

DESCRIPTIFS DES FORMATIONS DE 3 H 15

SAISON 2022 – 2023

MISE À JOUR : JUIN 2022



Centre d'excellence sur
le vieillissement de Québec

Table des matières

Le suicide et les personnes âgées : approche clinique et psychodynamique.....	3
La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme : leurs enjeux dans un contexte de vieillissement, d'atteintes cognitives et de troubles de santé mentale.....	9
Mieux comprendre certains troubles de santé mentale afin de mettre en place des interventions non-pharmacologiques plus efficaces auprès des personnes âgées avec et sans atteintes cognitives.....	14
Préposés aux bénéficiaires et auxiliaires de santé et de services sociaux : s'outiller pour mieux intervenir avec les personnes âgées présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.....	19
Ergothérapie et gestion des risques à domicile	27
L'approche adaptée à la personne âgée	35
Les chutes chez l'ainé : aider le médecin à ne pas perdre pied !.....	43
Conduite automobile et ainé : une vieille habitude ?.....	51
Dépister, évaluer et traiter la douleur chez l'ainé	58
L'incontinence urinaire chez la personne âgée : « Retenir l'essentiel ! »	65
Maladie de Parkinson : un diagnostic qui ne doit pas faire trembler le médecin !.....	71
Médicaments et ainés : prescrire ou proscrire ?	79
Les troubles du sommeil chez l'ainé : pour ne plus en faire de l'insomnie !	86
Les troubles neurocognitifs majeurs chez l'ainé : démarche clinique pour que le médecin n'oublie rien !.....	94
Détresse morale des travailleurs de la santé : qu'est-ce que c'est et comment peut-on s'en sortir ?	102
Troubles neurocognitifs majeurs (TNM) et comportement d'agressivité : Mieux intervenir pour prévenir et diminuer l'escalade d'agressivité	107
Transition de logement : accompagner la personne âgée atteinte d'un trouble neurocognitif à mieux s'adapter à son nouveau milieu de vie	115

Le suicide et les personnes âgées : approche clinique et psychodynamique

Marie-Alice Champeval, infirmière clinicienne, Service ambulatoire de gérontopsychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le suicide chez l'aîné représente 20% de tous les suicides rapportés au Québec. Dans le cadre de cette visioconférence, nous allons explorer le suicide, en s'appuyant sur les données probantes existantes sur le sujet, les statistiques, les facteurs de risques mais aussi ceux de protection. Par la suite, nous allons discuter des approches préconisées lors des soins à l'aîné présentant un risque suicidaire.

La dépression gériatrique est un trouble psychiatrique sous diagnostiqué et sous-traité, malgré le fait qu'elle est un facteur modifiable dans le risque associé au suicide. Les symptômes peuvent se manifester par des particularités chez l'aîné. Plusieurs pathologies physiques et des médicaments peuvent causer des symptômes dépressifs. De plus, les troubles cognitifs associés à la dépression peuvent être difficiles à différencier d'un début de démence. Les interventions existent et sont efficaces pour la rémission de l'état dépressif chez l'aîné.

LES BUTS DE LA FORMATION

Présenter le phénomène du suicide chez l'aîné et la dépression afin d'offrir des soins adaptés à cette clientèle vulnérable.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse à toutes personnes impliquées auprès des aînés.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 9 h 15	Décrire les statistiques du suicide des aînés et celles des facteurs associés	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiques 	Discussion Quizz	Questions
9 h 15 – 10 h	Évaluer le risque et l'urgence du suicide de l'aîné vivant à domicile et en centre d'hébergement	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de risque • Facteurs de protection • Questions directes (Comment, où, quand?(COQ)) 	Discussion Mise en situation	Questions posées sur nos habitudes
10 h – 10 h 15	Pause			
10 h 15 – 10 h 45	Reconnaître la dépression gériatrique dans un contexte de risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiques • Particularités gériatriques • Étiologie 	Exposé interactif Question de style quizz	Anecdotes cliniques

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
10 h 45 – 11 h 10	Identifier les interventions possibles	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions de crise selon l'évaluation de l'urgence suicidaire • Approche psychoéducative • Stratégies de protection de soi-même et des autres • Instauration de filet de sécurité (urgence, famille, amis, secret professionnel) 	Discussion Mise en situation	Anecdotes cliniques
11 h 10 – 11 h 35	Décrire les ressources disponibles pour les aînés à risque de suicide	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des ressources communautaires • Suivi des aînés post crise suicidaire 	Discussion Mise en situation	Anecdotes cliniques
11 h 35 – 11 h 45	Conclusion		Évaluation	

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Adam, E.(1996) La personne âgée et son besoin d'éviter le danger pour elle-même et pour autrui. Dans S. Lauzon, E. Adam, La personne âgée et ses besoins : interventions infirmières. (pp 105-109).Montréal : ERPI.
- Amyot, A. (1996) La dépression chez la personne âgée. Dans J. Leblanc, Démystifier les maladies mentales. Les dépressions et les troubles affectifs cycliques. (pp215-229) Montréal : Gaétan Morin Ed.
- Bibeau, G. Au nom de l'humain : penser au suicide dans ses sources profondes. Santé mentale au Québec. 2012. XXXVII . (pp 257-270).
- Boisvert, W. (2006).Document présenté dans le cadre de a conférence : Le patient sans rendez-vous. Université de Montréal.
- Bruine de Bruin,W. Dombrowski, A. Parker,A et al.(2016) Late life depression, suicidal ideation, and attempted suicide : The role of individual differences in maximizing regret and negative decision outcomes. Journal of behavioral decision making. Vol29 (40, oct 2016, 363-371).
- Brulé, M. Cloutier, L. (2002) L'examen clinique dans la pratique infirmière. ERPI. (pp.88-105 et pp.636-667)
- Chang, Q. Chan, C et Yip, P.(2017) A meta-analytic review on social relationships and ideation among older adults. Social science and medicine. 191, 65-76.
- Charazac, M.(2007). Le suicide des personnes âgées dans prévenir le suicide : clinique et prise en charge. DUNOD.
- Conejero, I. Olie, E. Courtet, P. Calati, R.(2018) Suicide in older adults : current perspectives. Clinical interventions in aging.13, 691-699.
- Conwell, Y.(2020)Commentary on self-harm, suicidal ideation, and attempted suicide in older adults:a national study of emergency department visits and follow-up care. Am J of Geriatric Psychiatry 28:6(2020) 659-661.
- Cossette, R. (1996) La personne âgée et son besoin de se vêtir et de se dévêtir. Dans S. Lauzon, E. Adam. La personne âgée et ses besoins : interventions infirmières. (pp 500-528) Montréal. ERPI.
- Curac, S. Vassor, I. Burnod, A.(2014) Le sujet âgé suicidant en médecine d'urgence préhospitalière. Lapresse médicale. Tome 43,no 5 .
- Dubé , D.(2006) Humaniser la vieillesse. Éditions Multimondes.
- Fréchette, M. Gauthier' B. (1998) Suicide. Dans P. Lalonde, F. Grunberg et col, Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale (pp 787-788) Montréal : Morin Ed.
- Fullen, M.Mobilizing the community to prevent older adult suicide. Illness crisis and loss. Vol 24 (3), juil 2016,155-169.
- Garand, L. Mitchell, A. Dietrick, A. Hijawi, S. Di Pan.(2007). Suicide in older adults : nursing assessment of suicide risk.
- Grek, A.(2006). Clinical management of suicidality in the elderly : an opportunity for involvement in the lives of older patients. The Canadian journal of psychiatry. Vol 52. no6. sup 1.
- Guidry, E et Cukrowicz, K. Death ideation in older adults : Psychological symptoms of depression, thwarted belongingness and perceived burdensomeness. Aging and mental health. Vol20 (8), aug 2016, 823-830.
- Harwood, D. Jacoby, R.(2006) Suicide chez le sujet âgé. EMC.

