

Initiation au français relié au travail de l'infirmière et de l'infirmier

Cahier de l'étudiant

Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles

Conception et élaboration

Laurence LAMARRE
Marie-Christine LALANDE
Jean TEMAM

Coordination

Rita GAMACHE

Direction

Martine BLACHE

Service de formation aux entreprises
Cégep du Vieux Montréal – 2008

« **Initiation au français relié au travail de l'infirmière et de l'infirmier** »

Module 4 - Cahier de l'étudiant

Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles

Conception et élaboration :

Laurence LAMARRE

Marie-Christine LALANDE

Jean TEMAM

Coordination :

Rita GAMACHE

Service de formation aux entreprises

Cégep du Vieux Montréal – 2008

ISBN : **978-2-550-51337-7**

Dépôt légal : 2008

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives nationales du Canada

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	v
PRINCIPE D'AUTOCORRECTION	ix
LEÇON 1.....	1
1.1. Lecture – <i>Apprivoiser le langage de l'éthique et de la déontologie, plus simple qu'il n'y paraît</i>	1
1.2. Mises en situation.....	4
1.3. Phonétique	5
1.4. Vocabulaire	8
1.5. Français parlé au Québec	9
LEÇON 2.....	23
2.1. Lecture – <i>Le Testament de vie et le Mandat en cas d'inaptitudes. Des moyens de faire connaître ses volontés de fin de vie</i>	23
2.2. Mises en situation.....	34
2.3. Phonétique	35
2.4. Vocabulaire	37
2.6. Français parlé au Québec	38
LEÇON 3.....	49
3.1. Lecture – <i>La pratique infirmière au quotidien</i>	49
3.2. Mises en situation.....	57
3.3. Phonétique	58
3.4. Vocabulaire	60
3.5. Français parlé au Québec	61

LEÇON 4.....	71
4.1. Lecture – <i>L’infirmière praticienne spécialisée</i>	71
4.2. Mises en situation	74
4.3. Phonétique	76
4.4. Vocabulaire	78
4.5. Français parlé au Québec.....	79
LEÇON 5.....	89
5.1. Lecture – <i>L’éthique des soins infirmiers</i>	89
5.2. Mises en situation	92
5.3. Vocabulaire	93
5.4. Français parlé au Québec.....	94
ANNEXES.....	103
Dictée 1	103
Dictée 2	104
Dictée 3	105
Dictée 4	106
BIBLIOGRAPHIE.....	107

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer nos plus sincères remerciements à toutes les personnes suivantes sans le concours desquelles cet ouvrage n'aurait pu voir le jour.

Élise ANDREOLI, enseignante en soins infirmiers au SFE du cégep du Vieux Montréal

Wendy CAMACHO, enseignante en soins infirmiers au SFE du cégep du Vieux Montréal

Denis DÉSILETS, enseignant en soins infirmiers au SFE du cégep du Vieux Montréal

Johanne HÉBERT, enseignante en soins infirmiers au cégep du Vieux Montréal

Marie-Claude JULIEN, monitrice en francisation et précieuse collaboratrice de dernière heure.

* * *

Un remerciement particulier à Michel USEREAU, professeur du MICC qui travaille à la Direction des politiques, des programmes et de la promotion de la francisation qui a conçu les exercices de la rubrique « Compréhension de l'oral : Français parlé au Québec ».

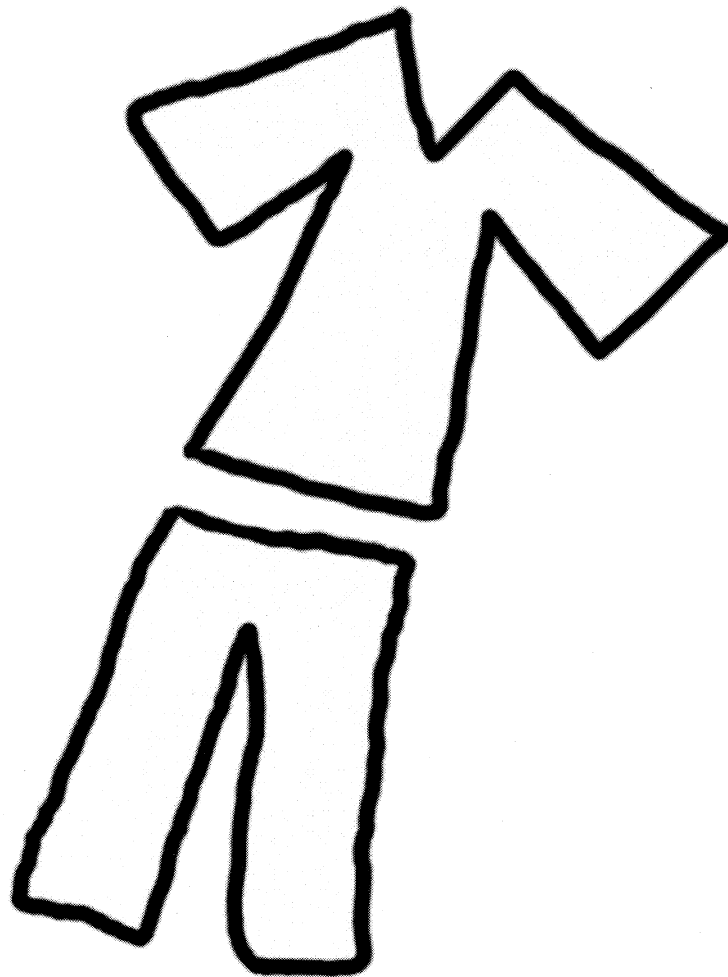
* * *

Révision linguistique et mise en page:
Hélène Gélinas

Conception de la couverture et infographie:
Geneviève Gélinas

Secrétariat:
Hassina Amer El-Khedoud
Laurence Champagne
Linda Lapointe

Module 4



PRINCIPE D'AUTOCORRECTION

Lors de toute composition ou production écrite corrigée par le professeur, l'étudiant au cours de français a le devoir de procéder lui-même à la correction de ses erreurs. Cet exercice est très formateur et permet un apprentissage beaucoup plus efficace qui se gardera en mémoire de façon significative.

L'erreur est notée par le professeur de français au moment de la correction des productions écrites. Le professeur indique qu'il y a une erreur et informe de la nature de celle-ci à l'aide d'un code de correction défini au préalable et expliqué en classe. Ce code peut varier selon les préférences des professeurs, en autant qu'il soit le même pour tout le groupe et qu'il réfère à des explications grammaticales. Par exemple, l'étudiant aura une note comme suit : **AcV** pour mentionner qu'un verbe est mal accordé avec le sujet, ou **AcPP** pour l'accord du participe passé.

Le fait de s'autocorriger en allant comprendre soi-même le type d'erreur qui a été faite favorisera l'autonomie tout au long du cours. Dans le cadre du cours *Initiation au français relié au travail de l'infirmière et de l'infirmier*, cette technique doit devenir un réflexe, car le simple fait de savoir qu'il y a des erreurs n'est pas suffisant et ne sert à rien. Il faut comprendre la nature de cette erreur et démontrer une volonté de la corriger.

Même si la grammaire et l'orthographe prennent une place importante, l'autocorrection peut aussi s'appliquer à la production orale. Si l'étudiant a l'occasion de s'enregistrer ou que le professeur ou des collègues lui font part d'erreurs de prononciation, de vocabulaire ou de structure de phrase, il aura à la fin de ce cours les outils nécessaires à l'autocorrection. Il faut que cette stratégie d'apprentissage devienne une habitude à prendre qui sera utile tout au long de la carrière du professionnel.

LEÇON

1

2

3

4

5

LEÇON 1

1.1. Lecture – *Apprivoiser le langage de l'éthique et de la déontologie, plus simple qu'il n'y paraît*¹



Quand doit-on parler de valeurs, d'éthique et de déontologie ? Nous vous proposons quelques définitions qui vous permettront de saisir les nuances de ces termes qui, étymologiquement, présentent de nombreuses similitudes.

Chaque personne a des valeurs personnelles qui la distinguent des autres. À ces valeurs personnelles s'ajoutent, pour l'infirmière, les valeurs liées à l'exercice de sa profession, par exemple le respect de l'autonomie et de la vie privée d'un patient. Ces valeurs guident les comportements de l'infirmière et sa manière d'interagir avec le patient.

L'éthique est la science qui considère l'agir humain sous l'angle du bien et du mal. Elle s'intéresse aux comportements qu'il est souhaitable d'avoir dans une situation donnée. L'éthique tente donc de répondre à la question « Qu'est-ce que je dois faire ? » et, normalement, c'est l'action « bonne » qui devrait être entreprise.

La déontologie, ou l'éthique professionnelle, se rapporte au « code de conduite » du professionnel. Pour l'infirmière, il s'agit de l'ensemble des règles qui régissent ses rapports avec les patients, le public et les autres professionnels. Le code de déontologie constitue un outil de référence énonçant les devoirs et les obligations qui orientent les comportements des infirmières.

Par ailleurs, il est important que chaque infirmière développe sa compétence éthique. C'est ici que son jugement et ses connaissances en éthique entrent en jeu. On entend par jugement la capacité d'appliquer les connaissances acquises à une situation particulière pour prendre une décision éclairée. Une compétence éthique « aiguisée » rend l'infirmière habile à faire face, entre autres, à des dilemmes éthiques courants dans sa vie professionnelle. Elle devra résoudre ces dilemmes, ou conflits de valeurs, en accordant la priorité à une valeur plutôt qu'à une autre. L'infirmière doit pouvoir justifier ses choix de façon rationnelle et sur le plan éthique.

L'une des prochaines chroniques portera sur les valeurs qui ont fait consensus au sein des groupes de consultation, dans le cadre de la révision du Code de déontologie des infirmières.

¹ «Apprivoiser le langage de l'éthique et de la déontologie, plus simple qu'il n'y paraît», Le Journal, janvier-février 1999, Vol 6, no 3. / <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/journal/vol6no3/ss04.htm>

Prendre soin des victimes d'agression sexuelle²

Il y a dix ans, lorsque les victimes d'agression sexuelle se présentaient à l'urgence du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), le personnel était souvent démuni devant leur détresse et leur souffrance. C'est alors que l'infirmière-chef du service, Suzanne Smith, déterminée à offrir des soins mieux adaptés à cette clientèle vulnérable, a décidé de former une équipe d'intervention composée d'infirmières et de médecins, avec pour mandat de prendre en charge les victimes dès leur arrivée à l'hôpital.

Pour réaliser ce projet, M^{me} Smith a pu compter sur la générosité d'infirmières sensibilisées à cette problématique, qui se sont engagées bénévolement à mettre en œuvre le programme nouvellement créé. En 1997, le CHUS et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie reconnaissaient la valeur des interventions de l'équipe en octroyant des primes de disponibilité aux infirmières.

En service 24 heures par jour, sept jours par semaine, l'équipe est aujourd'hui composée de dix femmes médecins et de huit infirmières. Depuis sa création, plus de 30 infirmières en ont été membres. Toutes ont reçu une formation sur les situations de crise et sur l'intervention médico-sociale auprès des victimes d'agression sexuelle.

Dès son arrivée à l'urgence, la victime est reçue par l'infirmière au triage, qui signale immédiatement le cas à une infirmière de l'équipe d'intervention. Celle-ci est au cœur du processus : elle accueille la victime, l'écoute et lui offre un soutien professionnel et chaleureux. Ce premier contact est déterminant pour le bien-être de la victime et les interventions futures. À la suite de l'évaluation psychologique et physique, l'infirmière spécialisée fait appel à une femme médecin pour poursuivre l'examen.

Puis, l'infirmière communique avec le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), organisme communautaire dont le mandat est d'accompagner les victimes et d'assurer leur suivi après le séjour à l'urgence. Les policiers, les CLSC et la Direction de la protection de la jeunesse sont aussi appelés à collaborer au programme de prise en charge des personnes agressées.

² <http://www.rgcalacs.qc.ca/interne/membres.html>

Le rôle de l'équipe d'intervention dépasse le seul cadre médical, comme l'explique Hélène Forget: « Étant donné que ces situations comportent un volet légal incontournable, les infirmières et les médecins doivent recueillir l'information pertinente et faire les prélèvements médico-légaux nécessaires. Lorsque vient le temps d'expliquer certaines procédures aux victimes les infirmières se soucient de respecter leur rythme et leur état psychologique. Au moment jugé opportun, elles leur transmettent toute l'information pertinente afin de les aider à prendre une décision éclairée pour la suite des événements, comme porter plainte aux autorités policières. »

La formation de l'équipe d'intervention a contribué de façon remarquable à l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts. Plus de 245 femmes et enfants ont bénéficié des services attentionnés de l'équipe du CHUS, dont quelque 140 au cours des trois dernières années. Selon le CALACS, les victimes se disent très satisfaites des soins et services reçus.

1.2. Mises en situation³

Mise en situation # 1

Josette est une personne de 50 ans hospitalisée pour des problèmes gynécologiques. Elle est souvent triste parce qu'elle a peu de visiteurs. Ses enfants habitent assez loin et elle a peu d'amis. Elle appelle souvent pour de petites choses et se plaint de multiples maux. Vous trouvez parfois qu'elle exagère.

1. Comment pouvez-vous exercer votre rôle de façon empathique malgré l'agacement que vous ressentez vis-à-vis cette cliente ?

