrée-Anne Lauzon
 Pénélope Prince

CENTRE DE FORMATION COMPÉTENCES-2000

Laval
 Stéphanie Boissonnault
 Carol Ouimet

CENTRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE DES SOMMETS

Sainte-Agathe-des-Monts
 Amal Chebib

CENTRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE VISION 20 20

Victoriaville
 Lydia Saucier

ÉCOLE DES MÉTIERS DES FAUBOURGS- DE-MONTRÉAL

Nhora Desira
 Marie-Rose Gagnon
 Allaoua Harzine
 Melissa Labelle
 Stefania Lavecchia
 Melanie Lefort
 Betty Octave
 Yelizaveta Pylypchuk
 Valérie Plante

PAVILLON DE SANTÉ

Joliette
 Jade Leduc-Zajakala

PEARSON ADULT & CAREER CENTER

LaSalle
 Jonathan Crandall
 Amritpal Kaur

NOUVELLES FORMATIONS DISPONIBLES :

SP08 - Brûlures

SP09 - Plaies traumatiques

D11 - L'activité physique
chez la personne diabétique

formationcontinue.oiiq.org

AVIS DE RADIATION

DOSSIER 21-13-1670

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Margarette Aimé, a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 29 juin 2016, de l'infraction décrite ci-dessous.

Alors qu'elle était à l'emploi au CHSLD Villa Belle Rive, à Montréal, et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Le 13 juin 2013, n'a pas prodigué les soins et traitements à un patient avec diligence alors que son état de santé l'exigeait, le tout contrairement à l'article 13 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (C-26, r. 153.1).

Dans la décision sur culpabilité et sanction rendue le 29 juin 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation de trois mois. De plus, il l'a dispensée du paiement des frais et déboursés. De même, il a ordonné à la secrétaire du conseil de publier un avis de la décision dans un journal, et ce, aux frais de la partie plaignante.

Cette décision ayant été signifiée au procureur de la partie intimée le 7 juillet 2016, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 9 août 2016.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 al. 5 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 18 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-15-1866

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Violeta Elenkova, a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 25 juillet 2016, des infractions décrites ci-dessous.

Alors qu'elle était à l'emploi de la Résidence Les Belvédères, à Lachine, et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Le 7 juillet 2015, a omis, conformément aux ordonnances médicales en vigueur, d'administrer à huit (8) patients, divers médicaments, le tout contrairement à l'article 3 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (Chap. C-26, r. 153.1);

2. Le 7 juillet 2015, a inscrit des fausses informations aux dossiers de huit (8) patients à l'effet qu'elle leur avait administré divers médicaments, le tout contrairement à l'article 17, par. 3^o du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (Chap. C-26, r. 153.1).

Dans la décision sur culpabilité et sanction du 25 juillet 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation de deux mois pour le chef n° 1 et d'un mois pour le chef n° 2, lesdites périodes devant être purgées concurremment. Il l'a dispensée du paiement des déboursés. De même, il a ordonné à la secrétaire du conseil de publier un avis de la décision dans un journal, et ce, aux frais de la partie plaignante.

Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée le 11 août 2016, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 13 septembre 2016.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 al. 5 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 17 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-12-1573

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Peregrina Pili Collazo, a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 31 août 2015, des infractions décrites ci-dessous.

Alors qu'elle était à l'emploi de la Résidence Manoir Louisiane, à Montréal, et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Le 31 janvier 2012, n'a pas assuré, contrairement à une directive qui lui avait été donnée, une surveillance adéquate auprès d'un patient diabétique, le tout contrairement à l'article 3.01.01 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*;
2. Le 10 février 2012, a inscrit une fausse note au rapport quotidien relativement à la surveillance qu'elle aurait exercée auprès d'une patiente alors que cette dernière avait été hospitalisée dans un autre établissement le 7 février 2012, commettant ainsi l'acte dérogatoire prévu à l'article 4.01.01 c) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*.