- Hasif, C. Bordage, C. Cornec, G et al. (2014) Crise suicidaire, souffrance psychique et avancée en âge. Soins gériatologiques. No 107.
- Hazif-Thomas, C. Décaieux, S. Thomas, P.(2006). Dépression du sujet âgé et risque suicidaire. Soins psychiatriques. No 246.
- Heisel, J.M. (2006).Suicide among older adults. Canadian journal of psychiatry. Vol 51, no3.
- Heisel, J.M. Flett, G.L. (2006) The development and initial validation of geriatric suicide ideation scale. The American journal of geriatric.
- Heisel M. Talbot, N. King, D.(2015) Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide. Am. J Geriatric psychiatry 23:1.
- Heisel, M et Fleet, G.(2016) Investigating the psychometric properties of the geriatric suicide ideation scale among community-residing older adults. Aging and mental health. Vol20 (2), 208-221.
- Heisel, M. Neufeld, E et Fleet, G. Reason of living, meaning in life, and suicide ideation: investigating the roles of key positive psychological factors in reducing suicide risk in community-residing older adults. Aging and mental health. Vol 20 (2), 195-207.
- Holm, A. Salemonsén, E. Severinsson, E. Suicide prevention strategies for older persons-An integrative review of empirical and theoretical papers. Nursing Open. 2021;8:2175-2193.
- Jacobs, G.D. Brewer, M.L.(2006). Application of the APA practice guidelines on suicide to clinical practice. CNS Spectrums. Vol11. no 6.
- King, K. Schlichthorst, M .Millar, c et al (2020) Understanding the context of suicides by older men compared younger old men and women:an exploration of coronial data in Victoria, Australia. CRSIS: The journal of crisis intervention and suicide prevention, December 2020.
- Koyama, A et al.(2015) Suicidal ideation and related factors dementia patients. Journal of affective disorders. 178, 66-70.
- Lafleur, C. Séguin, M. (2008). Intervenir en situation de crise suicidaire. Les presses de l'Université de Québec.
- Lapierre, S. Dubé, M. Bouffard, L et Alain, M.(2010) Réalisation de buts personnels : une approche novatrice du suicide. Mars.
- Lévesque, L (2001) L' approche relationnelle d'accompagnement de la personne atteinte de troubles cognitifs. L'infirmière du Québec.(pp29-37).
- Lutz, J .Van Orden, K. Bruce, M at al. Social disconnection in late life suicide : An NIMH workshop on state of the research in identifying mechanisms, treatment targets, and interventions. Am J Geriatric Psychiatry 29:8 (2021) 731-744.
- Manthorpe, J.(2006) Suicide among older adults. Canadian journal of psychiatry. Vol 17. no 10.
- Myung, H. Subin, P. Hochang, B. Ramsey, c et al.(2015) Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. Psycho-oncology 24: 601-607.
- Nationales guidelines for seniors mental health.(2006). The assessment of suicide risk and prevention of suicide. Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées.
- Ngamini, N. Vasiliadis, H, Prévile, M et al .(2015) Individual and area-level factors correlated with death by suicide in older adults. Preventive medicine 75, 44-48.

- Okolie, C.Dennis, M. Thomas, E.John, A.(2017) A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International psychogeriatrics* .29-11, 1101-1824.
- Pope, M et West, A (2014) Legal briefing : voluntarily stopping eating and drinking. *The journal of clinical ethics*.Vol 25, no 1, 68-80.
- Préville, M. Boyer, R. Hébert, R. Bravo, G. Séguin, M. (2005) Correlates of suicide in the older adult population in Québec. *Suicide life threatening behavior*. Vol 35.
- Richard-Devantoy,S. Szanto, K. Butters, M et al.(2015) Cognitive inhibition in older high-lethality suicide attempters. *Int. J. geriatric psychiatry* 2 :30: 274-283.
- Richard-Devantoy, S. Turecki, G et Jollant, F. (2016) Neurobiology of elderly suicide.*Archives of suicide research*. Vol20 (3), 291-313.
- Sanna, L. Stuart, A. Pasco, J et al. (2014) Suicidal ideation and physical illness : Does the link lie with depression? *Journal of affective disorders*. 152-154.422-426.
- Santos, J. Martins, S. Azevedo , L et al .(2020) Pain as a risk factor for suicidal behaviorial in older adults: a systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics* 87 (2020) 104000.
- Séguin et al.(2012) L'apport de la recherché en psychologie dans la compréhension complexe de l'étiologie du suicide. *Santé mentale au Québec*.XXXVII. (pp 95-105).
- Shea, S.C. (2008) *Evaluation du potentiel suicidaire : comment intervenir pour prévenir*. Masson.
- Silva de Sousa, G.Galdino, J. Oliviera, S et al .(2020) clinical validation of the nursing diagnosis risk for suicide in the older adults.*Archives of psychiatric nursing* 34 (2020) 21-28.
- Szanto, K. Hallquist, M. Crockett, M et al. (2014) The cost of social punishment and high-lethality suicide attempts in the second half of life.Vol 29, no 1, 84-94.
- Szanto, K et Withman, K. Improving social connections to reduce suicide risk: A promising intervention target? *Am J of Geriatric Psychiatry* 29:8 (2021) 801-803.
- Szanto, K et Gujral, S. Problem-Solving therapy effects on suicidal ideation: The role of reduction in functional disability. *Am J of Geriatric Psychiatry* 29:6 (2021) 562-564.
- Szucs, A. Szanto,K. Wright, A et al. (2020) Personality of late-and early-onset elderly suicide attempters. *Int j Geriatric Psychiatry* 2020: 35: 384-395.
- Van Orden, K. Wiktorson, S. Duberstein, P et al.(2015) Reasons for attempted suicide in later life. *Am. J. Geriatric psychiatry* 23:5, 535-544.
- Vézina, J. Cappeliez, P. Landreville, P.(1994) Suicide. Dans Vézina, J. Cappeliez, P. Landreville, P. *Psychologie gérontologique*.(pp 349-369) Montréal. Gaétan Morin Ed.
- Wand, A.Verbeek, H. Hanon, C et al. Is suicide the end point of ageism and human rights violations? *Am J of Geriatric Psychiatry* 29:10 (2021) 1047-1052.

La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme : leurs enjeux dans un contexte de vieillissement, d'atteintes cognitives et de troubles de santé mentale

Nadia Duchaine, M. Ps., psychologue à la retraite

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) accueillent des usagers en grande perte d'autonomie avec divers profils de besoins particuliers. Parmi ceux-ci, les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TSA (troubles de santé mentale) peuvent constituer un défi de taille pour les équipes soignantes. Afin d'offrir des approches adaptées pour répondre aux besoins spécifiques de ces personnes, les intervenants doivent sans contredit acquérir les notions nécessaires à la compréhension de leur réalité et mettre en œuvre des interventions adaptées. Dans cette formation, la déficience intellectuelle et le TSA seront abordés dans une perspective de vieillissement en abordant les troubles de santé mentale, les troubles du comportement et le vieillissement cognitif. Des pistes d'intervention seront aussi abordés afin d'outiller les participants.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'acquérir des connaissances quant à la déficience intellectuelle et au TSA dans une perspective de vieillissement, d'atteintes cognitives de trouble du comportement et de troubles de santé mentale afin de mettre en place des interventions adaptées.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux différents professionnels de la santé intéressés : préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, infirmières, ergothérapeutes, médecins, psychologues, travailleurs sociaux, etc.).