2. Imaginons qu'elle vient de sonner et que vous vous rendez à son chevet. Comment allez-vous intervenir ?

³ Communication, entretien, relation d'aide et validation, p. 192.



1.3. Phonétique

Dans quel mot entendez-vous le son [j] ? Indiquez à l'aide d'un X s'il s'agit du premier, du deuxième ou du troisième mot.

Premier mot	Deuxième mot	Troisième mot
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Dans quelle syllabe entendez-vous le son [w] ? Indiquez à l'aide d'un X s'il s'agit de la première, de la deuxième ou de la troisième syllabe.

Première syllabe	Deuxième syllabe	Troisième syllabe	Quatrième syllabe
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Quels mots contiennent le [y] ?

Premier mot	Deuxième mot	Les deux mots
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Cet exercice doit être fait à la maison à l'aide du disque compact que vous avez dans la pochette de votre cahier.

LISTE 1		
Consonnes en opposition : [j] - [w] - [u]		
ail	toi	nuit
œil	voir	huit
vieillir	voilà	muet
sommeil	toilette	ennui
durillon	renvoi	aiguille
derrière	ambulatoire	juillet
paupière	nettoyer	cuisine
donniez	froid	éternuer
bière	prévoir	diminuer
famille	noix	huile

1.4. Vocabulaire



LEXIQUE	
Vocabulaire et expressions utilisées dans le français parlé au Québec	
abrier	(recouvrir) – ex : abrier un client avec un drap ou une couverture. (se couvrir) – ex : bien s’abrier pour sortir parce qu’il fait froid dehors.
accoté	(vivre en concubinage) – ex : J’me suis jamais marié, j’aime mieux être accoté. (appuyé) – ex : J’étais accoté sul’ mur quand i est tombé.
assir (s’)	(s’asseoir) – ex : Assis-toi, assisez-vous (ancien français)
astheure	(maintenant) – ex : Qu’est-cé qu’on va faire astheure ? (peut s’écrire à-c’t’heure, contraction de « à cette heure »).
amanché	(en opposition de ... avoir la capacité de... ou avoir une particularité physique) – ex : T’es ben mal amanché sans voiture. ex : T’es pas amanché pour te battre avec lui. ex : Qui c’est qui t’a amanché comme ça ?
ambitionner	(exagérer) – ex : Ça fait déjà 12 heures de temps supplémentaire que ch’fais, faudrait pas ambitionner!
baboune	(lèvre) – ex : Al a la baboune enflée. (bouder, faire la gueule) – ex : I fait la baboune depuis une semaine.
bad-lucké	(malchanceux) dérivé de l’expression anglaise <i>bad luck</i> – ex : Mon garçon est vraiment bad-lucké, i est tombé trois fois din’z escaliers.
barouette	(trimballer) – ex : Mon père est trop vieux, i supportera pas de s’faire barouetter partout dans l’hôpital.
betôt	(bientôt) (dans quelques instants) – ex : Es-tu prête ? On va partir betôt.
B.S.	(Bien-être social) (assistance sociale : expression péjorative) ex : C’est une famille de B.S. – J’veux pas être sul’ B.S.
breuvage	(boisson) (ancien français – dérivé de s’abreuver) ex : Prendriez-vous un breuvage avec votre dîner ?
Ça vaut pas d’la chnoute	(ça ne vaut rien) – ex : Mon père dit qu’lé repas à l’hôpital valent pas d’la chnoute !
coqueron	(logement ou espace très petit et malpropre) – ex : I vivait tout seul dans un coqueron.
coudon	(au fait, pendant que j’y pense) (déformation de « écoute donc » - ex : Coudon, où c’qui é passé l’Docteur Ledoux ?
couverte	(couverture) (ancien français) – ex : Avez-vous une couverture ? J’ai frette.
clairer	de l’anglais <i>clear</i> (achever, terminer) – ex : J’voudrais clairer mon ménage au plus vite. (congédié) – ex : J’ai été clairé de ma job. (acquitter) – ex : J’achèterai une maison quand j’aurai clairé toutes mes dettes d’études. (ramasser, nettoyer) – ex : C’est à ton tour de clairer la place.
virer d’bord	(retourner, changer de position physique ou d’opinion) – ex : Va virer ton client d’bord, i va faire des plaies d’lit.

1.5. Français parlé au Québec

ENCADRÉ 1

Les déterminants démonstratifs⁴

	Singulier		Pluriel
	Consomme	Voyelle	
Variations linguistiques	cte... -là	ct'...-là	ces ... -là
	c'... -là		
Français standard	ce (<i>masculin</i>)	cet (<i>masculin</i>)	ces
	cette (<i>féminin</i>)	cette (<i>féminin</i>)	

Français standard

Ce livre
 Cette femme
 Cet ami, cette amie
 Ces villes

Variations linguistiques

Cte livre-là / C'livre-là
 Cte femme-là / C'femme-là
 Ct'ami-là / Ct'amie-là
 Ces villes-là

Le masculin et le féminin des déterminants démonstratifs sont identiques dans le français parlé au Québec.

La particule « -là » accompagne toujours les démonstratifs en français parlé au Québec, sauf dans les expressions de temps. Par exemple :

cte nuit	ct'après-midi	ct'été	cte semaine
ct'avant-midi	ct'hiver	ct'automne	ct'année

Attention : certaines expressions de temps ont une forme particulière.

Français standard

ce matin
 ce soir
 ce mois-ci

Variations linguistiques

à matin
 à soir
 cte mois-ci / c'mois-ci

⁴ Pour plus de détails sur les démonstratifs : Jean-Marcel Léard, *Grammaire québécoise d'aujourd'hui*, Montréal, Guérin Universitaire, 1995, pp. 175-177.

ENCADRÉ 1

Les déterminants démonstratifs

(suite)

« Pi »

Le mot « et » est rarement utilisé au Québec. On utilise plutôt le mot « pi » (souvent écrit « pis », qui a la même signification.

Français standard

Alfred et Marc

Je mange et je bois

Variations linguistiques

Alfred pi Marc

J'mange pi j'bois

Pour les heures, les prix et dans certaines expressions, on utilise « et ».

Variations linguistiques

Il est trois heures et cinq

Ça coûte trois piasses et dix

Un film en noir et blanc

EXERCICE

Les déterminants démonstratifs et « Pi »

1. Comment dit-on les phrases suivantes en français standard?

1. On a utilisé cte formulaire-là à l'admission.

2. J'ai pris cte sorte-là.

3. J'ai vu c'gars-là.

4. J'ai vu c'gars-là à' réunion à matin, pi je l'ai revu à l'urgence à soir.

5. I coûte-tu cher cte médicament-là ?

6. À soir, j'en veux un de cte modèle-là, pi un de cte modèle-là.

7. On va-tu prendre ct'ascenseur-là ?

8. Mets cte savon-là sa'table.

9. I s'est réveillé trois fois cte nuit.

10. Y'a pas de place dans cte coffre-là.

11. Al écris-tu avec c'crayon-là ?

2. Comment dit-on les phrases suivantes en français parlé au Québec?

1. Je voudrais acheter cette revue.

2. Il a apprécié cette infirmière.

3. Cette patiente s'appelle Marie Dumais.

4. Vous passerez cet examen.

5. Vous écouterez cette recommandation.

6. Ce soir, utilisez cette crème.

7. Je connais cette fille.

8. Je prends cet escalier.

9. Donne-moi ce dossier.

10. Connaissez-vous ce médicament ?

CORRIGÉ

Les déterminants démonstratifs et « pi »

Question 1

Les particules « -ci » et « -là » pourraient apparaître dans les réponses, mais comme leur présence est facultative en français standard, elles n'ont pas été utilisées ici.

1. On a utilisé ce formulaire à l'admission.
2. J'ai pris cette sorte.
3. J'ai vu ce gars (cet homme) à la réunion ce matin, et je l'ai revu à l'urgence ce soir.
4. Cette fille s'appelle Renée.
5. Est-ce qu'il coûte cher, ce médicament?
6. Ce soir, j'en veux un de ce modèle(-ci), et un de ce modèle(-là).
7. Est-ce qu'on va prendre cet ascenseur?
8. Mets ce savon sur la table.
9. Il s'est réveillé trois fois cette nuit.
10. Il n'y a pas de place dans ce coffre.
11. Est-ce qu'elle écrit avec ce crayon?

Question 2

1. J'voudrais acheter cte revue-là / c'revue-là.
2. Y'a apprécié ct'infirmière-là.
3. Cte patiente-là a s'appelle Marie Dumais.
4. Vous allez passer (passerez) ct'examen-là demain.
5. Vous écouterez cte recommandation-là.
6. À soir, utilisez cte crème-là / c'crème-là.
7. Ch'connais cte fille-là / c'fille-là.
8. Ch'prends ct'oreiller-là.
9. Donne-moi cte dossier-là / c'dossier-là.
10. (Tu) connais-tu cte médicament-là / c'médicament-là?

Dialogue # 1

1. Quelle raison évoque Nina pour refuser de faire du temps supplémentaire ?

2. Pourquoi l'infirmière-chef a-t-elle besoin de tout le personnel ce soir là ?

3. Que devra faire l'infirmière-chef si elle ne trouve personne pour rester à la place de Nina ?

4. Quelles seraient les conséquences pour Nina si elle devait faire du temps supplémentaire ?

5. Quelles raisons ont donné France, Caroline et Fred pour refuser de faire du temps supplémentaire ?

6. Quelle expression utilise l'infirmière-chef pour dire à Nina que sa situation familiale ne la concerne pas ? (Réponse : C'est pas mon problème)

7. De quelle sanction l'infirmière-chef menace-t-elle Nina si elle persiste à refuser ?

8. Que redoute Nina si elle reste en temps supplémentaire ?

9. Quel compromis offre l'infirmière-chef à Nina ?

10. Que veut dire l'infirmière-chef par « Mélanie m'en doit une. » ?

11. Quelle expression utilise l'infirmière-chef pour signifier son impatience ?

12. Identifiez, dans le dialogue, des synonymes de :

- . Tirer quelqu'un d'embarras (Réponse : dépanner)
 - . Ça n'améliorera pas la situation (Réponse : On ne sera pas plus avancées)
 - . Être épuisé (Réponse : être à boutte)
 - . À la place de (Réponse : au lieu de)
-
-

13. Repérez, dans le dialogue, des occurrences de la prononciation *a* pour le pronom sujet elle. Notez quelques exemples.

14. Repérez, dans le dialogue, des utilisations du mot *pi* pour signifier et. Notez quelques exemples.

15. Récrivez la phrase suivante telle qu'on l'entend en français parlé au Québec :

Bon, je vais voir ce que je peux faire et je te reviens là-dessus.

16. Que pensez-vous de la situation dans laquelle se retrouve Nina ?

17. Selon vous, l'infirmière-chef a-t-elle adopté une bonne ou une mauvaise attitude envers l'infirmière ? Expliquez.

Leçon



LEÇON 2

2.1. Lecture – *Le Testament de vie et le Mandat en cas d'inaptitudes. Des moyens de faire connaître ses volontés de fin de vie*⁵



Dans l'exercice de votre profession, un client vous a-t-il déjà dit explicitement qu'il souhaitait que sa vie ne soit pas prolongée s'il se trouvait plongé dans un coma très profond ? Ou encore, un client vous a-t-il déjà remis un formulaire signé où étaient consignées ses volontés de fin de vie ? Comment tenir compte de telles volontés ? Quelle est la valeur des documents qui permettent à une personne d'exprimer ses volontés de fin de vie, tels le testament de vie et le mandat en cas d'inaptitude ?

Le **testament de vie** et le mandat en cas d'inaptitude sont deux documents dont disposent les personnes qui souhaitent manifester leurs volontés concernant la fin de leur vie, au cas où elles deviendraient inaptes à le faire. Pourtant, alors que la déclaration formelle des directives de fin de vie est de plus en plus courante dans plusieurs pays, son utilisation est encore peu connue au Québec, faute d'études exhaustives sur le sujet.

Puisque les professionnels des soins infirmiers peuvent avoir à jouer un rôle important en ce qui a trait à l'utilisation de ces documents et à l'application des directives qu'ils contiennent, ils doivent connaître leur nature, leur valeur et leur portée. Pour les familiariser avec ces documents, les auteurs de cet article résument l'histoire de chacun d'eux, donnent de l'information sur leur caractère légal, expliquent dans quelle mesure ceux-ci permettent de connaître la volonté d'un client relativement aux soins et traitements de fin de vie advenant le cas où il serait inapte à le faire, examinent l'incidence sur la pratique infirmière du recours à ces documents et en soulignent les limites.

Ils souhaitent ainsi susciter une réflexion sur les conditions cliniques souhaitées par certains clients pour la fin de leur vie.

De façon générale, les directives de fin de vie reposent sur la reconnaissance du droit à l'autonomie et à l'inviolabilité de la personne. L'autonomie est définie comme la capacité d'une personne de raisonner, de choisir et d'exercer sa liberté (Blondeau, 1986). Quant à l'inviolabilité, le Code civil du Québec précise que « toute personne est inviolable et a droit à son intégrité » (art. 10) et que « nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention » (art. 11).

⁵ CLOUTIER, F., inf. M.Sc., MOREAU, D., inf. M.Sc., TREMBLAY, N., inf. M.Sc., BOUCHARD, D., inf. B.Sc., *Le testament de vie et le mandat en cas d'inaptitude. Des moyens de faire connaître ses volontés de fin de vie*, Montréal, L'infirmière du Québec, septembre-octobre 1999, pp. 18-22.