Dans la décision sur sanction rendue le 28 janvier 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation de trois mois pour le chef n° 1 et de deux mois pour le chef n° 2, lesdites périodes devant être purgées concurremment. De plus, il l'a condamnée au paiement des déboursés. De même, il a ordonné à la

secrétaire du conseil de publier un avis de la décision dans un journal, et ce, aux frais de la partie intimée.

Cette décision ayant été signifiée au procureur de la partie intimée le 2 mars 2016, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 4 avril 2016.

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

Montréal, le 17 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-11-1519

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Danielle Dallaire, a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 15 juillet 2016, des infractions décrites ci-dessous.

Alors qu'elle était à l'emploi du CSSS de Québec-Nord, à Québec, et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Le 8 juillet 2011, a fait preuve de négligence dans l'identification d'une patiente et a tenté de lui injecter une dose d'insuline qui ne lui était pas destinée, le tout contrairement aux articles 3.01.03, 3.01.05 et 4.01.01 I) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*;
2. Le 8 juillet 2011, a inscrit à deux reprises (16 h 15 et 19 h 30), des données fausses au dossier d'une patiente concernant les résultats de tests de glucométrie, commettant ainsi l'acte dérogatoire prévu à l'article 4.01.01 c) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*;
3. Le 8 juillet 2011, a fait preuve de négligence dans la surveillance et dans le suivi d'une patiente, et ce, en omettant de signaler à un professionnel compétent ses résultats de deux tests de glucométrie, le tout contrairement aux articles 3.01.03, 3.01.05 et 4.01.01 I) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*.

Dans la décision sur culpabilité et sanction rendue le 15 juillet 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation d'une semaine sur le chef n° 1, de deux semaines à l'égard du chef n° 2 et d'un mois à l'égard du chef n° 3, lesdites périodes devant être purgées concurremment. De plus, il l'a dispensée du paiement des frais et déboursés. Enfin, il l'a aussi dispensé la secrétaire du conseil de l'obligation de publier un avis de la décision dans un journal.

Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée le 26 juillet 2016, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 26 août 2016.

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

Montréal, le 20 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-11-1500

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Lucie Dion, a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 22 juillet 2016, de l'infraction décrite ci-dessous.

Alors qu'elle était à l'emploi de la Résidence la Belle Époque, à Québec, et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Entre le 1^{er} janvier et le 20 avril 2001, s'est approprié environ 100 comprimés d'ATIVAN (1 mg) appartenant à son employeur, formant un montant total d'environ 120 \$, commettant ainsi l'acte dérogatoire prévu à l'article 4.01.01 g) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*.

Dans la décision sur culpabilité et sanction rendue le 22 septembre 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation de trois mois. De plus, il l'a dispensée du paiement des frais et déboursés. Enfin, il a aussi dispensé la secrétaire du conseil de l'obligation de publier un avis de la décision dans un journal.

Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée le 29 juillet 2016, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 30 août 2016.

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

Montréal, le 20 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-15-1882

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Nathalie Fitzback, a été déclarée coupable, dans une décision rendue verbalement le 15 juillet 2016, de l'infraction décrite ci-dessous.

Alors qu'elle était à l'emploi du CHU de Québec, et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Entre le 2 août et le 30 septembre 2015, s'est approprié, à plusieurs reprises, des sommes appartenant à plusieurs patients, pour un total d'environ 200 \$, le tout contrairement à l'article 16 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (Chap. C-26, r. 153.1).

Dans la décision sur culpabilité et sanction rendue verbalement le 15 juillet 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation de quatre mois. De plus, il l'a dispensée du paiement des frais et déboursés. De même, il a ordonné à la secrétaire du conseil de publier un avis de la décision dans un journal, et ce, aux frais de la partie plaignante.

Cette décision ayant été rendue verbalement en présence de la partie intimée, et étant donné la renonciation au droit d'appel de la partie intimée, elle est devenue exécutoire le 15 juillet 2016.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 al. 5 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 24 août 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-14-1794

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Hélène Gauthier (36062), a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 11 juin 2016, de l'infraction décrite ci-dessous.