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Éléments déclencheurs <i>Éléments qui capteront l'attention des participants tels que des statistiques, des questions, une anecdote reliée directement au sujet traité.</i>
13 h 15 – 14h15	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire les principales caractéristiques de la déficience intellectuelle, ses principales causes et les conditions pouvant y être associées ▪ Décrire le TSA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition de la déficience intellectuelle (DI) ▪ Description des DI légère, modérée, sévère et profonde ▪ Les causes de la DI et conditions associées ▪ Définition du TSA (troubles de santé mentale) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé ▪ Vidéo : Des gens tout comme toi. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Représentation graphique illustrant la distribution des niveaux de fonctionnement intellectuel, représentation graphique de la répartition des causes associées à la DI
14 h 15 – 15 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire les particularités des manifestations associées au vieillissement et à la démence chez les personnes présentant une DI et de la philosophie d'intervention qui s'y rattachent ▪ Décrire le vieillissement chez les personnes avec un TSA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Particularités des manifestations du vieillissement chez une personne présentant une DI et philosophie d'intervention ▪ Défis spécifiques à l'évaluation des troubles cognitifs et de la démence auprès de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé ▪ Échange à partir d'un cas clinique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Statistiques illustrant l'ampleur de la problématique de démence au sein de la clientèle présentant une DI

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Éléments déclencheurs <i>Éléments qui capteront l'attention des participants tels que des statistiques, des questions, une anecdote reliée directement au sujet traité.</i>
		la clientèle présentant une DI <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le TSA, ses particularités, son évolution 		
15 h – 15 h 15	Pause			
15 h 15 – 16 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire les principaux troubles de santé mentale et leur présentation clinique chez les personnes avec une DI ou un TSA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Description des troubles anxieux, des troubles de l'humeur et du TOC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé ▪ Échange à partir de cas cliniques 	
16 h – 16 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assurer de l'intégration des notions abordées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation de questions à choix avec l'implication des participants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaire Échange interactif 	
16 h 15 – 16 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conclusion et échange 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation de la formation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (ANESM). (2017). Trouble du spectre de l'autisme: interventions et parcours de vie à l'adulte.
- ASSS de la Montérégie (2015). TSA et neurotypique. Mieux se comprendre.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2015). *TSA et neurotypique – Mieux se comprendre*, 32 pages.
- Böhmer, M. et coll. (2020). Comparison of sleep-wake rythmes in elderly persons with intellectual disabilities and the general population. *Sleep medicine*. 76, 148-154.
- Bond, L., Carroll, R., Mulryan, N., O'Dwyer, M. O'Connell, J., Monaghan, R., Sheerin, F., McCallion, P., McCarron. , M., (2020). The association of life events ans mental ill health in older adults with intellectual disability: results of the wave 3 intellectual disability supplement to the irish longitudinal study of aging. *Journal of intellectual disability research*. 63 (5), 454-465.
- Bouisson, J. (2005). *Psychologie du vieillissement et vie quotidienne*. Solar Éditeur : Marseille.
- Centre de Réadaptation en Déficience Intellectuelle et en Troubles Envahissants du Développement de Chaudières-Appalaches (CRDITED-CA; 2013). *Formation : La déficience intellectuelle. À l'intention des partenaires du CRDITED de Chaudières-Appalaches*. Par Bianca Nolin : 27 et 28 août 2013).
- Evans, E., Bhardwaj, A., Brodaty, H., Sachdev, P., Draper, B., Trollor, J. N. (2013). Dementia in people with intellectual disability : Insights and challenges in epidemiological research with an at-risk population. *International review of psychiatry*, 25, 755-763
- Deb, P.S., Perera, D.B, Krysta, P.K, et coll. (2021). The European guideline on the assessment and diagnosis of psychiatric disorders in adults with intellectual disabilities. *The European Journal of Psychiatry*. Article in press.
- Gosh, S. et coll. (2021). Levels and patterns of sedentarity behavior in men and women with intellectual disability. *Disability and health journal*. 14, 101059.
- Hénault, I. (2019). *La détresse psychologique et la dépression chez les personnes ayant un TSA*. Conférence multimédia du SQETGC (service québécois d'expertise en troubles graves du comportement).
- Krinsky-McHale, S.J., & Silverman, W. (2013). Dementia and Mild Cognitive Impairment in Adults with Intellectuel Disability : Issues of Diagnosis. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 18, 31-42.
- Loirdighi, N. & coll (2015). Rapport de recherche. Cognition et démence chez les personnes ayant une DI. Collections de l'Institut universitaire en DI-TSA.
- Loirdighi, N. & coll (2018). Le profil de santé physique des personnes âgées présentant une DI. Collections de l'Institut universitaire en DI-TSA.
- Morel-Kohlmeyer (2019). Vieillir avec un autisme. La revue du praticien. Vol 69, 595-597.
- National Institute for Health and care excellence-NICE (2016). Mental health in people with learning disabilities: prevention, assement and managment.

- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V. J., Buntinx, W. E. M., Coulter, D.L., Craig, E. M., Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo-Alonso, M. A., Wehmeyer, M. L., Yeager, M. H. (2011). *Déficience intellectuelle : définition, classification et systèmes de soutien (11e éd.)* [trad. sous la direction : D. Morin]. Trois-Rivières, Québec : Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (Ouvrage original publié en 2010).
- Sullivan, W.F., Heng, J., Perry, A., Bach, M. & Casson, I. (2019). Prendre de l'âge avec une déficience intellectuelle et développementale. *The official journal of the college of family physicians of Canada*. Vol 65 (suppl 1), 11-13.
- Van den Linden, M., Meulemans, T., Seron, X., Coyette, F., Andres, P., Prairial, C. (2000). L'évaluation des fonctions exécutives. Dans X. Seron & M. Van der Linden (Eds.) *Traité de neuropsychologie clinique. Tome I*. Solal : Marseille.
- Vernaudoon, J. (2018). Évaluation gériatrique multidimensionnelle de la personne âgée avec déficience intellectuelle. *French journal of psychiatry*. Vol 1, Supp, S74-S75.
- Sullivan, W., Heng, J., Perry, A., Bach, M. & Casson, I. (2019). Prendre de l'âge avec une déficience intellectuelle et développementale. *The official journal of the college of family physicians of Canada*. Supp 1. S11-S13.
- Winter, C. F., Jansen, A. A. C, & Evenhuis, H. M. (2011). Physical conditions and challenging behaviour in people with intellectual disability : a systematic review. *Journal of intellectual disability research*, 55, 675-698.

Mieux comprendre certains troubles de santé mentale afin de mettre en place des interventions non-pharmacologiques plus efficaces auprès des personnes âgées avec et sans atteintes cognitives

Nadia Duchaine, M. Ps., psychologue à la retraite

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement est associé à plusieurs préjugés qui ont un impact sur la prise en charge de différentes problématiques dont les troubles de santé mentale. Des croyances sont fréquemment véhiculées à l'effet que le vieillissement est associé à une augmentation de la fréquence des troubles de santé mentale ou qu'il est normal de vivre un trouble de santé en vieillissant. Ces croyances amènent une vision péjorative du vieillissement qui aura un impact sur l'évaluation et la prise en charge des difficultés vécues par les personnes vieillissantes. Une connaissance de base de la présentation clinique des principaux troubles de santé mentale permettra donc de cibler des interventions adaptées et efficaces ainsi que d'agir précocement. La présence d'atteintes cognitives complexifie l'évaluation et l'intervention en présence de ces troubles qui peuvent être des contributeurs des SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence). Les différents troubles de santé mentale abordés tiendront compte de cette réalité et de ses impacts sur l'évaluation et l'intervention.