Les articles 10 et 11 du Code civil du Québec consacrent le droit au consentement libre et éclairé par lequel une personne exprime ses choix et ses décisions. Le consentement signifie le droit d'accepter ou de refuser un soin ou un traitement (Blondeau, 1986 ; Fontaine, 1994).

Le consentement libre suppose qu'une personne fait un choix sans subir de pressions ou de contraintes, et le consentement éclairé implique qu'elle possède toute l'information pertinente pour prendre sa décision sur l'objet du consentement (Blondeau, 1986 ; Fontaine, 1994). Le consentement aux soins ne doit pas obligatoirement être donné par écrit. Il peut s'exprimer verbalement ou implicitement par la collaboration éclairée du client à ses soins (AIIC, 1986).

Le mandat en cas d'inaptitude et le testament de vie constituent deux moyens pour une personne d'exprimer ses volontés, à une différence près. Dans le testament de vie, la personne exprime ses volontés de fin de vie au sujet des soins et du traitement en prévision d'une incapacité à le faire. Dans le mandat, elle désigne un mandataire qui donnera un consentement substitué en prévision d'une telle incapacité et jugera de la situation clinique telle qu'elle se présente au moment où il prendra sa décision. Le mandat peut aussi fournir au mandataire une indication sur les volontés de fin de vie du client. La valeur du testament de vie a déjà été remise en question parce qu'il implique un consentement anticipé, sans désignation de répondant et portant sur une situation hypothétique ou inconnue à l'avance (Baudouin, 1988).

Le Testament de vie et le Mandat en cas d'inaptitude

Historique et caractère légal

Le Testament de vie

Aux États-Unis, on a commencé à utiliser le testament de vie au cours des années soixante-dix⁶, à la suite de l'affaire Quinlan (Gaylin et al., 1976). Dans un coma déclaré irréversible, Karen Ann Quinlan était maintenue en vie par ventilation assistée. Un premier tribunal a d'abord refusé à ses parents l'autorisation de débrancher l'appareil qui l'aidait à respirer ; un an plus tard, la Cour suprême du New Jersey la leur accordait. Par la suite, elle a vécu dans un état végétatif pendant une dizaine d'années grâce à une alimentation artificielle. Cet événement compte parmi ceux qui ont soulevé la problématique de l'acharnement thérapeutique et ont mené à l'élaboration de mécanismes susceptibles de le contrer, tel le testament de vie.

Légalement reconnu par l'État de Californie en 1976 par l'adoption du *Natural Death Act* (Keyserlingk, 1979), le testament de vie a suscité un grand intérêt et a rapidement été adopté dans plusieurs États américains, toujours dans le but de contrer l'acharnement thérapeutique et de protéger les médecins contre des poursuites judiciaires (Baudouin, 1988). Le testament de vie est aussi utilisé dans d'autres pays qui veulent enrayer l'acharnement thérapeutique. Au Canada, il n'est pas expressément reconnu par un texte de loi. Cependant, divers regroupements se sont donné pour mission d'en faire la promotion, notamment la société *Dying with Dignity*, mise sur pied en Ontario vers 1979, et La Fondation Responsable jusqu'à la fin, créée au Québec en 1986 (Bureau, 1994a) et dissoute depuis 1996.

Les discussions portant sur la valeur juridique du testament de vie soulèvent des arguments contradictoires. Selon un des auteurs favorables au testament de vie au Québec, ce document est légal puisqu'il s'inscrit dans la logique et la continuité du consentement libre et éclairé et qu'il implique que le client participe à la planification de ses soins (Bureau, 1994a). Par ailleurs, Jean-Louis Baudouin, actuellement juge à la Cour d'appel du Québec, précisait en 1988 que, puisque le testament de vie ne figure dans aucune loi, il n'a, par conséquent, aucune valeur juridique. Toujours selon Baudouin, il est possible que les directives incluses dans le testament de vie ne représentent pas toujours les véritables dernières volontés du client. En effet, dans la décision de traiter ou de ne pas traiter, le médecin doit, en conjonction avec la famille, prendre en considération un ensemble de facteurs dont le malade inconscient peut, lui-même, n'avoir même pas eu connaissance et qui auraient pu, s'il avait été conscient, complètement changer la décision » (Baudouin, 1988).

⁶ Référence : 1970

Le Mandat en cas d'inaptitude

Au Québec, le mandat en cas d'inaptitude est prévu au Code civil et est reconnu par la loi depuis 1990 (Chambre des notaires du Québec, 1997). En Nouvelle-Écosse, il est également reconnu par le législateur (Molloy et al, 1993). En Ontario, au Manitoba, en Alberta et à Terre-Neuve, des projets de loi visant à légaliser un outil permettant l'expression des volontés de fin de vie en cas d'inaptitude sont à l'étude à l'heure actuelle (Molloy et al, 1993).

Ce document permet à toute personne majeure et saine d'esprit de nommer un mandataire qui verra à la protection de sa personne et/ou à l'administration de ses biens dans l'éventualité où elle deviendrait inapte à le faire (Code civil du Québec, art. 2131), par exemple si la maladie ou un accident la privait de ses facultés de façon temporaire ou permanente. Le mandat peut inclure les volontés de son auteur en matière de consentement aux soins.

Avant que son application soit autorisée, ce document est soumis à l'homologation par le tribunal, une procédure qui certifie l'inaptitude du mandant et reconnaît la force exécutoire du mandat (*Code civil du Québec, art. 2166*).

DESCRIPTIF ET COMPARATIF

- Le testament de vie et le mandat en cas d'inaptitude servent tous deux à exprimer des volontés en fin de vie.
- Par contre, le mandat se distingue du testament de vie par sa reconnaissance légale et la désignation d'un mandataire.

Testament de vie	Mandat en cas d'inaptitude
<p>Document écrit, daté et signé devant témoin ou pouvant adopter d'autres formes d'expression, telle une cassette vidéo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non reconnu dans un texte de loi. 	<p>Document écrit, daté et signé devant deux témoins ou parfois devant un notaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Homologué par le Tribunal. - Reconnu dans un texte de loi.
<p>La personne exprime ses volontés de fin de vie au sujet des soins et traitements en prévision d'une inaptitude à pouvoir le faire. – Concerne quiconque donne un consentement substitué.</p>	<p>La personne désigne un mandataire qui décidera, au moment de l'inaptitude, des soins et traitements tout en considérant les volontés du client (mandant).</p>
<p>Les volontés de fin de vie incluent généralement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un refus de traitement prolongeant artificiellement la vie; - Une demande de soins palliatifs. 	<p>Outre le fait de désigner un mandataire, la personne peut exprimer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ses volontés de fin de vie; - Des directives concernant : <ul style="list-style-type: none"> . la protection de sa personne et/ou . l'administration de ses biens en cas d'inaptitude.
<p>Son utilité repose sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le désir de contrer l'acharnement thérapeutique; - Le désir d'inciter l'équipe soignante au respect du droit de la personne à décider pour elle-même. 	<p>Son utilité repose sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le désir de contrer l'acharnement thérapeutique; - La désignation d'un mandataire qui peut, en cas de doute sur l'adéquation des directives à la volonté réelle du client, tenir compte de son meilleur intérêt.

L'incidence des directives de fin de vie sur la pratique infirmière

DE NOMBREUSES RÈGLES DÉONTOLOGIQUES de la profession d'infirmière sont fondées sur le respect de l'autonomie du client. À cet égard, le Code de déontologie des infirmières et infirmiers stipule que « le professionnel en soins infirmiers doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son client. À cette fin, il doit notamment (...) respecter l'échelle de valeurs et les convictions personnelles de son client » (art. 3.01.04). De plus, l'infirmière est tenue de respecter le droit du client de consentir, de façon libre et éclairée, aux soins et aux traitements qu'elle lui prodigue et, à cette fin, son droit de recevoir tous les renseignements dont il a besoin. Si l'infirmière constate que ce droit ne peut être exercé ou qu'il est menacé, elle doit, à l'égard des activités professionnelles qui relèvent de ses interventions, prendre les mesures nécessaires pour y remédier (AIIC, 1986). Par ailleurs, si l'infirmière qui exerce sa profession dans un contexte multidisciplinaire sait que le client a fait un testament de vie ou signé un mandat en cas d'inaptitude, elle se trouve dans une situation privilégiée pour porter ces documents à la connaissance des membres de l'équipe soignante et, le cas échéant, des proches du client susceptibles de donner un consentement substitué. Selon les résultats d'une recherche menée au Québec, dans le cas d'un testament de vie, « 69 % des infirmières ont l'intention de respecter les volontés exprimées par la personne malade, tandis que 31 % d'entre elles n'en ont pas l'intention » (Lavoie, 1995).

À titre de professionnelle de la santé, une infirmière doit savoir quelles démarches entreprendre si un client a signé un document dans lequel il précise ses directives de fin de vie.

Mais de quelle façon les directives de fin de vie concernent-elles la pratique des infirmières ? À titre de professionnelle de la santé, une infirmière doit savoir quelles démarches entreprendre si un client a signé un document dans lequel il précise ses directives de fin de vie. Dans la mesure du possible, la première étape consiste à vérifier – auprès du client lui-même lorsqu'il est conscient ou auprès des membres de sa famille, de ses proches ou du mandataire lorsqu'il ne l'est pas – si l'information contenue dans ce document représente toujours la volonté du client et si cette dernière a été exprimée en toute connaissance de cause.

L'application des directives de fin de vie doit être réalisée de concert avec la personne désignée par la loi pour donner un consentement substitué (tuteur, curateur, famille, proches) et conformément aux volontés exprimées par la personne inapte. En effet, au Québec, en l'absence d'un mandataire désigné, la loi reconnaît d'abord au tuteur, au curateur ou au conjoint le droit de décider des soins et traitements à être prodigués à une personne lorsqu'elle est inapte à y consentir (Code civil du Québec, art. 15). À défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, un proche parent ou toute autre personne lui démontrant un intérêt particulier pourra jouer ce rôle.

Il appert que ces personnes éprouvent souvent des sentiments d'ambivalence ou de culpabilité devant ce type de décision à prendre (Blondeau, 1989). L'expression des volontés de fin de vie d'une personne, dans un testament de vie ou un mandat en cas d'inaptitude, pourrait-elle alors alléger le fardeau de celles qui auront à prendre une décision en son nom ? La décision d'interrompre un traitement nécessaire au maintien de la vie, par exemple, serait-elle moins lourde à porter pour une famille si ce choix avait été préalablement inclus dans des directives de fin de vie ?

Selon les résultats de certaines recherches, l'utilisation des directives de fin de vie pourrait dépendre de considérations autres que l'exercice de l'autonomie, parmi lesquelles figure la réduction des coûts afférents à l'acharnement thérapeutique. En effet, les séjours en milieu hospitalier sont deux fois plus longs pour les clients qui n'ont pas exprimé de volontés de fin de vie que pour ceux qui l'ont fait, et les coûts sont plus de trois fois supérieurs (Fontaine, 1994). Dans le contexte actuel de restrictions budgétaires et d'accroissement du nombre de personnes âgées, ne risque-t-on pas de se servir des directives de fin de vie pour réaliser des économies ? De ce fait, le testament de vie et le mandat en cas d'inaptitude seraient détournés de leur finalité, en l'occurrence l'expression de l'autonomie de la personne. Il paraît donc utile et opportun de se demander si ces documents représentent des moyens d'expression de l'autonomie ou un élément de contrôle économique.

Les limites du Testament de vie et du Mandat en cas d'incapacité

Selon la documentation actuelle, le testament de vie et le mandat en cas d'incapacité comportent des faiblesses respectives en tant qu'outils d'expression des volontés de fin de vie.

De par le caractère souvent vague de sa formulation (Blondeau, 1989), le testament de vie peut laisser place à l'interprétation et soulever des ambiguïtés. En outre, comme il n'est pas reconnu légalement, car il ne figure pas dans un texte de loi, les personnes qui auraient à l'appliquer pourraient en minimiser l'importance. Le laps de temps écoulé entre la signature du testament et sa mise en application, ainsi que le fait que la volonté a été exprimée sans que la personne connaisse la situation clinique dans laquelle il s'applique pourraient également rendre sa validité contestable. Un autre point faible du testament de vie a trait à la non-désignation d'un répondant des volontés que le client aurait exprimées au moment de l'intervention; s'ajoute aussi l'incertitude quant au respect de cette volonté du client (CPMQ, 1988). En effet, des expériences vécues par le client entre le moment où il a signé le testament de vie et celui où il est devenu incapable pourraient l'amener à modifier ses volontés de fin de vie.

En ce qui a trait au mandat en cas d'incapacité, les frais inhérents à la procédure prévue, soit la démarche d'homologation, constituent une contrainte à son utilisation. En outre, les délais d'application de la procédure judiciaire peuvent représenter une période d'attente difficile à supporter pour les proches (Le Curateur public du Québec, 1993). Enfin, la décision du mandataire peut être influencée par des facteurs circonstanciels, tels l'émotivité liée à la perte d'un être cher, la recherche d'intérêts personnels, etc. En dépit de l'apparente utilité du testament de vie et du mandat en cas d'incapacité, diverses raisons peuvent donc en freiner l'utilisation.

Une fin ou un moyen ?