Alors qu'elle était à l'emploi du CSSS Cléophas-Claveau et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Entre le 13 et le 30 septembre 2014, s'est approprié des biens appartenant à son employeur d'une valeur maximale de 75 \$, commettant ainsi l'infraction prévue à l'article 16 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (Chap. C-26, r. 153.1).

Dans la décision sur culpabilité et sanction rendue le 17 juin 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation d'un mois. De plus, il lui a imposé le paiement des déboursés. Cependant, il a dispensé la secrétaire du conseil de l'obligation de publier un avis de la décision dans un journal.

Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée le 20 juillet 2016, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 22 août 2016.

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

Montréal, le 24 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-13-1643

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Nicole Lamoureux, a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 5 mars 2015, des infractions décrites ci-dessous.

Alors qu'elle était à l'emploi du CSSS de Gatineau et dans l'exercice de ses fonctions :

1. (Chefs n^{os} 1, 2 et 3) : Les 13, 15 et 18 novembre 2012, s'est introduite dans l'appartement d'un patient et s'est approprié un paquet de cigarettes lui appartenant, commettant ainsi l'acte dérogatoire prévu à l'article 4.01.01 g) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*;
2. (Chef n^o 4) : Le 22 novembre 2012, s'est introduite dans l'appartement d'un patient et s'est approprié un paquet de cigarettes ainsi qu'un billet de 5 \$ lui appartenant, commettant ainsi l'acte dérogatoire prévu à l'article 4.01.01 g) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*.

Dans la décision sur sanction rendue le 22 octobre 2015, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation de deux mois pour les chefs n^{os} 1, 2 et 3 et de quatre mois à l'égard du chef n^o 4, lesdites périodes devant être purgées concurremment. De plus, il l'a dispensée du paiement des frais et déboursés. De même, il a ordonné à la secrétaire du conseil de publier un avis de la décision dans un journal, et ce, aux frais de la partie plaignante.

Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée le 4 novembre 2015, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 7 décembre 2015.

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

Montréal, le 18 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-13-1707

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M. Naoufel Harrazi, a été déclarée coupable, dans une décision sur culpabilité et sanction rendue le 25 août 2016, de l'infraction décrite ci-dessous.

Alors qu'il était dans l'exercice de ses fonctions au CSSS Cavendish (Hôpital Richardson), à Montréal :

1. Le 12 octobre 2013, a utilisé une technique inadéquate dans l'entretien d'une trachéostomie, le tout contrairement à l'article 3 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (C-26, r. 153.1).

Dans cette décision, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation de deux mois et a recommandé au conseil d'administration de l'Ordre de l'obliger à suivre et à réussir un stage en soin de trachéostomie avec une limitation jusqu'à ce qu'il ait respecté cette obligation. Par ailleurs, le conseil de discipline a condamné la partie intimée au paiement des déboursés relatifs à l'audition du 14 mars 2016. De même, il a ordonné à la secrétaire du conseil de publier un avis de la décision dans un journal, et ce, aux frais de la partie intimée.

Suite à la signification de la décision du 25 août 2016 et à la signature d'une renonciation au droit d'appel, cette décision est devenue exécutoire le 1^{er} septembre 2016.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 al. 5 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 17 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-14-1730

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Tamara Jacques-Philippe, a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 25 mai 2016, de l'infraction décrite ci-dessous.

Alors qu'elle était dans l'exercice de ses fonctions au CHSLD Villa Belle Rive, à Montréal :

1. Les 13 et 14 juin 2013, a inscrit une fausse note au dossier d'un patient concernant sa condition alors qu'il était décédé à 23 h 45, le tout contrairement à l'article 17 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (C-26, r. 153.1).

Dans la décision sur culpabilité et sanction rendue le 25 mai 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation de deux

semaines. Il l'a dispensée du paiement des déboursés. De même, il a ordonné à la secrétaire du conseil de publier un avis de la décision dans un journal, et ce, aux frais de la partie plaignante.

Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée le 15 juin 2016, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 15 juillet 2016.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 al. 5 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 17 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-15-1830

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Cindy Richard-Papineau, a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 5 juillet 2016, de l'infraction décrite ci-dessous.

Alors qu'elle était à l'emploi au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, à l'Hôpital de Saint-Eustache, et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Entre les 1^{er} janvier et 13 mars 2015, s'est approprié, à plusieurs reprises, les doses restantes de plusieurs narcotiques et drogues contrôlées, divers médicaments et des biens appartenant à son employeur, le tout contrairement à l'article 16 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (Chap. C-26, r. 153.1).

Dans la décision sur culpabilité et sanction rendue le 5 juillet 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation de cinq mois. De plus, il l'a dispensée du paiement des frais et déboursés. De même, il a ordonné à la secrétaire du conseil de publier un avis de la décision dans un journal, et ce, aux frais de la partie plaignante.

Cette décision ayant été signifiée au procureur de la partie intimée le 15 juillet 2016, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 15 août 2016.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 al. 5 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 18 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-11-1488

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Karine Paradis, a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 2 septembre 2016, des infractions décrites ci-dessous.

1. Le ou vers le 21 janvier 2011, alors qu'elle était dans l'exercice de ses fonctions à la Résidence Le Manoir et Cours de l'Atrium située à Québec, s'est approprié cinq (5) comprimés d'OXYCONTIN (5 mg) et quatre (4) capsules de LYRICA (2 de 25 mg et 2 de 50 mg) appartenant à son employeur, commettant ainsi l'acte dérogatoire prévu à l'article 4.01.01 g) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*;

2. Le ou vers le 5 février 2011, alors qu'elle était dans l'exercice de ses fonctions à la Résidence Le Coulongois située à Québec, s'est approprié vingt-huit (28) comprimés de STATEX (5 mg) et quatre (4) comprimés d'OXYCONTIN (5 mg) appartenant à son employeur, commettant ainsi l'acte dérogatoire prévu à l'article 4.01.01 g) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*;

3. Le ou vers le 7 février 2011, alors qu'elle était dans l'exercice de ses fonctions à la Résidence Le Coulongois située à Québec, s'est approprié un comprimé d'OXYCONTIN (5 mg) appartenant à son employeur, commettant ainsi l'acte dérogatoire prévu à l'article 4.01.01 g) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*;

4. Le ou vers le 3 mars 2011, alors qu'elle était dans l'exercice de ses fonctions à la Résidence Maison Legault Inc. située à Québec, s'est approprié dix (10) comprimés de SUPEUDOL (5 mg) appartenant à son employeur, commettant ainsi l'acte dérogatoire prévu à l'article 4.01.01 g) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*;

5. Le ou vers le 5 août 2011, alors qu'elle était dans l'exercice de ses fonctions au CSSS Québec-Nord (Centre d'hébergement Roy-Rousseau) situé à Québec, s'est approprié vingt (20) comprimés de MS-LON (10 mg) ainsi que la feuille d'enregistrement des médicaments appartenant à son employeur, commettant ainsi l'acte dérogatoire prévu à l'article 4.01.01 g) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*.

Dans la décision sur culpabilité et sanction rendue le 2 septembre 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation de 12 mois sur chacun des chefs, lesdites périodes devant être purgées concurremment. De plus, il l'a dispensée du paiement des frais et déboursés. De même, il a ordonné à la

secrétaire du conseil de publier un avis de la décision dans un journal, et ce, aux frais de la partie plaignante.

Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée le 22 septembre 2016, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 22 octobre 2016.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 al. 5 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 18 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-15-1840

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Carine Rioux, a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 19 août 2016, de l'infraction décrite ci-dessous.

Alors qu'elle était à l'emploi de la résidence Les Jardins de la Noblesse, à Québec, et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Le 20 mars 2015, n'est pas intervenue promptement auprès d'une patiente ayant fait une chute, en n'assurant pas la surveillance de celle-ci, contrevenant ainsi à l'article 13 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (Chap. C-26, r. 153.1);
2. Le 20 avril 2015, n'est pas intervenue promptement auprès d'une patiente ayant eu des difficultés respiratoires, en n'assurant pas la surveillance de celle-ci, contrevenant ainsi à l'article 13 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (Chap. C-26, r. 153.1).