Cette formation présentera les données objectives sur la santé mentale et le processus de vieillissement. Elle développera les troubles de santé mentale les plus fréquents (schizophrénie, trouble obsessionnel-compulsif (TOC), troubles anxieux et dépressifs) et abordera les particularités associées au vieillissement. Les interventions non-pharmacologiques reconnues seront aussi présentées dans une perspective interdisciplinaire pour outiller les intervenants qui gravitent autour de la personne vieillissante.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'acquérir ou développer leurs connaissances quant à la présentation clinique et l'intervention non-pharmacologique face à certains troubles de santé mentale chez une clientèle vieillissante avec et sans atteintes cognitives.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux différents professionnels de la santé intéressés : préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, infirmières, ergothérapeutes, médecins, psychologue, travailleurs sociaux, etc.).

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Éléments déclencheurs <i>Éléments qui capteront l'attention des participants tels que des statistiques, des questions, une anecdote reliée directement au sujet traité.</i>
13 h 15 – 13 h 45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire le vieillissement et ses impacts sur la santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition du vieillissement et du concept de santé mentale VS trouble de santé mentale ▪ Les préjugés sur le vieillissement et la santé mentale ▪ Description des facteurs de risque du développement d'un trouble de santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé ▪ Questionnaire sur les préjugés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise de conscience de la présence de préjugés et leurs impacts sur la qualité de vie des personnes âgées
13 h 45 – 14 h 45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire les principaux troubles de santé mentale et leur présentation clinique dans une 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Description de la schizophrénie, des troubles dépressifs et anxieux et du TOC. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé ▪ Vignettes cliniques sur la présentation des différents troubles de santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire ressortir l'impact du vieillissement sur la présentation clinique (évaluation)

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Éléments déclencheurs <i>Éléments qui capteront l'attention des participants tels que des statistiques, des questions, une anecdote reliée directement au sujet traité.</i>
	perspective de vieillissement	▪ Décrire la présentation clinique dans la perspective du vieillissement		▪ Donner des exemples des présentations clinique afin de les concrétiser
14 h 45 – 15 h 00	Pause			
15 h 00 – 16 h 15	▪ Aborder les interventions non-pharmacologiques reconnues pour le traitement des troubles de santé mentale chez les personnes vieillissantes	▪ Les principales interventions non-pharmacologiques (ex : thérapies occupationnelles, activités physiques, interventions centrées sur les solutions, réminiscence, méditation)	▪ Exposé ▪ Échange à partir d'un cas clinique	▪ Présentation de tableaux ▪ Présentation d'un cas clinique
16 h 15 – 16 h 30	▪ Conclusion et échange			▪ Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Abusalehi, A., Vahedian-Shahroodi, M., Esmaly, H., Jafari, A., & Tehrani, H. (2021). Mental health promotion of elderly in nursing homes: A social-cognitive intervention. *International journal of gerontology*, 15, 221-227.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2015). *TSA et neurotypique – Mieux se comprendre*, 32 pages.
- Boerema, Y, Boer, M., Van Balkom, A., Eikelenboom, M., Visser, H., Van Oppen, P., (2019). Obsessive-compulsive disorder with and without hoarding symptoms: characterizing differences. *Journal of affective disorders*, 246, (652-658).
- Bouisson, J. (2005). *Psychologie du vieillissement et vie quotidienne*. Solar Éditeur : Marseille.
- Brakoulias, V., Rehn, S. (2017). Does the severity of obsessive-compulsive symptoms reduce with age? *Journal of affective disorders*, 213 (178-179).
- Bruno, M., Lepetit, A. (2015). Les troubles anxieux de la personne âgée. *Gériatrie et psychologie du vieillissement, volume 13, numéro 2*.
- Ciasca E.L & all (2018). Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial. *Brazilian journal of psychiatry*, 40, 3.
- Conn, D., Gibson, M., & McCabe, D. (2014). *Mise à jour 2014 des lignes directrices de la CCSMPA – Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)*. Toronto : Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA), www.ccsmh.ca.
- Cook, J. S. & Fontaine, K. L. (1991). Soins infirmiers. *Psychiatrie et santé mentale*. Montréal : ERPI.
- Domenechh-Abella, J., Mundo, J., Haro, J-M., & Rubio-Valera, M. (2019). Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly : longitudinal associations from the Irish longitudinal study on ageing. *Journal of affective disorders*, 246, 82-88.
- Fox, C. & all (2017). Mental illness in older adults. *Brockel hurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*.
- Harvey, P. D. (2001). Cognitive and functional impairments in elderly patients with schizophrenia : A review of the recent literature. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 59-68.
- Hassett, A., Ames, D., & Chiu, E. (2005). *Psychosis in the elderly*. Taylor & Francis (London).
- Karim, H.T, Ly, M., Yu, G, Krafty, R., Tudorascu, D.L., Aizenstein, H.J & Andreescu, C. (2021). Aging faster: worry and rumination in late life are associated with greater brain age. *Neurobiology of aging*, 101, 13-21.
- Kolobaric, A., Helmet, H.T., Banihashemi, L., Mizuno, A., Aizenstein, H.J. & Andreescu, C. (2021). Are all anxieties created equal? Stress-related networks and anxiety phenotypes in old age. *The American journal of geriatric psychiatry*. Journal pre-proof.

- Libbey, J. (2018). La méditation dans le vieillissement: impacts sur le bien-être, la cognition et le cerveau de la personne âgée. *Revue de neuropsychologie*, volume 10, 304-312.
- Jalenques, I., Legrand, G., Tourtauchaux, R., Galland, F., Pontonnier, A.-L., & Vaille-Perret, E. (2009). Schizophrénie et vieillissement : aspects cliniques. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 380-384.
- Krinsky-McHale, S.J., & Silverman, W. (2013). Dementia and Mild Cognitive Impairment in Adults with Intellectual Disability : Issues of Diagnosis. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 18, 31-42.
- Leblanc, S., Leroux, G., Malo, S. & Roux, C. (2009). *Santé mentale et personnes âgées. S'outiller pour intervenir ensemble*. Publication du Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance.
- McDowell, C.P, Gordon, B.R., Andrews, K.L, MacDoncha, C. (2019). Associations of physical activity with anxiety symptoms and status: results from the Irish study on aging. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28, num 4, (436-445).
- Meesters, P.D., Schouws, S., Stek, M. de Haan, L., Smit, J., Eikelenboom, P. et coll. (2013). Cognitive impairment in late life schizophrenia and bipolar I disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 82-90.
- National Institute for Health and care excellence-NICE (2016). Mental health in people with learning disabilities: prevention, assessment and management.
- Nebhinani N, Pareek V, Grover S. (2014). Late-life psychosis: An overview. *Journal of Geriatric Mental Health*, 1,60-70
- Ordre des psychologues du Québec, (2021). Les cahiers du savoir : Les troubles anxieux.
- Ordre des psychologues du Québec. (2020). Les cahiers du savoir : Les troubles dépressifs.
- Parratte, J. (2007). Psychoses tardives. Dans M. Arcand & R. Hébert (Éds), *Précis pratique de gériatrie*, Edisem : Québec. pp. 325-339.
- Simning, A., Fox, M., Barnet, S. et coll. (2018). Depressive and anxiety symptoms in older adults with auditory, vision and dual sensory impairment. *Journal of aging and health*. Vol 31 (1353-1375).
- Stevenson, J., Brodaty, H., Boyce, P., & Byth, K. (2011). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 771-779.
- Subramanyam, A., Kedare, J., Singh, O-P, & Pinto, C. (2018), Clinical practice guidelines for Geriatric Anxiety Disorders, *Indian journal of psychiatry*, 60, 371-382.
- Tampi, R. R. (2016). Treatment Challenger of Late Life Psychosis. *Psychiatric Times*. May 2016.
<http://www.psychiatrictimes.com/apa-2016-Schizophrenia/treatment-challenges-late-life-psychosis/page/0/1>
- Tampi, R. R., Chandran, S., & Tampi, D. J. (2015). Anxiety disorders in Late Life. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 6, 3. doi: 10.4172/2155-6105.1000e129
- Trudel, J.-F., Bonin, C., & Côté, L. (2007). Les troubles de la personnalité, somatisation, troubles anxieux. Dans M. Arcand & R. Hébert (Éds), *Précis pratique de gériatrie*, Edisem : Québec. pp. 361-376.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (2007). *Mental disorders in older adults. Second Edition. Fundamentals of assessment and treatment*. The Guilford Press : New York.