EN RAISON de son caractère légal et parce qu'il implique la désignation d'un mandataire, le mandat en cas d'inaptitude semble plus adéquat que le testament de vie. C'est d'ailleurs ce que confirme une étude effectuée au Québec par Blondeau, Valoi, Keyserlingk et Hébert (1998).

Cependant, contrairement au testament de vie, le mandat n'est pas accessible partout au Canada. En effet, certaines provinces ne le reconnaissent pas légalement. S'en remettre uniquement au mandat, est-ce ainsi privilégier le recours à la loi pour s'assurer de l'application des volontés de fin de vie d'une personne en cas d'inaptitude ? Jusqu'à quel point doit-on favoriser la « judiciarisation » de la mort (Blondeau, 1989) ? Quoi qu'il en soit, la décision d'utiliser l'un ou l'autre document permet à la personne de réfléchir aux conditions souhaitées entourant les derniers moments de sa vie et peut l'amener à échanger sur le sujet avec ses proches ou les membres de l'équipe soignante (Fontaine 1994). Ces discussions peuvent faciliter le passage à la dernière étape de sa vie et faire en sorte qu'elle soit vécue le plus sereinement possible, dans la dignité et en sachant que ses volontés seront respectées.

BIBLIOGRAPHIE

- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. « Code de déontologie national », dans BLONDEAU, D. (ss. Dir. De) *De l'éthique à la bioéthique : repères en soins infirmiers*, Chicoutimi, Gaëtan Morin, 1986, pp. 34-363.
- BAUDOIN, J. L. « Le « testament de vie » - Droit et éthique », *Artère*, vol. 6, n° 4, mai 1988, pp. 1-2
- BLONDEAU, D. (ss. dir. de). *De l'éthique à la bioéthique : repères en soins infirmiers*, Chicoutimi, Gaëtan Morin, 1986.
- « Le testament de vie : oui, mais... » *Nursing Québec*, vol.9, n° 5, sept./oct. 1989, pp. 23-26.
- BLONDEAU, D., P. VALOIS, E. W. KEYSERLINGK et M. HÉBERT. « Comparison of Patients' and Health-Care Professionals' Attitudes Toward Advance Directives », *Journal of Medical Ethics*, vol. 24, n° 5, oct. 1998, pp. 328-335.
- BUREAU, Y. *Les volontés écrites de fin de vie, Congrès de la Chambre des notaires du Québec*, Québec, 1994a.
- Ma mort, ma dignité, mes volontés*, Québec, Éditions du Papillon, 1994b.
- CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « "Testament de vie" ou "Testament biologique" » (position de la CPMQ), *Bulletin*, vol. 28, n° 4, nov. 1988, pp. 8-9.
- ÉDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC. *Code Civil du Québec*, L. Q. articles 10, 11, 15, 2131, 2166, 1994.
- FONTAINE, N. *Les volontés de fin de vie sont-elles des gages d'un vieillissement réussi ?* (conférence présentée au V^e Congrès international de gérontologie francophone), Strasbourg, 1994.
- GAYLIN, W., C. LYONS, H. L. SMITH, R. L. SHINN et R. M. VEATCH. « Who Should Decide ? – The Case o Karen Quinlan », *Christianity and Crisis*, vol. 36, n° 22, janvier 1976, pp. 322-331.
- KEATINGS, M. et O. B. SMITH. « University of Toronto Center for Bioethics Living Will », *Ethical and Legal Issues in Canadian Nursing Toronto*, Sauders, 1995, pp. 250-259.

KEYSERLINGK, E. W. Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie du point de vue de l'éthique, de la médecine et du droit (document d'étude), Ottawa, Commission de réforme de droit du Canada, 1979.

LAVOIE, M. *L'infirmière* (mémoire de maîtrise), Québec, Université Laval, 1995.

LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC. *Mon mandat en cas d'inaptitude*, Québec, Les Publications du Québec, 1993.

MOLLOY, D. W., C. HARRISON, M. C. FARRUGIA et A. CUNJE. « The Canadian Experience with Advance Treatment Directives », *Humane Medicine*, vol. 9, n° 1, 1993, pp. 70-77.

2.2. Mises en situation⁷

Mise en situation # 1

Marcelle est une jeune infirmière inexpérimentée qui prend soin de Monsieur L., un homme autoritaire qui n'accepte pas facilement le traitement qu'elle doit lui faire. Il présente un visage fermé et sa voix est agressive.

1. Identifiez toutes les émotions que peut ressentir Marcelle.

Mise en situation # 2

Gilbert, un infirmier de votre connaissance, doit prendre soin de Martine, une jeune maman de trois enfants qui se meurt d'un cancer.

1. Identifiez toutes les émotions que peut ressentir Gilbert.

Mise en situation # 3

Vous devez prendre soin d'une personne malade alcoolique, physiquement très affaiblie et psychologiquement perturbée. Sa tenue et son langage laissent à désirer. Vous apprenez que cette personne a aussi commis toutes sortes de méfaits.

1. Quelles émotions ressentez-vous?

⁷ Communication, entretien, relation d'aide et validation, p. 159.



2.3. Phonétique

Indiquez à l'aide d'un X si les trois mots que vous entendez sont pareils, s'ils sont tous les trois différents ou si un mot est différent des deux autres.

Les trois mots sont pareils	Les trois mots sont différents	Un mot est différent des deux autres
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Dans quelle syllabe entendez-vous le son [p] ? Dans la première syllabe, la deuxième ou la troisième syllabe ?

Première syllabe	Deuxième syllabe	Troisième syllabe
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Cet exercice doit être fait à la maison à l'aide du disque compact que vous avez dans la pochette de votre cahier.

LISTE 2	
Consonnes en opposition : [p] vs [b]	
[p]	[b]
pouls	bout
pus	but
pile	bile
appel	belle
poids	bois
plainte	bilan
proche	broche
plaie	blême
pustule	brûlure
papule	globule
position	badigeon
poumon	boiter
primipare	biliaire
porte	bord
dyspnée	bassine
opter	observer
périnée	balance
empirer	ambulance
appliquer	habiter
père	bébé

2.4. Vocabulaire



TABLEAU 1

Les séries éliminatoires
Intégration du lexique dans les phrases

A	
amoché	(abîmé) blessé par des coups
arrête de brailler (de chialer)	arrête de te plaindre, de pleurer
avoir la courante	(le va-vite) la diarrhée
avoir le tournis	des vertiges
avoir mal au cœur	la nausée
avoir un lift (donner)	un transport, covoiturage
B	
barrer la porte	verrouiller
une bédaine (de bière)	un gros ventre
un bleu	une ecchymose
une bibitte (s) (bébitte)	insecte ou (des bibittes) au sens figuré : avoir des problèmes socio affectifs
bobettes	sous-vêtements
brisé	cassé, fracturé
C	
capote pas !	ne t'énerve pas !
ça a pas de bons sens (prononcer san)	ça n'a aucun sens (aucune logique)
ça va brasser	il va y avoir de l'action
c'est beau/c'est correc(t)	tout est O.K.
c'est cioute	c'est mignon (emprunté de l'anglais : cute)
c'est une joke	une blague, une histoire drôle (emprunté de l'anglais)
c'est pas pire	ce n'est pas mal
c'est quétaine	c'est d'un goût douteux
c'est toute	c'est tout (les Québécois prononcent souvent les finales en t – litt, nuitt)
chum	petit ami, copain, amoureux (féminin : blonde)
un char	une voiture, une vieille voiture (une minoune)
c't'écoeurant	c'est très excitant ou très bon (utilisé chez les adolescents)

2.6. Français parlé au Québec

Ce tableau présente les prépositions « à, de, sur, dans » contractées avec « le, la, les ». Les formes différentes du français standard apparaissent en gras.

ENCADRÉ 2				
Les prépositions contractées⁸				
Préposition	Singulier			Pluriel
	Masculin	Féminin	Voyelle	
À	au	à'	à l'	aux
DE	du	de la	de l'	des
SUR	sul	sa'	sul'	sé'
DANS	dans l'	dan'	dans l'	din'

' = L'apostrophe après une voyelle indique que la voyelle est longue.

Voici quelques exemples de phrases utilisant des prépositions contractées :

<p><u>Français standard</u></p> <p>Je parle à la pharmacienne. Les tasses sont sur le comptoir. Les tasses sont sur la table. Les tasses sont sur les tables. Les tasses sont dans la boîte.</p>	<p><u>Variations linguistiques</u></p> <p>Ch'parle à pharmacienne. Les tasses sont sul comptoir. Les tasses sont sa' table. Les tasses sont sé' tables. Les tasses sont dan' boîte.</p>
--	---

Lorsque « sé » et « din » sont suivis d'une voyelle, la consonne de liaison est « z ».

Par exemple :

<p><u>Français standard</u></p> <p>Les tasses sont sur les étagères. Les tasses sont dans les armoires.</p>	<p><u>Variations linguistiques</u></p> <p>Les tasses sont sé'z' étagères. Les tasses sont din'z armoires.</p>
---	---

Quelques prépositions et adverbes de localisation

Voici quelques formes généralement utilisées en français parlé au Québec.

<p><u>Français standard</u></p> <p>Il est sous la table. Il est devant le magasin. Il est derrière la maison. Je suis assis par terre.</p>	<p><u>Variations linguistiques</u></p> <p>Y'est en dessous de la table. Y'est en avant du magasin. Y'est en arrière de la maison. Ch-t-assis à terre.</p>
--	---

⁸ Pour plus de détails sur les prépositions contractées : Jean-Marcel Léard, *Grammaire québécoise d'aujourd'hui*, Montréal, Guérin Universitaire, 1995, pp. 173-175.

EXERCICE ORAL

Les prépositions contractées

1. Comment dit-on les phrases suivantes en français standard?

1. A met sa tasse sa' table.

2. Ch'serre mes affaires din' valises.

3. I va retourner à' maison.

4. Tu peux-tu donner ça à' secrétaire ?

5. Je mets-tu ça dan' boîte, sa' chaise ou din' casiers ?

6. Le rince-bouche y'est sul comptoir.

7. Mets tes médicaments dan' pharmacie.

8. A parle à' directrice.


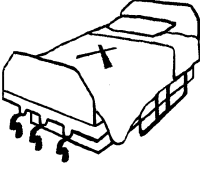
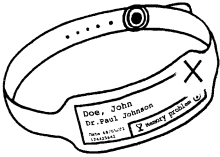
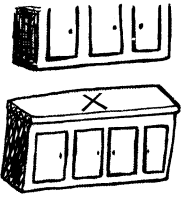
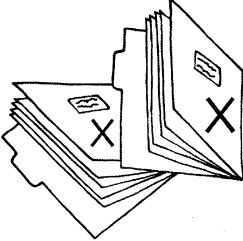
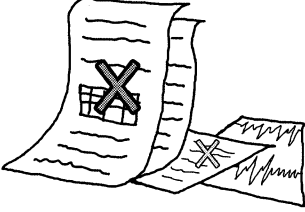


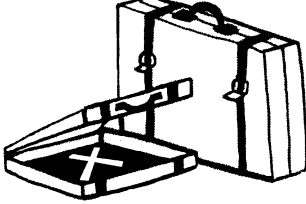

9. Mettez pas vos pieds sé' chaises!

10. J'ai reçu un coup de pied sa' jambe.

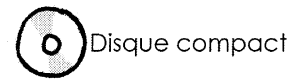
11. Ch'tais sa' rue Saint-Denis avec eux-autres quand c't'arrivé.

12. Tu t'en vas à pharmacie.

2. Dites où sont les « X » dans les images suivantes.

 <p>_____</p>	 <p>_____</p>
 <p>_____</p>	 <p>_____</p>
 <p>_____</p>	 <p>_____</p>
 <p>_____</p>	 <p>_____</p>
 <p>_____</p>	 <p>_____</p>

QUESTIONS D'EXPLOITATION DU DIALOGUE



Dialogue # 2

1. Quelle raison amène Madame Lapointe à l'hôpital?

2. Quelles consignes l'infirmière donne-t-elle à Madame Lapointe?

3. Pourquoi l'infirmière demande-t-elle à Madame Lapointe si elle a un élastique?

4. Quelle intervention fera l'infirmière au bout de quinze minutes et dans quelles circonstances?

5. Docteur Cloutier est un homme ou une femme?

6. Pourquoi Madame Lapointe s'excuse-t-elle après le numéro 1?

7. Quels numéros l'infirmière donne-t-elle à ses solutions témoin?

8. Que doit aller chercher l'infirmière pour compléter son intervention?

9. La fille aînée de l'infirmière étudie en littérature. Vrai ou faux?

10. Madame Lapointe écrit des ouvrages scolaires. Vrai ou faux?

11. Que ressent Madame Lapointe dans le milieu du dos?

12. Repérez, dans le dialogue, une autre façon de demander : Quelle est votre occupation?

13. Identifiez, dans le dialogue, des synonymes de :

- a) Tout est bien. (Réponse : c'est ben beau)
- b) Ça n'a pas d'importance. (Réponse : c'est pas grave)
- c) Avoir les cheveux qui tombent librement (Réponse : lousse)
- d) C'est intéressant. (Réponse : l'fun)

14. Repérez, dans le dialogue, des utilisations du mot *pi* pour signifier et. Notez quelques exemples.

15. Repérez, dans le dialogue, des usages de la « question en tu ». Notez quelques exemples.

Leçon

1

2

3

4

5

LEÇON 3

3.1. Lecture – *La pratique infirmière au quotidien*⁹



Respecter les volontés de fin de vie; oui, mais comment ?