Dans la décision sur culpabilité et sanction rendue le 19 août 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation de cinq mois sur chacun des chefs, lesdites périodes devant être purgées de façon concurrente. De plus, il l'a dispensée du paiement des frais et déboursés. De même, il a ordonné à la secrétaire du conseil de publier un avis de la décision dans un journal, et ce, aux frais de la partie plaignante.

Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée le 24 août 2016, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 24 septembre 2016.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 al. 5 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 17 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-15-1863

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Jody Thériault-Boucher, a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 27 mai 2016, de l'infraction décrite ci-dessous.

Alors qu'elle était à l'emploi de la Résidence Le Gibraltar, à Québec, et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Entre le 1^{er} et le 4 juin 2015, s'est approprié des narcotiques, à savoir : 4 comprimés d'OXYCODONE qui se trouvaient dans un pilulier, commettant ainsi l'infraction prévue à l'article 16 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (Chap. C-26, r. 153.1).

Dans la décision sur culpabilité et sanction rendue le 27 mai 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation de cinq mois. De plus, il l'a dispensée du paiement des frais et déboursés. De même, il a ordonné à la secrétaire du conseil de publier un avis de la décision dans un journal, et ce, aux frais de la partie plaignante.

Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée le 15 juin 2016, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 15 juillet 2016.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 al. 5 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 17 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-10-1479

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Cathy Thivierge, a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 4 mai 2016, de l'infraction décrite ci-dessous.

Alors qu'elle était à l'emploi du Centre d'hébergement St-Jean-Eudes inc., à Québec, et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Entre le 1^{er} novembre et le 1^{er} décembre 2010, s'est approprié, à cinq (5) reprises, diverses ampoules contenant des résidus de DILAUDID appartenant à son employeur qui se trouvaient dans un bac de récupération (bio-risques), commettant ainsi l'acte dérogatoire prévu à l'article 4.01.01 g) du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*.

Dans la décision sur culpabilité et sanction rendue le 4 mai 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie

intimée une période de radiation de huit mois. De plus, il l'a dispensée du paiement des frais et déboursés. De même, il a ordonné à la secrétaire du conseil de publier un avis de la décision dans un journal, et ce, aux frais de la partie plaignante.

Cette décision ayant été signifiée à la partie intimée par la voie des journaux le 14 septembre 2016, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 14 octobre 2016.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 al. 5 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 20 octobre 2016.

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

DOSSIER 21-15-1869

Avis est par les présentes donné que la partie intimée, M^{me} Jessica Lacroix, a été déclarée coupable, dans une décision rendue le 11 juillet 2016, de l'infraction décrite ci-dessous.

Alors qu'elle était à l'emploi du CIUSSS de Lanaudière et dans l'exercice de ses fonctions :

1. Entre les 1^{er} mars et 1^{er} juin 2015, s'est approprié, à plusieurs reprises, des comprimés de TRAMADOL, le tout contrairement à l'article 16 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (Chap. C-26, r. 153.1).

Dans la décision sur culpabilité et sanction rendue le 11 juillet 2016, le conseil de discipline a imposé à la partie intimée une période de radiation de cinq mois. De plus, il l'a dispensée du paiement des frais et déboursés. De même, il a ordonné à la secrétaire du conseil de publier un avis de la décision dans un journal, et ce, aux frais de la partie plaignante.