Formation continue
Formation de 3 h 15

Préposés aux bénéficiaires et auxiliaires de santé et de services sociaux : s'outiller pour mieux intervenir avec les personnes âgées présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Roxane Pellerin inf., B.Sc., M.Sc. (c), équipe de mentorat Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
Sonia Singamalum, inf., B.Sc., M.Sc. (c), équipe de mentorat Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Les préposés aux bénéficiaires (PAB) et les auxiliaires de santé et de services sociaux (ASSS) sont des acteurs essentiels dans les soins et services offerts aux personnes âgées. Au-delà de leur accompagnement dans la réalisation des tâches quotidiennes, leur rôle comporte aussi une dimension relationnelle. Les PAB et ASSS œuvrant en gériatrie prennent soin de personnes âgées avec des problèmes de santé complexes tels les troubles neurocognitifs (TNC). Parmi ces personnes, un fort pourcentage manifeste des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Les comportements tels que les cris, l'errance, l'opposition aux soins ou encore les hallucinations visuelles peuvent représenter un défi pour les préposés aux bénéficiaires, qui veillent à donner des soins dans le respect et l'intégrité de la personne.

Dans une perspective d'approche optimale centrée sur la personne, la connaissance de la personne âgée, de ses besoins, ses aspirations et la connaissance des principaux TNC et des SCPD s'avèrent incontournables. En effet, la prévention et la diminution des SCPD sont possibles si l'on suit une démarche rigoureuse et si l'on applique des approches de bases humanistes et bienveillantes.

Les PAB et ASSS assurent une présence auprès des personnes atteintes d'un TNC en leur offrant une assistance physique et psychologique quotidienne. L'acquisition de connaissances spécifiques supplémentaires pourrait contribuer au développement des compétences de ces intervenants et ainsi permettre une meilleure prise en charge dans les interactions et les interventions quotidiennes auprès de cette clientèle, en plus de favoriser une meilleure gestion des SCPD.

LES BUTS DE LA FORMATION

Cette formation vise le développement de connaissances et de compétences chez les PAB et les ASSS. Elle leur permettra de mieux comprendre et prendre en charge la personne âgée atteinte d'un TNC et présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux préposés aux bénéficiaires de tous les milieux cliniques ainsi qu'aux auxiliaires de santé et services sociaux du soutien à domicile œuvrant auprès de la clientèle gériatrique.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 8 h 50	Accueil des participants et présentation de la formation	- Perception des participants sur la définition du rôle de PAB/ASSS, besoins, aspirations	Discussion de groupe	Vidéo « micro-trottoir » sur la perception des PAB par les autres professionnels
8 h 50 – 9h 10	Comprendre le vieillissement normal	- Distinction entre l'adulte et la personne âgée - Histoire de vie - Éléments du vieillissement normal impliqués dans les interactions <ul style="list-style-type: none"> ○ Vision ○ Audition ○ Sommeil ○ État neurologique ○ Bouche ○ État musculaire ○ Peau 	Exposé interactif	<i>Quiz</i>

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
9 h 10 – 9 h 40	Distinguer les principaux troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)	<ul style="list-style-type: none"> - Vieillesse pathologique <ul style="list-style-type: none"> o Les mémoires o Les principaux TNCM (maladie d'Alzheimer, maladie vasculaire, maladie fronto-temporale, maladie à corps de Lewy) o Santé mentale versus TNCM o Rétrognèse o Plongeon rétrograde o Mémoire émotionnelle 	Exposé interactif	Quiz Mises en situation
9 h 40 – 9 h 50	Nommer les aspirations et les besoins des personnes âgées atteintes d'un TNCM	<ul style="list-style-type: none"> - Les besoins - Les aspirations 	Discussion de groupe Exposé interactif	
9 h 50 – 10 h 05	Pause			
10 h 05 – 10 h 25	Identifier les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	<ul style="list-style-type: none"> - Définition du besoin compromis - Symptômes comportementaux : <ul style="list-style-type: none"> o Agitation physique agressive et non agressive o Agitation verbale agressive et non agressive - Symptômes psychologiques : <ul style="list-style-type: none"> o Hallucinations o Illusions o Idées délirantes o Dépression o Anxiété 	Exposé interactif	

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
10 h 25 – 11 h 35	Connaître les principes de l'approche de base	<ul style="list-style-type: none"> - Les 10 éléments de l'approche de base : <ul style="list-style-type: none"> ○ Principes de communication de base ○ Environnement (et perception de l'environnement) ○ Histoire de vie ○ Diversion ○ Validation ○ Écoute active adaptée ○ Toucher affectif ○ Méthode discontinue ○ Gestion du refus ○ Stratégie décisionnelle - Les stratégies à utiliser dans l'accompagnement aux soins d'assistance - Le rôle du PAB dans les approches de base - Le rôle des autres membres de l'équipe soignante 	Exposé interactif Exercice d'intégration sur des situations cliniques fréquemment rencontrées : <ul style="list-style-type: none"> - Errance - Comportements sexuels inappropriés <ul style="list-style-type: none"> - Agitation verbale - Agitation physique - Opposition aux soins 	Vidéos de mises en situation Capsules vidéo « L'approche non pharmacologique » CISSS-Chaudières Appalaches
11 h 35 – 11 h 45	Conclusion et échange			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Agmon, M., Armon, G., Denesh, S., & Dumas, M. (2018). The role of gender in the association between personality and task priority in older adults' dual-tasking while walking. *BMC geriatrics*, 18(1), 1.
- Aiguillera, C.T. (1995). *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie (6e Édition)* (M.Zeghouani trad.) Paris : ERPI.
- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's disease*, 11(6), 10-19.
- Amella, E.J. (2004). Presentation of Illness in Older Adults. *American Journal of Nursing*, 104 (10), 40-51.
- American Journal of psychiatry, 169, 946-953. Clark, M.E., Lipe, A., Bilbrey. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 1998; 24(7):10-17
- Arai, A., Khaltar, A., Ozaki, T., & Katsumata, Y. (2021). Influence of social interaction on behavioral and psychological symptoms of dementia over 1 year among long-term care facility residents. *Geriatric Nursing*, 42(2), 509-516.
- Arkady, Y., James, E. G. (2014). Vocalization in dementia: a case report and review of the literature. *Case Rep Neurol* 6,126–133.
- Aubry, F., Couturier, Y. (2014). *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes, entre domination et autonomie*. Presse de l'université du Québec. Collection santé et société Québec
- Aubry, F. (2016). Les préposés aux bénéficiaires au Québec : entre amour du métier et dégoût de la tâche : comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le paradoxe. *Sociologie et sociétés*, 48(1), 169–189.
- <https://doi.org/10.7202/1036888ar>
- Backhouse T. (2021) Understanding and reducing refusals of personal care in dementia. *Nursing and Residential Care*. 2021. <https://doi.org/10.12968/nrec.2021.23.3.8>
- Baldinger, P., Höflich, A.S., Mitterhauser, M., Hahn, A., Rami-Mark, C., Spies, M., Wadsak, W., Lanzenberg, R., Kasper, S. (2014). Effects of Silexan on the serotonin-1A receptor and microstructure of the human brain: a randomized, placebo-controlled, double-blind, cross-over study with molecular and structural neuroimaging. *International journal on neuropsychopharmacology*, 1-9.
- Barrett, P., Sharma, M., & Zeisel, J. (2018). Optimal spaces for those living with dementia: principles and evidence. *Building Research & Information*, 1- 13.
- Beattie, J. & West, J. (2021) *Dementia : attachment matters*. *Insight* (59). Récupéré de <https://www.iriss.org.uk/resources/insights/dementia-attachment-matters>
- Beck, C., Frank, L., Chumler, N.R., O'Sullivan, P., Vogelpohl, T.S., Rasin, J., Walls, R. et Baldwin, B. (1998). Correlates of disruptive behaviour in severely cognitively impaired nursing home resident. *The Gerontologist*, 38 (2), 189-198.
- Bourbonnais A, Auclair I, Lalonde MH.(2020) Les comportements des personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif : l'approche centrée sur les relations pour améliorer l'expérience de tous. *Rech Soins Infirm*. (143):92-105. DOI 10.3917/rsi.143.0092