Toute personne a le droit de consentir de façon libre et éclairée aux soins et aux traitements que requiert son état de santé. Au-delà des questions d'ordre éthique, juridique et médical que soulève cette affirmation, l'infirmière qui exerce auprès de la clientèle âgée se demande quotidiennement : comment aider une personne âgée à demeurer maîtresse de sa vie et de ses choix jusqu'à la fin ?

La clarification et la validation des volontés de fin de vie, intégrées dans l'approche globale de soins de fin de vie, constituent une démarche très utile pour aider la personne âgée à faire connaître et à faire respecter ses choix et pour éviter qu'elle vive une situation qui s'apparente à l'abandon, à l'acharnement thérapeutique ou à l'euthanasie. En effet, cette démarche lui permet d'évaluer sa perception de sa qualité de vie et les conséquences possibles de ses décisions ou de celles que prend son mandataire en cas d'incapacité.

Une démarche facilitée par un document fort utile

L'élaboration d'un formulaire maison facilite la réalisation d'une telle démarche. Ce document, qui tient lieu de testament de vie, permet au client d'exprimer ses véritables dernières volontés. Une fois complété, il indique à quelle étape se trouvent la personne âgée et ses proches dans le processus de fin de vie. Il peut aussi être révoqué en tout temps, car la situation peut être réévaluée différemment selon son évolution ou en fonction d'autres décisions cliniques souhaitées. Il est donc important que les volontés de fin de vie de la personne âgée soient validées régulièrement et le formulaire mis à jour, s'il y a lieu. Les décisions doivent être prises par la personne âgée et sa famille et validées avec la collaboration de l'équipe interdisciplinaire. Le choix des participants à cette rencontre se fait selon les désirs de la personne âgée. Cette façon de procéder et le formulaire s'avèrent aussi très utiles lorsque la personne ne peut plus s'exprimer ou devient inconsciente.

⁹ BELLEAU, D., inf. M.Sc., PARÉ, R., MD., *Respecter les volontés de fin de vie; oui, mais comment ?*, Montréal, L'infirmière du Q, Québec, mai-juin 2001, pp. 43-44.

Démarche de clarification et de validation des volontés de fin de vie de la personne âgée¹⁰

Principes

- Dans le cas d'une personne lucide, son choix libre et éclairé doit être respecté, si validé ;
- Dans le cas d'une personne non lucide, la décision libre et éclairée appartient à son mandataire significatif ou légal, si validée ;
- En tout temps, la personne âgée se réserve le droit de modifier de façon éclairée ses volontés de fin de vie.

But

- Connaître et faire respecter les volontés de fin de vie de la personne âgée.

Objectif

- Permettre aux intervenants d'adopter une démarche uniforme dans l'identification des volontés de fin de vie.

Étapes de la démarche

- Définir les volontés de la personne et tenir compte de l'âge, des diagnostics médicaux, de l'évolution clinique jusqu'à ce jour, de l'état cognitif et de la situation telle que vécue par la personne ; parler avec son mandataire si la personne n'est pas lucide ;
- Consigner les informations obtenues au dossier et au formulaire ;

¹⁰ Source : Programme Soins adaptés en fin de vie (SAFV) / www.santepub-mtl.qc.ca

- Informer la famille de la démarche existante ;
- Valider les volontés de la personne en présence de l'infirmière et du médecin ;
- S'assurer que la famille connaît les volontés de leur proche ;
- Organiser une rencontre multidisciplinaire (personne âgée, famille mandataire, soignant(e)s, médecin) ;
 - Discuter des interventions recommandées par les professionnels concernés (déjà inscrites au dossier ou sur un formulaire) :
 - Valider des interventions privilégiées par la personne âgée ou son mandataire (ex. : tests, chirurgie, réanimation, transfert, soins de confort, etc.) ; le médecin les inscrit sur le formulaire et les prescrit au besoin au dossier ;
 - Faire signer le formulaire ;
- Réviser les volontés de fin de vie de la personne âgée annuellement ou au besoin ;
- Placer le formulaire à l'avant du dossier et en acheminer une copie avec les autres documents, s'il y a un transfert à l'hôpital ou vers un autre centre, afin de permettre une consultation rapide et favoriser le respect des volontés de fin de vie de la personne âgée.

Éléments essentiels du formulaire

- Date et heure de la rencontre
- Client concerné
- Nom et prénom des personnes présentes et lien de parenté avec le client
- Description des faits et de la situation

- Intervention(s) suggérée(s)
- Conclusion et recommandations du médecin
- Signature du client, du médecin et des personnes présentes
- Date(s) de la révision annuelle (ou selon les besoins) et nom du médecin

Pour éviter tout clivage ou malentendu, il importe que la démarche de clarification et de validation des volontés de fin de vie et le formulaire soient bien compris et non banalisés tant par la personne âgée et ses proches que par les membres du personnel. L'utilisation judicieuse et professionnelle du formulaire et le respect des volontés de fin de vie impliquent, entre autres :

- de suivre scrupuleusement les étapes de la démarche établie ;
- d'accepter et de respecter le rythme de la personne âgée, de sa famille et du personnel tout au long de la démarche ;
- de centrer la dynamique des interventions sur les volontés exprimées par la personne âgée ou par son mandataire ;
- de donner un enseignement adéquat au personnel.

Rôle de l'infirmière

Que le milieu de soins soit multidisciplinaire ou non, l'infirmière joue un rôle pivot dans la mise en place de la démarche de clarification et de validation des volontés de fin de vie de la personne âgée. Par conséquent, elle doit :

- être attentive à l'expression (verbale ou non verbale) des volontés de fin de vie de la personne âgée ou aux propos rapportés par ses proches ou le personnel ;
- amorcer la démarche de clarification et de validation des volontés de fin de vie au moment opportun ;

- soutenir la personne âgée et ses proches et guider le personnel au cours de l'expression et de la réalisation des volontés de fin de vie ;
- favoriser une communication centrée sur les besoins de la personne âgée en fin de vie, au sein de l'équipe soignante et avec les membres des autres services.

BIBLIOGRAPHIE

- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE. Avis de la Fédération québécoise des centres d'hébergement et de soins de longue durée à l'intention du Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté, FQCHSLD, 1994.
- BELLEAU, D. et R. PARÉ. Soins adaptés en fin de vie, dans site Internet de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre : www.santepub-mtl.qc.ca/Aines/soins, 1999.
- BELLEAU, D. et M. DELISLE, « Dignité, euthanasie et santé mentale », dans Vieillir en santé mentale : Actes du colloque du 9 mai 1996, Association canadienne de santé mentale, filiale de Montréal, 1996.
- CLOUTIER, F., D. MOREAU, N. TREMBLAY et D. BOUCHARD. « Le testament de vie et le mandat en cas d'inaptitude. Des moyens de faire connaître ses volontés de fin de vie », *L'infirmière du Québec*, vol. 7, n° 1, sept./oct. 1999, pp. 18-22.
- FERRIS, F. D. et al. Module 4 – Soins palliatifs, Mount Sinai Hospital/Casey House Hospice, 1995/1996.
- FERRIS, F. D. et I. CUMMINGS. Les soins palliatifs : vers un consensus pour une normalisation de la pratique, Association canadienne des soins palliatifs, 1995.
- TENO, J. M. « Advance Directives for Nursing Home Residents » *Journal of the American Medical Association*, 15 mars 2000, vol. 283, n° 11, pp. 1481-1482.

Collaboratrices

Denise BELLEAU, infirmière, ex-coordonnatrice et ex-responsable du programme de soins adaptés du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun. Membre actif du conseil d'administration du Regroupement en soins palliatifs secteur sud-ouest de Montréal.

Renée PARÉ, médecin conseil, Direction de la santé publique (DSP) de Montréal-Centre, consultante en soins adaptés, contrôle de la douleur et des symptômes au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun

QUESTIONS D'EXPLOITATION DU TEXTE

La pratique infirmière au quotidien

Répondez aux questions suivantes à partir du texte.

1. Comment aider une personne âgée à demeurer maîtresse de ses choix ?

2. Quelles personnes sont impliquées dans la démarche de clarification et de validation des volontés de fin de vie d'une personne âgée ?

3. Expliquez ce que signifie l'expression « l'infirmière joue un rôle pivot ».

Répondez à la question suivante à partir de vos expériences et réflexions personnelles.

1. Si vous aviez à discuter avec une personne âgée, de quelle façon l'aideriez-vous à rendre plus claires ses volontés de fin de vie ?

Exemples de questions à me poser pour arriver à savoir ce que seraient mes volontés de fin de vie :

- Dans quelles circonstances j'accepterais une réanimation cardiaque ?

- Dans quelles circonstances je voudrais être branché sur un respirateur artificiel ?

- Si j'étais atteint d'un grave coma qui ne guérira jamais, est-ce que je souhaiterais qu'on continue à me nourrir artificiellement ?

- Si j'étais atteint d'une grave maladie, incapable de communiquer, immobilisé dans un lit 24 heures sur 24, est-ce que j'aimerais recevoir tous les soins qui peuvent prolonger ma vie ou est-ce que je me contenterais seulement des soins de confort ?

3.2. Mises en situation¹¹

Mise en situation # 1

Madame Petiot est âgée de 40 ans et souffre de sclérose en plaques. Elle ne peut plus marcher. En ce moment, elle est complètement découragée.

1. Comment allez-vous vous y prendre pour l'encourager à parler ?

Mise en situation # 2

Vous entrez dans la chambre de Monsieur Benoît. Il est âgé de 30 ans et on vient de découvrir qu'il souffre d'un cancer du poumon. Il est bouleversé. Au début, il refuse ce diagnostic.

1. Comment allez-vous vous y prendre pour l'encourager à parler ?

¹¹ Communication, entretien, relation d'aide et validation, p. 302.



3.3. Phonétique

Dans quel mot entendez-vous le son [n] ? Indiquez à l'aide d'un X s'il s'agit du premier, du deuxième ou du troisième mot.

Premier mot	Deuxième mot	Troisième mot
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Quels mots contiennent le son [n] ? Le premier, le deuxième ou les deux.

Le premier mot contient le son [n]	Le deuxième mot contient le son [n]	Les deux mots contiennent le son [n]
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Cet exercice doit être fait à la maison à l'aide du disque compact que vous avez dans la pochette de votre cahier.

LISTE 3	
Consonnes en opposition : [n] vs [ŋ]	
[n]	[ŋ]
veine	ligne
anal	signal
donner	soigner
zona	saigne
bonne	ligne
colonne	maligne
tienne	teigne
personnel	renseigner
pneumonie	surligner
méléna	montagne
anorexie	enseigner
nausée	poignet
nouveau-né	cognitif
genou	pagne
éternuement	alignement
crâne	campagne
sanguine	gagner

3.4. Vocabulaire

ABC

TABLEAU 2	
Dialogue québécois # 1	
<i>Intégration du lexique dans les phrases</i>	
D	
donne-moi un bec	donne-moi un baiser
E	
embarquer, débarquer	monter en voiture et en descendre
épais, épaisse	personne stupide
F	
faque	ça fait que... (donc, ainsi)
G	
gang	(se prononce : gagne) grand nombre de personnes ou groupe d'amis
gars	diminutif de garçon
gougounes	sandales légères de plage généralement faites de plastique
se grouiller (grouille-toi)	se dépêcher
I	
icitte	ici
importé	immigrant
J	
j'ai de la misère	de la difficulté <i>ou</i> des difficultés
jaser	discuter ou parler entre amis
job	travail, emploi
j'sais pas c'est quoi	je ne sais pas ce que c'est
K	
kiquer	frapper du pied un objet pour l'envoyer au loin exemple : un ballon de soccer

3.5. Français parlé au Québec

ENCADRÉ 3	
Le français parlé au Québec¹²	
Le verbe « aller »	
« Je vais » se dit « <i>J'va</i> » dans le français parlé au Québec. Cette forme est utilisée comme verbe, de même que comme auxiliaire au futur proche.	
<u>Verbe</u> J'va au magasin.	<u>Auxiliaire au futur proche</u> J'va manger au restaurant demain soir.
Au futur proche, on utilise aussi l'auxiliaire « mâ » ¹³ (souvent écrit « m'as »)	
<u>Français standard</u> Je vais essayer.	<u>Variation linguistique</u> Mâ essayer.
La « négation »	
Au Québec comme en France, « ne » n'est pas utilisé à l'oral.	
<u>Français standard</u> Tu ne veux pas.	<u>Variation linguistique</u> Tu veux pas.
Au Québec, « personne » et « rien » peuvent apparaître avec « pas ».	
<u>Français standard</u> Il n'y a personne. Il ne veut rien dire.	<u>Variations linguistiques</u> Y'a pas personne. I veut pas rien dire.
L'expression « du tout » se dit « pantoute » en québécois.	
<u>Français standard</u> Il n'y a rien du tout.	<u>Variation linguistique</u> Y'a rien pantoute.
« Bin » ¹⁴ , qui signifie « beaucoup » ¹⁵ , est redoublé dans les négations.	
<u>Phrase positive</u> Y'avait bin du monde.	<u>Phrase négative</u> Y'avait pas bin bin de monde.
Le « plus » des négations se dit « pu » dans le français parlé au Québec.	
<u>Français standard</u> Je n'ai plus de farine.	<u>Variation linguistique</u> J'ai pu de farine.