Cette décision ayant été signifiée au procureur de la partie intimée le 12 juillet 2016, et étant donné qu'elle n'a pas fait l'objet d'un appel, elle est devenue exécutoire le 12 août 2016.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 al. 5 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 18 octobre 2016

La secrétaire du conseil,
France Joseph, avocate

AVIS DE SUSPENSION DU DROIT D'EXERCICE

Avis est par les présentes donné que, conformément à l'article 55 du *Code des professions*, le comité exécutif de l'OIIAQ, lors de sa séance du 25 août 2016, a résolu d'imposer à M^{me} Martha Russela Lahman Rodriguez, dont le domicile professionnel est situé à Montréal, l'obligation de suivre et réussir la formation d'appoint d'une durée de 570 heures et de suspendre son droit d'exercer des activités professionnelles jusqu'à ce qu'elle ait respecté cette obligation.

Le présent avis est donné conformément à l'article 182.9 du *Code des professions*.

Montréal, le 26 octobre 2016

La secrétaire de l'Ordre,
Andrée Bertrand

Avis est par les présentes donné que, conformément à l'article 55 du *Code des professions*, le comité exécutif de l'OIIAQ, lors de sa séance du 25 août 2016, a résolu d'imposer à M. Ali Ladjadj, dont le domicile professionnel est situé à Vaudreuil-Dorion, l'obligation de suivre et réussir la formation d'appoint d'une durée de 570 heures et de suspendre son droit d'exercer des activités professionnelles jusqu'à ce qu'il ait respecté cette obligation.

Le présent avis est donné conformément à l'article 182.9 du *Code des professions*.

Montréal, le 26 octobre 2016

La secrétaire de l'Ordre,
Andrée Bertrand

LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES EN CHSLD



Nos sincères remerciements à Philippe Voyer, directeur du programme de premier cycle et professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, qui a partagé la lettre ci-dessous sur Facebook, à la suite de la publication du document *Énoncé de position sur les soins et les services aux personnes hébergées en CHSLD* par l'OIIAQ en septembre 2016.

Plusieurs personnes sont préoccupées par la qualité des soins dans les CHSLD. Elles cherchent des solutions pour améliorer la situation. Voici des priorités sur lesquelles elles devraient miser pour améliorer la situation :

- Favoriser l'homogénéité des types de clientèle par le regroupement de ceux-ci au sein d'un même environnement physique.
- Proposer des scénarios de ratios en fonction des types de clientèle hébergée.
- Réviser et assouplir les directives de l'approche milieu de vie en matière d'affichage des informations nominatives dans la chambre du résident.
- Favoriser une grande connaissance de l'histoire biographique, des habitudes et des besoins des résidents en vue d'une meilleure application des principes de l'approche milieu de vie par les membres de l'équipe de soins.
- Assurer des soins de fin de vie et des soins palliatifs humanistes pour les résidents.
- Susciter une réflexion quant à la consommation de médicaments chez le résident en soins de longue durée.
- Diminuer l'impact de la pharmacothérapie sur les soins infirmiers.
- Soutenir les équipes de soins pour le suivi des résidents qui présentent des maladies chroniques.
- Etc.

J'ai de bonnes idées n'est-ce pas ? En fait, ce ne sont pas mes idées, mais plutôt celles dans l'excellent rapport produit par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. Vraiment, je suis impressionné par la qualité de ce rapport et la justesse de ses recommandations. Ces dernières sont précises et réalistes. Bravo ! Ce rapport très synthétique de six pages résume de façon impeccable les priorités ! À lire !

Pour télécharger l'énoncé : www.oiiq.org, Publications, Autres publications.

Éviter une hausse de prime après une réclamation auto, c'est possible!

Votre auto a disparu ou a été vandalisée? Votre jeune a fait un accident avec votre auto? Vous n'aviez pas vu ce nid de poule géant qui a brisé votre roue? Parmi toutes les préoccupations causées par de telles situations, il y a l'idée que votre prime d'assurance auto va gonfler au prochain renouvellement... sauf si vous avez opté pour une protection optionnelle qui pardonne vos réclamations auto! On vous explique!

Pourquoi l'assurance auto coûte-t-elle plus cher après une réclamation?