- Brodaty, H., Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia.
- Caradec, V., & Chamahian, A. (2020). Vieillir avec la maladie d'Alzheimer. Une analyse à la lumière des concepts de déprise et d'épreuve.
- Chaudhury, H., Cooke, H.A., Cowie, H. & Razaghi, L. (2016) The Influence of the Physical Environment on Residents With Dementia in Long-Term Care Settings: A Review of the Empirical Literature *Gerontologist*, 2018, Vol. 58, No. 5, e325–e337 doi:10.1093/geront/gnw259
- Chaudhury, H. & Cooke, H. (2014). Design matters in dementia care: The role of the physical environment in dementia care settings. In M. Downs and B. Bowers (Eds.), *Excellence in dementia care* (2nd Edition) (pp. 144-158). UK: Open University Press.
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2006). Lignes directrices nationales : La santé mentale de la personne âgée, évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée, 55p.
- Cohen-Mansfield, J., Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 711-721
- Cossette, B., Bruneau, M. A., Couturier, Y., Gilbert, S., Boyer, D., Ricard, J., ... & Beauchet, O. (2020). Optimizing practices, Use, Care and Services—Antipsychotics (OPUS-AP) in long-term care centers in Québec, Canada: a strategy for best practices. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(2), 212-219.
- Enmaker, I., Olsen, R., Hellzen, O. (2010). Management of person with demntia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International Journal of Older people Nursing*, june 6 (2), 153-162.
- Eustache-Vallée, M. L. (2018). Vers une prise en soin identitaire sociétale du patient Alzheimer à un stade modéré à sévère de la maladie. *Revue de neuropsychologie*, 10(3), 192-194.
- Fazio, S., Pace, D., Maslow, K., Zimmerman, S. et Kallmyer, B. (2018). Alzheimer's Association Dementia Care Practice Recommendations. *Gerontologist*, 58 (S1, S1–S9).doi:10.1093/geront/gnx182
- Feil, N. (1993). *The Validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's -type dementia."* Baltimore, MD, US : Health Professions Press.
- Fourques, C., & Verdon, B. (2020). Les ressources psychiques des personnes malades d'Alzheimer à la lumière des méthodes projectives. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 20(118), 240-247.
- Gerlach, L. B., & Kales, H. C. (2020). Managing Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Clinics in geriatric medicine*, 36(2), 315–327. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1016/j.cger.2019.11.010>
- Gil, R., Fargeau, M. N., & Jaafari, N. (2011). Self-consciousness, the Self and human identity in Alzheimer's disease. In *Annales Médico Psychologiques* (Vol. 169, No. 7, pp. 416-419). Masson.
- Grenier, J., & Bourgeault, G. (2016). Pour une éthique de la reconnaissance : enjeux éthiques de l'intervention auprès des personnes âgées : en écho à leurs témoignages. *Nouvelles pratiques sociales*, 28(2), 71-88.
- Gil, R., & Arroyo-Anllo, E. M. (2019). Émotions et maladie d'Alzheimer : neuropsychologie et enjeux éthiques. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 19(112), 233-240.

- Haute Autorité de Santé HAS (2009). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, 40 p.
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *British Medical Journal* 350 : h369.
- Landreville, P., Bordes, M., Dicaire, L, et Verreault, R. (1998). Behavioral agitation in residents of long-term-care facilities: critical review and suggestions for future research. *International Psychogeriatrics*, 10 (4), 397-419.
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Montréal : Édisem Maloine. 352 p.
- Legere, L. E., McNeill, S., Schindel Martin, L., Acorn, M., & An, D. (2018). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(7–8), e1360–e1376. <https://doi.org/accses.bibl.ulaval.ca/10.1111/jocn.14007>
- Margallo-Lana, M., Swann, A., O'Brien, J., Fairbairn, A., Reichelt, K., Potkins, P., Mynt, P. et Ballard, C. (2001). Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 39-44.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010) Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, cadre de référence. MSSS, 195 p
- Ministère de la santé et des services sociaux (2014) Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. MSSS.
- Ministère de la Santé et des services sociaux (2021) Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée - Des milieux de vie qui nous ressemblent. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>
- Mitchell, G. (2014). Use of doll therapy for people with dementia: an overview. *Nursing older people*, 26 (4).
- Moyle, W., Cooke, M.L., Beattie, E., Shum, D.H.K., O'Dwyer, S.T., Barret, S. (2014). Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A ramdomised controlled trial. *International journal of nursing*, 51, 856-864.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018) Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline (NG97). Récupéré de: [Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng97)
- Nelis, S.M., Clare, L. & Whitaker, W. (2014) Attachment in people with dementia and their caregivers: A systematic review. *Dementia* 13(6) 747–767. DOI: 10.1177/1471301213485232
- Neugarten, B I., (1973). Personality change in late life. A developmental perspective in psychology of adult development and aging, 311-331,
- Plante-Lepage, R., Voyer, P., Carmichael, P. H., & Kröger, E. (2022). A nursing mentoring programme on non-pharmacological interventions against BPSD: Effectiveness and use of antipsychotics—A retrospective, before–after study. *Nursing open*, 9(1), 181-188.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De Leon, M. J., & Crook, T. (1988). Global deterioration scale (GDS). *Psychopharmacol Bull*, 24(4), 661-3.