¹² Pour plus de détails : Jean-Marcel Léard, *Grammaire québécoise d'aujourd'hui*, Montréal, Guérin Universitaire, 1995, pp. 189-190, et pp. 196-200 (futur proche), pp. 213-216 (négation) et pp. 148-160 (bin et bin bin).

¹³ Par exemple, la chanson « Le bon gars » de Richard Desjardins compte une trentaine de « mâ » (que l'auteur écrit « m'as ». Voir Desjardins, Richard, *Paroles de chansons*, Montréal, VLB Éditeur, 1991).

¹⁴ Souvent écrit « bien »,

¹⁵ Quand « bin » signifie « très », son redoublement n'est pas obligatoire dans les négations.

EXERCICE

Le verbe « aller » et la négation

Comment dit-on ces phrases en français standard ?

1. Vous voulez pas.

2. Chu pas content.

3. J'en peux pu.

4. J'va y retourner l'année prochaine !

5. Mâ y aller avec vous-autres.

6. J'en veux pas.

7. J'en veux pu.

8. J'en ai pas bin bin.

9. I m'en reste pu pantoute.

10. Mâ te dire quoi faire.

11. J'va-tu avoir le temps de faire tout ça ?

12. Est' pu dans' sa chambre.

13. Mâ m'en rappeler.

14. J'va mettre cte drap-là sul' lit.

Parmi ces phrases en français parlé au Québec, cochez les négations.

- J'en veux pu.
- J'ai bin du fun.
- J'sais pas son nom.
- Pas pantoute !
- J'en veux plus.
- J'ai pu de farine.
- J'ai pu me rendre chez moi à pied.
- Y'a personne qui comprend.
- Y'a deux personnes dans' salle.
- Y'en a pas bin bin.

Dialogue # 3

1. Quelle précaution avait pris la jeune fille pour éviter la grossesse ?

2. Quelle raison évoque la jeune fille pour se faire avorter ?

3. Selon la jeune fille, comment la maternité changerait sa vie ?

4. Dans quels termes la jeune fille décrit-elle un avortement ?

5. Pourquoi la jeune fille doit-elle être accompagnée la journée de l'avortement ?

6. Quel rôle peut jouer un psychologue auprès d'une femme qui se fait avorter ?

7. Comment l'infirmière désigne-t-elle une personne qui pratique un avortement dans des conditions impropres ?

8. Selon l'infirmière, les jeunes sont-ils informés des moyens de contraception ?

9. Quels moyens de contraception l'infirmière propose-t-elle à la jeune fille ?

10. Quelle expression utilise la jeune fille pour signifier que la possibilité d'arrêter les menstruations lui semble intéressante ?

11. Que suggère l'infirmière pour éviter les nausées ?

12. Qu'est-ce qui empêche l'infirmière de fixer la date de l'avortement lors de cette rencontre ?

13. Identifiez, dans le dialogue, des synonymes de :

- Maintenant
- Être contraint de faire quelque chose
- L'aide sociale

14. Repérez, dans le dialogue, des utilisations de la « question en tu ». Notez quelques exemples.

15. Selon vous, quel peut être l'impact psychologique d'un avortement ?

Leçon

1

2

3

4

5

LEÇON 4

4.1. Lecture – L’infirmière praticienne spécialisée



Dépistage de la violence conjugale : le rôle de l’infirmière¹⁶

Linda Leblanc, M.S.C. et Nicole Ouellet, Ph.D.

La violence conjugale n’est pas une maladie, mais elle affecte grandement la santé de ses victimes. Face à ce problème, les infirmières ont un rôle très important à jouer pour améliorer la condition des femmes maltraitées et de leurs enfants.

Le phénomène de la violence conjugale est non seulement inquiétant, il est de surcroît beaucoup plus répandu qu’on ne le croit généralement. Bien qu’il touche aussi les hommes, nous avons choisi de l’aborder sous l’angle de la violence exercée contre les femmes par les hommes puisque dans la majorité des cas de signalement, ce sont des femmes qui sont les victimes (MSSS, 1995). En effet, les statistiques sont éloquentes à ce sujet : 29 % des femmes canadiennes ont été violentées par un conjoint précédent ou actuel (Statistique Canada, 1993) et selon le ministère de la Sécurité publique, le nombre de victimes de violence conjugale signalées au Québec a augmenté de 19 % entre 1997 et 2000 (St-Onge, 2001).

La violence conjugale affecte non seulement la santé physique des femmes et de leurs enfants, mais également leur santé mentale. La plupart des recherches le démontrent bien : les femmes violentées souffrent davantage de problèmes de santé que les autres, et plusieurs d’entre elles sont déprimées et ont des idées suicidaires (Heise et al., 1999 ; Rousseau, 1999). Certes, la violence conjugale n’est pas une maladie, mais elle affecte grandement la santé de ses victimes. Face à ce problème, les infirmières ont un rôle très important à jouer pour améliorer la condition des femmes maltraitées et de leurs enfants.

Les infirmières ont plusieurs outils à leur disposition pour les aider à définir leur rôle en matière de prévention, de dépistage et d’intervention. Dans cet article, nous rappelons les grandes lignes de la politique québécoise d’intervention en matière de violence conjugale et précisons le rôle professionnel des infirmières, particulièrement sur le plan du dépistage.

¹⁶ « Dépistage de la violence conjugale : le rôle de l’infirmière », Perspective infirmière, mai-juin 2004, pp. 39-43.

La politique québécoise d'intervention en matière de violence conjugale

Dès 1985, le MSSS, appelé à l'époque ministère des Affaires sociales (MAS), instaurait des mécanismes pour endiguer la violence conjugale et assurer la prise en charge de la victime (MAS, 1984). Il adoptait la politique d'aide aux femmes violentées, suivie en 1986 de mesures légales obligeant les policiers à intervenir de façon active en considérant tout acte de violence conjugale comme un geste criminel, au même titre que n'importe quelle autre agression. Dès lors, ce type de violence devenait blâmable sur le plan social et passible de sanctions sur le plan juridique.

La politique d'intervention en matière de violence conjugale (MSSS, 1995) est née en 1995 des efforts de concertation entre les ministères de la Justice, de l'Éducation, de la Santé et des Services sociaux, de la Sécurité publique ainsi que des Secrétariats à la condition féminine et à la famille. Cette politique repose sur un modèle d'intervention féministe qui a démontré son efficacité (MSSS, 1995) ; Larouche, 1985 ; Rinfret-Raynor et al., 1992), et s'articule autour de neuf principes directeurs :

1. *La société doit refuser toute forme de violence et la dénoncer.*
2. *La société doit promouvoir le respect des personnes et de leurs différences.*
3. *L'élimination de la violence conjugale repose d'abord sur des rapports d'égalité entre les sexes.*
4. *La violence conjugale est criminelle.*
5. *La violence conjugale est un moyen choisi pour dominer une personne et affirmer son pouvoir sur elle.*
6. *La sécurité et la protection des femmes victimes et des enfants ont priorité en matière d'intervention.*
7. *Toute intervention auprès des victimes doit être basée sur le respect de leur autonomie et reposer sur leur capacité à reprendre le contrôle de leur vie.*
8. *Toute intervention doit tenir compte des effets de la violence sur les enfants et viser à les atténuer.*
9. *Les agresseurs sont responsables de leur comportement violent ; l'intervention doit viser à leur faire reconnaître leur responsabilité face à la violence et à l'assumer.*

Elle privilégie quatre axes d'action : le dépistage, la prévention, l'adaptation aux réalités particulières et l'intervention. Les responsabilités des intervenants y sont clairement décrites, ce qui implique que les infirmières ont, à ce titre, l'obligation légale d'agir.

Même si la politique québécoise aborde le problème surtout sous l'angle de la violence exercée envers les femmes parce que ces dernières en sont les victimes dans la très grande majorité des cas, elle n'exclut pas celle faite aux hommes (MSSS, 1995). La violence conjugale se caractérise par des actes d'agression répétitifs et se manifeste sous plusieurs formes : agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles, et actes de domination économique. La violence psychologique correspond à une atteinte à l'intégrité psychique de la personne. Elle peut se traduire par l'humiliation, les menaces, le dénigrement, le mépris, le chantage, la jalousie excessive, la méfiance, les interdictions diverses, etc. La violence verbale découle la plupart du temps de la violence psychologique, mais se manifeste dans les modes de communication entre les partenaires : il peut s'agir de commentaires dégradants, de reproches, d'accusations injustifiées, de sarcasmes, d'insultes, de hurlements, de menaces, etc. La violence physique est plus facile à déceler à cause des blessures corporelles infligées à la victime (brûlures, morsures, fractures, contusions, etc.). C'est la violence la plus identifiable, la plus dénoncée et la plus sanctionnée. La violence sexuelle porte atteinte à l'intégrité sexuelle de la femme et peut se manifester sous forme de harcèlement, d'intimidation, de brutalité — en vue de forcer la partenaire à une relation sexuelle non consentie —, ou carrément sous forme de viol. Enfin, la violence économique vise à priver la conjointe de ressources financières et matérielles, peu importe qu'elle travaille ou non à l'extérieur du foyer. Ces actes de violence entraînent la dépendance financière (MSSS, 1995).

La violence conjugale « ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue au contraire un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra-maritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie » (MSSS, 1995, p.23). Elle est généralement progressive : montée de la tension, agression, déresponsabilisation, rémission et réconciliation. La politique québécoise précise que ces phases ne sont pas toujours présentes et ne se succèdent pas toujours dans le même ordre.

Les infirmières occupent une place privilégiée pour dépister la violence, accueillir les victimes et leur offrir de l'aide parce qu'elles sont présentes dans tous les services de santé : centres hospitaliers, CLSC, cliniques privées, etc. La politique d'intervention en la matière définit leur responsabilité professionnelle ainsi que celle d'autres intervenants.

4.2. Mises en situation¹⁷

Mise en situation # 1

Paula est âgée de 25 ans et elle est sidéenne. Elle est renfermée, communique peu, se plaint souvent de maux de tête intenses. Elle n'a que de rares visiteurs, sa famille étant peu impliquée pour lui apporter du soutien.

1. Quels peuvent être les préoccupations et les besoins de Paula ?

2. Comment conduiriez-vous un entretien d'aide auprès d'elle ?

Mise en situation # 2

Jean-Paul souffre du sida. Il est homosexuel et pense que vous avez du mépris pour lui.

1. Comment interviendriez-vous pour corriger ses perceptions fausses ?

¹⁷ Margot Phaneuf, p. 412.

Mise en situation # 3

Marthe est la mère de François, un jeune sidéen très malade de votre service. Il est homosexuel. Elle vient le voir souvent, mais se place assez loin de lui et lui parle peu. Un jour, elle vous exprime son désarroi au sujet de son fils et de sa maladie.

1. Comment interviendriez-vous auprès d'elle pour l'aider ?

Mise en situation # 4

Justin est un homme de 40 ans fragile et souvent malade. Il voit tout en noir, se déprécie, disant qu'il est incapable de faire quelque chose de bien et que toute sa vie est un échec. Il a peu d'énergie et se sent constamment fatigué. Il vous parle de ses difficultés.

1. Vous désirez l'aider. Comment faites-vous ?



4.3. Phonétique

Dans mots entendez-vous le son [d] ? Dans les premier et deuxième mots, les deuxième et troisième mots ou les premier et troisième mots ?

Les premier et deuxième mots	Les deuxième et troisième mots	Les premier et troisième mots
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Dans quelle syllabe entendez-vous le son [t] ? Dans la première, la deuxième ou la troisième syllabe?

1 ^{ère} syllabe	2 ^e syllabe	3 ^e syllabe
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Cet exercice doit être fait à la maison à l'aide du disque compact que vous trouverez dans la pochette de votre cahier.