En cas de sinistre auto, vous devez, entre autres, communiquer avec votre assureur pour l'aviser des dommages subis ou causés, même si vous ne souhaitez pas réclamer. Malheureusement, les statistiques démontrent qu'à la suite d'une réclamation, les chances de subir un autre sinistre augmentent. C'est pourquoi les assureurs inscrivent tous les sinistres automobiles pour une période de 6 ans dans une base de données partagée : le Fichier central des sinistres automobiles (FCSA). Au moment de renouveler votre assurance auto ou d'assurer un nouveau véhicule, les assureurs se basent, entre autres, sur les sinistres inscrits dans votre dossier FCSA pour déterminer le risque que vous subissiez un nouvel accident. Plus vous avez de sinistres à votre dossier, plus ce risque est élevé et plus votre prime augmentera.

Mais il existe maintenant une manière pour les automobilistes québécois d'éviter cette hausse : la protection optionnelle « réclamations pardonnées ».

Comment fonctionne l'option « réclamations pardonnées »?

La protection réclamations pardonnées permet d'éviter les hausses causées par 1 ou même 2 réclamations auto, sur une période de 5 ans. Cela signifie que vos réclamations pardonnées seront inscrites à votre dossier FCSA, mais que votre assureur n'en tiendra pas compte dans le calcul de votre prime au prochain renouvellement! Votre prime pourrait tout de même augmenter légèrement pour d'autres raisons, comme une révision de tarification de la part de l'assureur ou l'inflation. Mais ces hausses potentielles sont mineures comparées à la hausse moyenne causée par une réclamation.

Plusieurs variantes de cette protection existent sur le marché; informez-vous bien pour vous assurer que vous choisissiez le meilleur rapport qualité-prix! En effet, certains assureurs ne pardonnent pas tous les types de réclamations ou imposent des conditions strictes. Par exemple, ils pourraient exiger que vous conserviez cette protection pendant 5 ans, ou encore l'accorder seulement pour les conducteurs ayant un minimum d'années d'expérience de conduite.

D'autres, comme La Capitale, offrent une version moins engageante, où les réclamations pardonnées le demeurent tant que vous restez client pour une assurance auto personnelle chez eux, même si vous décidez de retirer cette option.

Un petit investissement payant!

Une bonne protection « réclamations pardonnées » devrait vous revenir moins cher que la hausse de prime moyenne causée par une seule réclamation auto.

Vous croyez que ce type de protection n'est pas pour vous, puisque vous ne faites jamais d'accident ni de réclamation d'assurance? Dans les faits, personne n'est vraiment à l'abri d'un accident. Pour quelques dollars par mois, vous avez l'option de protéger non seulement votre bon dossier de conducteur, mais aussi votre tranquillité d'esprit et votre compte en banque!

Forfait pour les infirmiers et infirmières auxiliaires

Toutes nos excuses
aux mascottes



Économisez jusqu'à **1300 \$***
annuellement en adhérant
au forfait adapté aux infirmiers
et infirmières auxiliaires.



bnc.ca/infirmier

Réalisons vos idées

*Certaines conditions s'appliquent. Calculé sur une économie annuelle d'une valeur de 299 \$ sur les transactions au comptoir et électroniques incluses dans le forfait Virtuose^{MD}; un rabais annuel de 844 \$ calculé sur une réduction pouvant atteindre jusqu'à 6,25 % pour une marge de crédit personnelle moyenne de 13 500 \$ (taux pouvant varier selon le dossier de crédit); un rabais annuel de 375 \$ calculé sur une réduction pouvant atteindre jusqu'à 0,25 % pour une marge de crédit Tout-En-Un Banque Nationale^{MD} au volume moyen de 150 000 \$ dans le forfait Infirmiers et infirmières et infirmiers et infirmières auxiliaires. Vous devez être détenteur de la carte de crédit World MasterCard^{MD} pour être éligible au forfait Infirmiers et infirmières et infirmiers et infirmières auxiliaires. Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez, elle varie selon votre situation financière. ^{MD} Virtuose et Tout-En-Un Banque Nationale sont des marques déposées de la Banque Nationale du Canada. MasterCard est une marque déposée de MasterCard International inc., utilisée sous licence. © 2016 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.