- Rey S, Savoie C, Voyer P, Ahossi EC, Bouchard S, Dallaire C, Hardy MS, Ducraux D, Ortoleva Bucher C, Cohen C. (2020) Fondamentaux des soins : un cadre et un processus pratique pour répondre aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels des personnes soignées. *Rech Soins Infirm.* 2020 Sep;(142):7-30.
- Roy, C., Whetsell, M. V., & Frederickson, K. (2009). The Roy Adaptation Model and research: global perspective. *Nursing science quarterly*, 22(3), 209-211.
- Saidlitz, P., Sourdet, S., Vellas, B., Voisin, T. (2014). Prise en charge des symptômes psychocomportementaux de la démence en unité spécialisée. *Ger psychol neuropsychiatrie vieil*, 12 (4), 371-378.
- Sharon M. Nelis , Linda Clare & Christopher J. Whitaker (2012) Attachment representations in people with dementia and their carers: Implications for well-being within the dyad, *Aging & Mental Health*, 16:7, 845-854, DOI: 10.1080/13607863.2012.667779
- Sun, W., Matsuoka, T., Oba, H., & Narumoto, J. (2021). Importance of loneliness in behavioral and psychological symptoms of dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 36(4), 540–546. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1002/gps.5450>
- Thomas, P., Chandès, G., Hazif-Thomas, C., & Fontanille, J. (2017, December). Analyse du sens d'un trouble du comportement dans la démence. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 175, No. 10, pp. 906-913). Elsevier Masson
- Thomasa, P., & Hazif-Thomasb, C. (2018). Discours de vie et maladie d'Alzheimer.
- Voyer P., Gagnon, C., Germain, J. (2009). RMG03 : Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, aide-mémoire à la prise de décision, 14 p.
- Voyer, P. (2021) Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie 3e édition. Les éditions du renouveau pédagogique : Montréal.
- Waller, S. & Masterson, A. (2015) Designing dementia-friendly hospital environments. *Future Hospital Journal* 2015 Vol 2, No 1: 63–8

Formation continue
Formation de 3 h 15

Ergothérapie et gestion des risques à domicile

Dominique Giroux, erg. PhD, professeure titulaire, Faculté de médecine, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABREGE

Les ergothérapeutes sont confrontés régulièrement à des situations complexes nécessitant de juger des risques associés à la situation de vie de la personne. Aussi, la volonté gouvernementale de privilégier le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie a comme effet d'augmenter les demandes adressées aux intervenants oeuvrant à domicile pour intervenir afin de favoriser le maintien de l'autonomie et la diminution des risques pour les personnes à domicile. Par contre, il s'agit d'une évaluation très complexe nécessitant souvent plusieurs évaluations et il est particulièrement difficile de juger du risque réel encouru par la personne. En effet, de nombreux facteurs doivent être considérés et la décision doit porter non seulement sur l'ensemble des résultats d'évaluation, mais aussi sur le jugement du professionnel qui doit déterminer la probabilité qu'un événement imprévu et à risque pour la santé et la sécurité de la personne survienne. Pour éviter les risques de préjudice, cette analyse doit reposer sur une réflexion la plus objective et systématique possible.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de mieux outiller les ergothérapeutes oeuvrant auprès de la clientèle vivant à domicile. Cette formation aborde la complexité des situations rencontrées, discute des facteurs en cause et des normativités ayant un impact sur la situation et la décision. Différents outils disponibles pour soutenir l'évaluation en ergothérapie seront présentés et des stratégies pour juger le degré de risque et aider la prise de décision seront abordées.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux ergothérapeutes oeuvrant auprès d'une clientèle demeurant à domicile.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 8 h 40	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil et présentation des objectifs et des participants 			
8 h 40 – 8 h 55	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer la notion de « risque » et décrire le rôle de l'ergothérapeute lors de l'évaluation et la gestion des risques 	<ul style="list-style-type: none"> • Notion de risque et de préjudice possible ou probable • Gestion des risques et Loi 21 : Impact de la Loi 21 sur certaines pratiques en ergothérapie en lien avec la gestion des risques 	Exposés interactifs, discussions Questions adressées aux participants Vrai ou faux	
8 h 55 – 9 h 20	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les données issues des études scientifiques portant sur l'évaluation des risques 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité des professionnels de la santé à prédire les risques de la situation de vie • Impact du contexte d'évaluation sur les risques identifiés • Validité prédictive de certains outils • Identification des normativités en cause et influençant la décision 	Exposés interactifs, discussions	

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
		(juridiques, éthiques, administratives) <ul style="list-style-type: none"> • Discussion sur la validité du jugement clinique lors de l'estimation des risques 		
9 h 20 – 10 h 15	<ul style="list-style-type: none"> • Estimer les risques liés au maintien à domicile d'une personne ayant des incapacités 	<ul style="list-style-type: none"> • Démarche permettant d'identifier les risques et leur impact sur la personne évaluée • Présentation d'outils permettant aux ergothérapeutes d'évaluer différents aspects liés au risque à domicile • Présentation de moyens et de stratégies pour aider à juger du degré de risque 	Exposés interactifs, échanges Discussion à partir d'une mise en situation à résoudre	
10 h 15 – 10 h 30	Pause			
10 h 30 – 10 h 40	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les facteurs pouvant influencer le niveau de risques 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs importants à prendre en considération • Rôle des proches 	Échanges interactifs	
10 h 40 – 10 h 50	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister les personnes âgées à risques d'abus-maltraitance 	<ul style="list-style-type: none"> • Situation actuelle en lien avec cette réalité • Définition des types d'abus/maltraitance • Outils et ressources disponibles pour dépister les personnes victimes ou 	Exposés interactifs et échanges	

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
		à risque d'abus/maltraitance		
10 h 50 – 11 h 35	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les risques pour la santé et l'intégrité physique de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> • Les risques de chute, de feu et de brûlure et les risques liés à la médication, à l'alimentation et à l'errance seront discutés • Discussion sur les facteurs en cause, sur leur impact sur la sécurité de la personne et sur les moyens pour les dépister • Outils et ressources disponibles pour évaluer ces risques • Interventions et ressources les plus efficaces selon les récentes études 	Exposés interactifs, échanges	
11 h 35 – 11 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusion 			

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Agrément Canada, (2012). Dans quelle mesure les organismes de santé canadiens sont-ils sécuritaires? Rapport sur les pratiques organisationnelles requises de 2012. Ottawa, ON: Agrément Canada.
- Aranda-Gallardo, M., Morales-Asencio, J., Canca-Sanchez, J., Barrero-Sojo, S., Perez-Jimenez, C., Morales-Fernandez, A., . . . Mora-Banderas, A. (2013). Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. *Bmc Health Services Research*, 13(1), 122.
- Arcand, M. et Hébert, R. (2009). Précis pratique de gériatrie. Québec, QC: Edisem inc.
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2011). Stratégies pour permettre aux ergothérapeutes de lutter contre les mauvais traitements envers les aînés. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Atwal, A., McIntyre, A., Wigggett, C. (2012). Risks of older adults in acute care settings: UK occupational therapists' and physiotherapists' perceptions of risks associated with discharge and professional practice. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(2), 381-393.
- Axson, S. A., et al. (2019). Evaluating nurse understanding and participation in the informed consent process. *Nursing Ethics* 26(4): 1050-1061
- Bansal, S., Hirdes, J.P. Maxwell, C.J., Papaioannou, A., Giangregorio, L.M. (2016). Identifying Fallers among Home Care Clients with Dementia and Parkinson's Disease. *Canadian Journal on Aging*, 35(3). 319-331. DOI:10.1017/S0714980816000325
- Bergeron D, Roy M, Fortin MP, Houde M, Hudon C, Poulin S, Verret L, Bouchard RW, et Laforce R.Jr. (2015). Dépistage Cognitif De Québec (DCQ): A Novel Cognitive Screening Test for Atypical Dementias. *Alzheimer's & Dementia*, 11(7:Suppl), 568.
- Berridge, C. and T. F. Wetle (2020). Why Older Adults and Their Children Disagree About In-Home Surveillance Technology, Sensors, and Tracking. *Gerontologist* 60(5): 926-934.
- Bigaouette, M. (2003). Le monde change! Des chiffres qui font réfléchir. *Objectif Prévention*, 26(5), 10-11.
- Boardman, G., Roberts, G., (2014). Risk, Safety and recovery: A briefing. Centre for mental health and mental health network, NHS Confederation.
- Campbell, N.L., Boustani, M.A., Skkopelja, E.N., Gao, S., Unverzagh, F.W. & Murray, M.D. (2012). Medication adherence in older adults with cognitive impairment: A systematic evidence-based review. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 10(3), 165-176.
- Chao, P.C., Chien, W.C., Chung, C.H., Chu, C.W., Yeh, C.B., Huang, S.Y. Lu, R.B., Chang, H.A., Kao, Y.C., Yeh, H.W., Chiang, W.S., Chou, Y.C., Tzeng, N.S. (2018). Cognitive enhancers associated with decreased risk of injury in patients with dementia: A nationwide cohort study in Taiwan. *Journal of investigated medicine*, 66(3), 684-692. doi: 10.1136/jim-2017-000595