LISTE 4	
Consonnes en opposition [d] vs [t]	
[d]	[t]
diète	tiède
vide	vite
de l'aide	squelette
doute	goutte
durer	chuter
glande	ictère
oedème	épiglotte
diabète	battement
dysphagie	fatigué
dur	tube
badigeon	thrombose
laide	toilette
odeur	tête
induration	intervenant
déprimé	cécité
débris	phlébite
démangeaisons	intermittent
vidange	serviette
bradypnée	érythème
durillon	cellulite

4.4. Vocabulaire

ABC

TABLEAU 3	
Dialogue québécois # 2	
<i>Intégration du lexique dans les phrases</i>	
L	
lâche-moé	laisse-moi
laisse faire	laisse tomber
là	ici, maintenant
M	
maganer	endommagé (pour un objet), en mauvais état
une moumoune – un fif	un homosexuel, une personne fragile (péjoratif)
N	
niaiseux	niais, ridicule
O	
œil au beurre noir	œil poché
P	
pantoute	pas du tout
une piasse	(piastre) un dollar
une pitoune	une jolie fille
pogne par les nerfs !	poigner, prendre : s'énerver
patates pilées	pomme de terre en purée
ploguer	brancher (de l'anglais : plug) plogué : au courant des derniers événements
puncher	donner un coup de poing sur la figure, punché : qui a de l'éclat
R	
retourne chez vous	expression dite, à tort, aux gens qui ne semble pas d'ici (démontre un manque de connaissance au niveau de la multi ethnicité)
rusher	travailler fort, forcer
S	
semelle de botte	se dit d'une viande trop cuite
scraper	gâcher, rendre inutilisable
slaquer	desserrer une attache ou un nœud, mettre à pied un employé
spotter	repérer, identifier

4.5. Français parlé au Québec

ENCADRÉ 4			
Le français parlé au Québec¹⁸			
Les pronoms compléments			
Les pronoms COD de la 3 ^e personne.			
<u>Français standard</u>	<u>Variation linguistique</u>	Exemples	
		<u>Français standard</u>	<u>Variations linguistiques</u>
LE	L'	Je le veux Tu le veux	Je l'veux Tu l'veux
LA	A	Je la veux Tu la veux Il la veut Il me la donne Il te la donne Est-ce qu'il me la donne ?	J'a veux T'a veux Y'a veut I m'a donne I t'a donne I m'a donne-tu ?
LES	É	Je les veux Tu les veux Il les veut Il me les donne Il te les donne Est-ce qu'il les veut ?	J'é veux T'é veux Y'é veut I m'é donne I t'é donne I'é veux-tu ?
Les pronoms COI sont identiques en français standard et en français parlé au Québec, sauf « lui » qui a la forme « i », et « leur », parfois prononcés « leu-z » (avec un « z » de liaison). Exemple :			
<u>Français standard</u> Je lui parle Tu lui parles Il lui parle Elle lui parle Il leur téléphone Il leur a téléphoné		<u>Variations linguistiques</u> J' i parle Tu i parles I i parle A i parle I leur téléphone / I leu téléphone I leur a téléphoné / I leu-z a téléphoné	
« I » et « leur » apparaissent rarement avec « le, la, les », même si un COD est sous-entendu. Par contre, on les utilise avec « en » ¹⁹			
<u>Français standard</u> Je le lui donne Je la lui donne Je les lui donne Je les leur donne Je lui en donne		<u>Variations linguistiques</u> J' i donne J' i donne J' i donne J' leur donne / J' leu donne J' i en donne	

¹⁸ Pour plus de détails : Jean-Marcel Léard, *Grammaire québécoise d'aujourd'hui*, Montréal, Guérin Universitaire, 1995, pp. 79-89.

¹⁹ En français oral de France, « lui » et « leur » sont aussi utilisés sans « LE », « LA » et « LES ».

EXERCICE

Les pronoms compléments

Les phrases et les questions suivantes sont en français parlé au Québec. Indiquez la phrase ou la question équivalente en français standard.

1. J'i parle souvent pendant la pause.

2. J'achète une pointe de pizza pi j'a mange en marchand.

3. T'é vends combien, tes revues ?

4. J'i prête mes magazines, pi deux semaines après, i m'é redonne.

5. I regarde presque pu la télévision, mais avant, y'a regardait plusieurs heures par jour.

6. A i a demandé son nom trois fois dans' même journée.

7. J'i en demande beaucoup.

8. I prend son assiette pi y'a met dans l'cabaret.

9. J'i ai acheté un cadeau, mais j'va i donner seulement à soir.

10. J'a prends-tu ?

11. D'habitude, quand tu demandes l'auto à ta mère, a t'a prête.

Reformulez ces phrases en français parlé au Québec.

1. Je la transporte dans mes bras.

2. Je les lis quand j'ai le temps.

3. Je le prends de temps en temps.

4. Tu la déposes tranquillement.

5. Tu les découvres à mesure.

6. Tu le bois d'une traite.

7. Il la prend par la main.

8. Il les classe par ordre alphabétique.

9. Il le change de place.

10. Je te la donne.

11. Il me les emprunte.

12. Je les lui confisque.

Dialogue # 4

1. Qu'est-ce que la température permettra à l'infirmière de faire pendant la fin de semaine ?

2. Quelle expression utilise l'infirmière pour ramener Monsieur Rinfret à l'objet de sa visite ?

3. Depuis quand Monsieur Rinfret est-il à jeun ?

4. À quoi serviront les prises de sang de Monsieur Rinfret ?

5. Qu'est-il arrivé à Monsieur Rinfret lors de sa dernière prise de sang ?

6. Quelle expression utilise Monsieur Rinfret pour dire que c'est une bonne idée qu'il s'étende sur la civière ? (Réponse : Ça ben d'l'allure, ça !)

7. Qu'est-ce qui à Monsieur Rinfret chaque fois qu'il se faire faire une prise de sang ?

8. Quelle expression utilise Monsieur Rinfret pour signifier que l'infirmière est *très* bonne ?

9. Que devra faire Monsieur Rinfret avant de se coucher ?

10. Quelle activité pratique Monsieur Rinfret depuis 25 ans ?

11. Comment Monsieur Rinfret dit-il à l'infirmière qu'il la trouve gentille?

(Réponse : Vous êtes ben fine)

12. Identifiez, dans le dialogue, des synonymes de :

a) très, beaucoup (Réponse : tellement, ben, pas mal)

b) utiliser quelque chose pour la première fois

13. Repérez, dans le dialogue, des exemples de la prononciation *j'va* pour je vais. Notez en quelques-uns.

14. Proposez une autre manière d'exprimer l'idée suivante : Une chance que vous êtes là. (Réponse : heureusement, c'est une bonne chose)

15. Selon vous, pourquoi l'infirmière dit que ça lui fait du bien de se faire dire qu'elle est gentille ?

Leçon

1

2

3

4

5

LEÇON 5

5.1. Lecture – *L'éthique des soins infirmiers*



*L'éthique des soins infirmiers*²⁰

Guylaine Chabot

C'est sur le thème de l'éthique des soins infirmiers que se tenait, en avril dernier, un symposium organisé tout spécialement pour des infirmières par l'Institut de recherches cliniques de Montréal. Plus de 250 infirmières sont venues, ce jour-là, entendre les conférencières (des infirmières) discuter de sujets aussi variés qu'importants comme : le consentement éclairé, la vérité au patient, le refus de traitement, le bien-être de la personne âgée, la qualité des soins dans un contexte de pénurie de ressources, les malades aux espoirs « irréalistes », le testament biologique, l'acharnement thérapeutique, etc.

Les discussions ont permis de constater l'ampleur des débats sur l'éthique dans notre système de santé, mais elles ont aussi et surtout démontré le souci grandissant des infirmières de trouver les ressources nécessaires pour faire face à des situations qui amènent à un questionnement éthique.

Les conférencières ont en cela apporté des pistes de réflexion intéressantes ainsi que des exemples concrets de situations où elles ont été amenées à revoir leurs valeurs et leurs croyances personnelles et à assumer leur autonomie professionnelle. Pour certaines d'entre elles, par exemple, ce processus de réflexion les a incitées à intervenir auprès de la famille d'un patient ou auprès du médecin soignant pour modifier une façon de faire qu'elles jugeaient inacceptable.

Sans avoir fait le tour en une seule journée des questions éthiques en soins infirmiers, ce symposium a toutefois suscité des discussions qui mériteraient d'être poursuivies. Peut-être que des infirmières voudront donner suite à ce symposium en organisant un autre colloque... Pour sa part, *Nursing Québec* publiera, au début de 1992, un numéro thématique sur l'éthique. Y seront présentés des concepts théoriques reliés à l'éthique ainsi que des situations de soins concrètes où des infirmières font appel à une réflexion éthique.

²⁰ CHABOT, G., inf. B.Sc., *L'éthique des soins infirmiers*, Montréal, Nursing Québec, juillet-août 1991, p. 35.

Au cœur des problématiques sociales et humaines, les infirmières doivent se donner des repères d'ordre philosophique pour faire évoluer leur exercice professionnel en fonction des nombreux changements qui s'annoncent. Comme l'affirmait l'organisateur de ce symposium, le Dr David J. Roy, l'évolution de la technologie, reliée par exemple à la détection et au dépistage de maladies graves avant la naissance, entraînera des problèmes de « confidentialité » et de discrimination génétique.

De plus, l'évolution des systèmes économiques et le décalage nord-sud seront sources de nouvelles questions comme :

- « Quelle sorte de société voulons-nous avoir ?
- « Voulons-nous maintenir l'accès universel aux soins ?
- « Sur la base de quel concept de justice ? »

Si vous désirez aborder ce genre de questionnement, vous êtes invitées à emprunter le recueil de textes distribué lors de ce symposium. Il s'intitule *L'éthique des soins infirmiers*, il suffit d'en faire la demande au centre de documentation de l'Ordre.

Guyline CHABOT est la *rédactrice en chef* de Nursing Québec, Chronique déontologie.

Les infirmières au premier rang des professionnels pour leur honnêteté et leur éthique²¹

Selon un sondage Gallup effectué en novembre 2000, presque huit Américains sur dix (79 %) considèrent les infirmières comme les professionnelles qui démontrent le plus haut niveau d'honnêteté et d'éthique, loin devant les pharmaciens (67 %), les vétérinaires (66 %) et les médecins (63 %). En fait, elles ont commencé à rafler les honneurs dès qu'on les a ajoutées à une liste de près d'une cinquantaine de professions différentes, il y a deux ans, confirmant ainsi leur cote d'amour auprès de la population.

L'écart qui les sépare de leur plus proche « concurrent » s'est même creusé depuis, passant de 4 % en 1999 à 12 % en 2000. Les infirmières remportaient en effet 73 % des votes en 1999, comparativement à 69 % pour les pharmaciens. Les résultats de cette enquête américaine sont-ils transposables au Québec ? Des sondages menés ici, notamment celui réalisé par CROP en janvier 1998, classaient aussi les infirmières au premier rang des professions les plus admirées du grand public.

Toutefois, l'angle d'analyse du sondage américain est particulièrement intéressant, les résultats reflétant la perception que le public a du niveau d'honnêteté et d'éthique des infirmières. Ce niveau a été classé comme étant très élevé ou élevé. À cet égard, les infirmières peuvent être fières de leur crédibilité auprès de la population. Elles doivent aussi se féliciter des efforts qu'elles fournissent et de l'attention qu'elles portent à intégrer les valeurs professionnelles dans leur pratique quotidienne.

Enfin, les résultats de ce sondage devraient les encourager à poursuivre ces efforts malgré le contexte difficile, car le réseau devra plus que jamais miser sur leur professionnalisme. On peut dire en somme que les infirmières partent gagnantes !

²¹ Le Journal, janvier / février 2002, Volume 9 Numéro 3. Les résultats du sondage sont disponibles à l'adresse www.gallup.com/poll/releases/pr001127.asp / <http://www.oiq.org/uploads/periodiques/journal/vol9no3/ss01.htm>

5.2. Mises en situation²²

Mise en situation # 1

Vous recevez M. Labranche qui est hospitalisé pour une infection pulmonaire. Il est âgé de 65 ans. Il tousse, expectore, fait de la fièvre et éprouve des douleurs. Il fume et a travaillé toute sa vie dans une usine très polluée.

Mise en situation # 2

Madame V. est âgée de 25 ans. Elle souffre d'une infection de la vésicule biliaire. Elle est obèse, s'alimente mal et fait peu d'exercices. Elle souffre aussi de constipation.

Mise en situation # 3

Vous vous occupez de M. Leblond qui souffre d'arthrite et qui se meut difficilement. Il est souvent souffrant et éprouve de la difficulté à dormir.

Mise en situation # 4

Vous prenez soin de Pierre, un adolescent qui souffre de troubles caractériels. Vous désirez connaître ses besoins physiques. Il collabore bien malgré certaines réticences.

Mise en situation # 5

Madame Berger est hospitalisée pour des problèmes respiratoires. Elle porte une stomie qu'elle accepte mal.

²² Communication, entretien, relation d'aide et validation, p. 353.

5.3. Vocabulaire



TABLEAU 4	
Dialogue québécois # 3²³	
<i>Intégration du lexique dans les phrases</i>	
T	
tabarnacle, tabarouette, tabarnouche	sacres inspirés des mots de la religion catholique et sa transformation
tanner	fatiguer, agacer. <i>Je me suis tanné(e) = découragé(e)</i>
tasse-toi (toé)	laisse-moi passé ou pousse-toi
tataouiner	perdre son temps inutilement
tchéquer	vérifier (tchéqué, bien habillé)
t'es haïssable	détestable, taquin (parfois utilisé comme mot affectueux)
toé pis moé	toi et moi
toffer	(de l'anglais : <i>tough</i>) durer, endurer
tomber sur la tomate	réprimander, engueuler
tonne	(de l'anglais : <i>tune</i>) pièce musicale
V	
viens t'assir	viens t'asseoir
viens icitte	viens ici
Y	
yé temps	il est grand temps
y en a pas, y en a pu	il n'y en a pas, il n'y en a plus
y fait frette	il fait (très) froid
y mouille	il pleut
Z	
zozo	garçon niaiseux
zigonner	essayer de régler un problème sans succès ou perdre du temps
zigoto	personne bizarre qui cherche à intéresser

²³ Pour découvrir d'autres mots et expressions québécoises (dont les terribles sacres québécois!), on peut consulter les liens suivants sur Internet : <http://www.angelfire.com/pq/lexique/lexique.html> et <http://www.republiquelibre.org/cousture/EXPRES.HTM>

5.4. Français parlé au Québec

ENCADRÉ 5

Le français parlé au Québec *Les pronoms compléments à l'impératif*

- 1) La **forme** et l'**ordre** de certains pronoms à l'impératif sont différents du français standard en français parlé au Québec.

Français standard

Verbe à l'impératif + le, la, les + moi (m'), toi (t'), lui + en
nous, vous, leur

Variations linguistiques

Verbe à l'impératif + moi (-z), toi (-z) + lé, la, les, en
nous, vous, leur/leu (-z)

- 2) **Les principales différences** : en français standard, les pronoms COD précèdent les COI. Dans le français parlé au Québec, c'est l'inverse.

Français standard

Donne-la-moi
Achète-la-toi
Donne-les-moi
Donne-la-nous

Variations linguistiques

Donne-moi-la
Achète-toi-la
Donne-moi-les
Donne-nous-la

- 3) Le pronom « **le** » se prononce « **lé** » en français parlé au Québec.

Français standard

Dis-le
Achète-le-toi
Donne-le-moi

Variations linguistiques

Dis-lé
Achète-toi-lé
Donne-moi-lé

- 4) En français standard, les pronoms « **moi** » et « **toi** » s'élient devant « **en** » et font « **m'** ». En français parlé au Québec, ils prennent plutôt la consonne de liaison « **z** ».

Français standard

Donne-m'en
Achète-t'en

Variations linguistiques

Donne-moi-z-en
Achète-toi-z-en

ENCADRÉ 5

Le français parlé au Québec *Les pronoms compléments à l'impératif*

(suite)

- 5) « **Lui** » devient « **i** » en français parlé au Québec. Le verbe qui précède prend la consonne de liaison « **z** ».

Français standard

Parle-**lui**
Téléphone-**lui**
Dis-**lui**

Variations linguistiques

Parle-**z-i**
Téléphone-**z-i**
dis-**z-i**

- 6) Les pronoms « **i** » et « **leur** » (aussi prononcé « **leu-z** » apparaissent rarement avec « **le** », « **la** » et « **les** », même quand un COD est sous-entendu. Par contre, on les rencontre souvent avec le pronom « **en** ».

Français standard

Donne-**le-lui**
Donne-**la-lui**
Donne-**les-lui**
Donne-**le-leur**
Donne-**lui-en**
Donne-**leur-en**

Variations linguistiques

Donne-**z-i**
Donne-**z-i**
Donne-**z-i**
Donne-**leur**
Donne-**z-i-en**
Donne-**leur-en/Donne-leu-z-en**

- 7) Au Québec, on ajoute « **pas** » à la forme positive de l'impératif pour former la forme négative. Les pronoms sont placés après le verbe, contrairement au français standard.

Français standard

Ne **les** prends pas
Ne **les lui** donne pas
Ne **me le** demande pas
Ne **m'en** parle pas

Variations linguistiques

Prends-**les** pas
Donne-**z-i** pas
Demande-**moi-lé** pas
Parle-**moi-z-en** pas

EXERCICE

Les pronoms compléments à l'impératif

Comment dit-on ces phrases en français standard ?

1. Donne-moi la !

2. Ch'sais pas oussé qu'i sont les feuilles de dosage. Montre-moi-lé.

3. Téléphone-z-i pi demande-z-i

4. Donne-moi-z-en un peu

5. Envoyez-nous-le par courrier interne.

6. T'en veux-tu Prends-toi-z-en un peu

7. Lave-z-i son chandail avant d'i remettre

8. Salis-les pas trop quand t'é-z-utilises !

9. Pourquoi tu te laves les cheveux dans l'lavabo? Lave-toi-les dans' douche, c'est plus facile

10. Parle-z-i-en pour voir si y'est d'accord.

11. Prenez-en pas trop.

12. Ah, parle-moi-z-en pas

13. Laissez-moi-les sul comptoir, monsieur

Questionnaire sur le film

Les Invasions barbares de Denys Arcan

1. Selon vous, la critique que fait ce film du système de santé au Québec est-elle réaliste?

2. Quels personnages avez-vous eu le plus de facilité à comprendre?

3. Notez quelques nouvelles expressions.

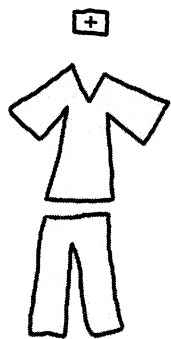
4. Si on vous demandait d'écrire une phrase qui vous reste en tête après le visionnement de ce film, quelle serait-elle? De quel personnage vient-elle?

5. Quels personnages avez-vous eu le plus de difficulté à comprendre? Pourquoi, selon vous?

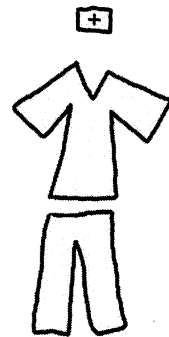
6. Avez-vous déjà vu d'autres films québécois ou séries télévisées? Lesquels?

7. Avez-vous déjà eu l'expérience de la maladie d'un proche?

8. Quelles émotions ou impressions ce film vous fait-il ressentir?



ANNEXES



ANNEXES

Dictée 1

1. Il faut savoir qu'après l'intervention, la phase d'éveil durera une heure et demie.
2. Par mesure de sécurité, j'ai relevé les ridelles de son lit.
3. Il a fallu la repositionner du côté droit pour qu'elle ne se blesse pas.
4. Si nous avons procédé à un gavage intermittent, son organisme l'aurait mieux accepté.
5. Un traitement adéquat lui a été administré, mais son état est toujours instable.
6. Même si vous remarquez pour la seconde fois que l'eau de retour est brunâtre après avoir fait une irrigation du tube nasogastrique, il faut le noter au dossier.
7. Dès son arrivée à l'urgence, la victime est reçue par l'infirmière au triage.
8. Lorsqu'un client vomit un liquide épais et visqueux d'une couleur allant du jaune au brun et présentant un goût âcre, on parle de vomissement bilieux.
9. Une toux sèche est une toux qui ne produit pas d'expectoration.
10. On appelle « stertoreuse » une respiration de fréquence inférieure à la normale.

Dictée 2

1. Elle est hospitalisée pour hyperthermie d'étiologie inconnue.
2. Une fois la fracture diagnostiquée, un plâtre a été mis en place à l'urgence.
3. Des antibiotiques intraveineux lui ont été administrés immédiatement.
4. J'ai pris sa température buccale.
5. Le patient a toujours le droit de refuser un traitement.
6. J'ai noté la présence de multiples ecchymoses sur le dos de l'enfant.
7. Quand je lui parle, Dominique évite le contact visuel.
8. Quel problème soupçonnez-vous ?
9. Si elle avait écouté, elle ne serait pas tombée en roulant à bicyclette.
10. Vérifiez les signes neurovasculaires.

Dictée 3

1. Dix milliÉquivalents par litre à 80 millilitres par heure lui ont été administrés.

(Note : l'étudiant doit écrire cette phrase avec les abréviations nécessaires soit : 10MÉq/l à 80 ml/H).

2. La signature apposée au dossier par l'infirmier le rend responsable des notes inscrites au dossier du client.
3. La cliente a été opérée la veille pour une hystérectomie abdominale totale.
4. Toute observation doit être consignée au dossier le plus tôt possible pour éviter le risque d'un oubli.
5. Dans le cas d'un client porteur d'un plâtre, l'infirmière inscrira au dossier des données sur l'état du plâtre et sur les signes neurovasculaires.
6. Signes vitaux : tension artérielle 140/80 et pouls : 85 par minute.

(Note : l'étudiant doit écrire cette phrase avec les abréviations nécessaires soit : TA 140/80 et pls : 85/minute).

7. Une literie souillée doit être changée dans les plus brefs délais.
8. Nous avons été déçus des résultats, mais nous allons continuer nos efforts.
9. Beaucoup d'infirmières se plaignent de la lourdeur de leur tâche.
10. Madame (ou Mme) Lebel présente des douleurs thoraciques; elle souffre d'une angine de poitrine.

Dictée 4

1. Le patient est à jeun ; il doit subir une intervention chirurgicale.
2. Vérifiez si on lui a enlevé les prothèses dentaires.
3. Madame Jolicoeur a donné naissance à son troisième enfant.
4. Les lochies sont rouge foncé et imbibent une serviette à l'heure.
5. La cliente se plaint de crampes importantes au bas du ventre.
6. La patiente présente un tirage xiphoidien.
7. À l'auscultation pulmonaire, on entend des sibilances et des râles.
8. Il a subi une fracture sévère à l'humérus gauche.
9. Dès son arrivée, nous avons contrôlé sa tension artérielle.
- 10.- La fillette aurait glissé ; elle est blessée à la hanche.

BIBLIOGRAPHIE

- BRASSARD, Yvon. (2006). *Apprendre à rédiger des notes d'observations au dossier*, volumes 1 et 2, (4^{ème} édition), Loze-Dion éd.
- CAJOLET-LAGANIÈRE, Hélène et Noëlle GUILLOTON « Le français au bureau », Québec, Les Publications du Québec, 2005, 754 pages.
- COULOMBE, Raymonde et équipe (1985). *Actes de parole. Réalisations linguistiques et activités de renforcement*, Québec. École des langues vivantes. Université Laval. Coll. Les cahiers de français. No 1. Liste établie par Hélène Leroux.
- COULOMBE, Raymonde, Lison CHABOT et Hélène LEDOUX. (1988). *Des activités de communication orale : Fiches à l'intention des professeurs de langue seconde*. Sainte-Foy. École des langues vivantes. Université Laval. Coll. Les cahiers de français.
- GARCIA, Flavia. (2006). (Nouv. Éd.) *En avant la grammaire! : cahier d'activités de grammaire en situation : français langue seconde, niveau débutant*. Montréal : Marcel Didier.
- GARCIA, Flavia. (2007). (Nouv. Éd.) *En avant la grammaire cahier d'activités de grammaire en situation : français langue seconde, niveau intermédiaire*. Montréal : Marcel Didier.
- GARCIA, Flavia et Pascale CHRÉTIEN. (2002). *En avant la grammaire! : cahier d'activités de grammaire en situation : français langue seconde, niveau avancé*. Montréal : Marcel Didier.
- GRÉGOIRE, Maïa et Odile THIÉVENAV. (2002). *Grammaire progressive du français*. CLE international. Éd. Michèle Grandmangin.
- LÉGER, Gilberte. (1995). *La prononciation d'ici pour les gens venus d'ailleurs*. Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration.
- MOISAN, Daniel. *Lexique élémentaire à l'usage des infirmières et infirmiers et des infirmières et infirmiers auxiliaires (édition provisoire)*, Montréal. Office de la langue française.
- Québec Atout, Guide d'enseignement*, Volumes 1 à 8. 1993. Gouvernement du Québec, Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration. Direction des politiques et programmes d'intégration linguistique.

Guide de préparation à l'examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
2003. Éd. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

PHANEUF, Margot. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*,
Montréal/Toronto : Chenelière-McGraw-Hill.

RAMAT, Aurel « Le Ramat de la typographie », Montréal, Aurel Ramat éditeur.

SITES INTERNET

<http://www.polarfle.com>

<http://www.museedeshospitalieres.qc.ca>

<http://www.oiiq.org>

<http://archives.radio-canada.ca/>

<http://www.republiquelibre.org/couture/EXPRES.HTM>

<http://www.lepointdufle.net>

www.opq.org

www.msss.gouv.qc.ca

www.cdm.gouv.qc.ca<http://www.didieraccord.com>

http://mapage.noos.fr/mp2/tr_ma.htm

<http://pilule.telequebec.tv/>

<http://francite.net/education/cyberprof>

<http://www.oiiq.org/infirmieres/historique/infirmieres>

<http://cyberpresse.ca/article/20061126/cpactuel031/611260772/0>

ARTICLES DE JOURNAUX

Le Soleil, Opinions, Lundi 13 novembre 2006, Carrefour des lecteurs.

La Presse, À votre tour, samedi 27 janvier 2007, p. Plus 6, La lettre de la semaine.

Le Droit. Forum, lundi 27 novembre 2006, p. A16.

La Presse. Actualités, mardi 3 octobre 2006, p. A16.

Le Devoir. Les Actualités, lundi 5 février 2007, p. a4.

Cyberpresse, AFP, Paris, le mercredi 3 janvier 2007.

La Presse. Nouvelle générales, lundi 5 février 2007.

La Voix de l'Est, Actualités, mercredi 15 novembre 2006.

Le Devoir, Actualités, mardi 12 novembre 2006, p. 45.

L'infirmière du Québec, mai-juin 2000, pp. 20-24.

Perspective infirmière, mai-juin 2006, pp. 10-15.

Presse Canadienne, Montréal, Lia Lévesque.

IMPLICATION DOSSIER

Doss C0003784196 U.A. C052 SIF Serv SEL-PERM Prog SEL-PERM-ETRAN
Pers C2283761 Nom Hernandez Echabarria Prénom Yuleidy De La Carriol Sexe F Rôle RP

DOCUMENT FÉDÉRAL

Type doc 31 Fiche rés. perm. - IMM1000 / IMM1442 / IMM5292
Numéro T521003603 Prov QUE Rég 99999 Catg.féd P CF1 Conjoint
Émis par 6118 SVC BVC de LA HAVANE Dt émission 2006-08-02
Validé par 2476 CIC CIC de MTL-DORVAL(A.I) Dt octroi statut 2006-08-06
Dt fin autorisation séjour Interdiction
Type cas
Dispense
Cond. octroi statut 00 Aucune condition imposée
Confirmation offre emploi
Nb pers tot Prof 9970 CNP Conjoint ne se destinant pas au marché d
Nb an étude 12 Niveau étude 01 Connais. fr/lang Aucune
ENTRÉE INITIALE 2006-08-06 Autorisé travailler
Nb renew Remarque