- Chen, R., Chien, W.C., Kao, C.C., Chung, C.H., Liu, D., Chiu, H.L., Chou, K.R. (2018). Analysis of the risk and risk factors for injury in people with and without dementia: A 14-year, retrospective, matched cohort study. *Alzheimers research and Therapy*, 10(1), 111. doi: 10.1186/s13195-018-0437-0
- Clarke, C & Mantle, R (2016), Using risk management to promote person-centred dementia care. *Nursing Standard*, 30(28), 41-46. DOI: 10.7748/ns.30.28.41.s47
- Cott, C., & Tierney, M.C. (2013). Vulnerability and risk across the life course. *Health Risk & Society*, 15(5), 402-415.
- Crosson, B., Barco, P., Velozo, C. A., Bolesta, M. M., Cooper, P. V., Werts, D., & Brobeck, T. (1989). Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 4(3), 46-54.
- Douglas A., Letts L. & Liu L. (2008). *Review of cognitive assessments for older adults. Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 26(4), 13-43.
- Durocher, E., Kinsella, E. A., Ells, C., Hunt, M., (2015). Contradictions in client-centred discharge planning: through the lens of relational autonomy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22, 293-301. Doi:10.3109/11038128.2015.1017531
- Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J. Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L.M. & Lamb, S.E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 9(CD007146). doi:10.1002/14651858
- Gouvernement du Québec, Institut de la Statistique du Québec (2020). Enquête sur la maltraitance envers les personnes âgées au Québec 2019 : Portrait de la maltraitance vécue à domicile [en ligne]. Québec, Institut de la statistique du Québec, 153 p. www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/securite/victimisation/maltraitance-personnes-aines-domicile-2019-portrait.pdf
- Grenier, A., (2020). Où et comment devraient évaluer les ergothérapeutes lors de la planification du congé de l'hôpital des personnes âgées. Mémoire présenté à la Faculté des lettres et sciences humaines. Université de Sherbrooke
- Gross, A.L., Rebok, G.W., Unverzagt, F.W., Willis, S., L., Brandt, J. (2011). Word list memory predicts everyday function and problem-solving in the elderly: Results from the ACTIVE cognitive intervention trial. *Neuropsychology, Development, and Cognition. Section B, Aging, Neuropsychology and Cognition*, 18(2), 129-146. doi: 10.1080/13825585.2010.516814
- Hunt, M., Clarke, S., Lencucha, R. (2021) When a patient's choices entail risks for others: third-party risks, relational ethics, and responsibilities of rehabilitation professionals, *Disability and Rehabilitation*, 43:6, 870-876, DOI:10.1080/09638288.2019.1637950
- Lach, H.W. et Chang, Y.P (2007). Caregiver perspectives on safety in home dementia care. *Western Journal of Nursing Research*, 29(8), 993-1014.
- Latulippe, K., Giroux, D., Vincent, C., Guay, M., Kairy, D., Morales, E., Boivin, K., Provencher, V. (2020). La visioconférence mobile pour évaluer le domicile : une revue rapide. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*. 6(1). 77-92. doi:10.13096/ffre.v6n1.135
- Lee, L., Hillier, L.M., Lu, S.K., Martin, S.D., Pritchard, S., Janzen, J. Slonim, K. (2019). Person-centered risk assessment framework: assessing and managing risk in older adults living with dementia. *Neurodegenerative disease management*. doi: 10.2217/nmt-2018-0031

- Lockwood, K.J., Taylor, N.F., Harding, KH (2015). Pre-discharge home assessment visits in assisting patients return to community livings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation and medicine*, 47, 289-299.
- Macciocchi, S. N. et Stringer, A. Y. (2001). Assessing risk and harm: The convergence of ethical and empirical considerations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(supp2), S15-S19.
- MacCourt, P., & Tuokko, H. (2010). Marginal competence, risk assessment, and care decisions: A comparison of values of health care professionals and older adults. *Canadian Journal on Aging*, 29 (2), 173-183.
- Markiewicz, O., Lavelle, M., Lorencatto, F., Judah, G., Ashrafian, H., & Darzi, A. (2019). Threats to safe transitions from hospital to home: a consensus study in North West London primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 70(690), e9–e19. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X707105>
- Méret, T. et Floccia, M. (2005). La personne démente à domicile. *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement*. 3(supp. 1), S14-S25.
- Ministère de la santé et des services sociaux. Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 37 p.
- Moore, Z.E.H et Cowman, S. (2014). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2(CD006471). DOI: 10.1002/14651858.CD006471.pub3
- Nygard, L., Grahn, U., Rudenhammar, A., & Hydling, S. (2004). Reflecting on practice: Are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care? *Scand J Caring Sci*, 18(2), 193-203.
- Oliver, D., Papaioannou, A., Giangregorio, L., Thabane, L., Reizgys, K., & Foster, G. (2008). A systematic review and meta-analysis of studies using the STRATIFY tool for prediction of falls in hospital patients: how well does it work? *Age and Ageing*, 37(6), 621-627. doi: 10.1093/ageing/afn203
- Provencher, V., Demers, L., Gagnon, L., & Gélinas, I. (2012). Impact of familiar and unfamiliar settings on cooking task assessments in frail older adults with poor and preserved executive functions. *International Psychogeriatrics*, 24(5), 775-783.
- Provencher, V., D'Amours, M., Viscogliosi, C., Giroux, D., Dubé, V., Delli-Colli, N., Guay, M., Corriveau, H., Egan, M., (2019) Risks perceived by frail patients, family caregivers and clinicians in hospital: do they change after discharge? A multiple case study. *International Journal of Integrated Care*. 19(1): 4. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.4166> (Facteur d'impact : 2,230)
- Quenneville-Courteau, L., Foucault-Piché, D., Rouillard, C., Rivard, K., Québec'hdu, S., Desrosiers, J., (2016). Validation d'une version française de l' « Executive Function Performance Test » auprès d'aînés avec et sans déficits cognitifs. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 2(2), 57-72.
- Ramsdell, J.W., Jackson, J.E., Guy, H.J., Renvall, M.J. (2004). Comparaison of clinic-based home assessment to a home visit in demented elderly patients. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8(3), 145-53.
- Roy, V., Provencher, V., Kouri, R.P., **Giroux, D.** (2020). Favoriser la collaboration professionnelle avec les proches aidants. *Revue canadienne des politiques sociales*. 80. 87-99
- Roy, V., Provencher, V., **Giroux, D.**, Kouri, R.P. (2019). Encadrement juridique du congé hospitalier en contexte de délégation de soins aux proches aidants : Portrait de la responsabilité civile des acteurs. *Revue canadienne des politiques sociales*. 79.

- Ruchinska, R.A. (2005). Risk assessment as an integral aspect of capacity evaluations. *Rehabilitation Psychology*. 50(3), 197-200.
- Shields, W. C., Perry, E. C., Szanton, S. L., Andrews, M. R. Stepnitz, R. L. (2013). Knowledge and injury prevention practices in homes of older adults. *Geriatric Nursing*, 34, 19-24.
- Statistiques Canada (2002). Enquête sociale générale cycle 16: la prestation de soins dans une société vieillissante. Ottawa, QC: Ministre de l'Industrie.
- Tierney, M.C., Snow, W.G., Charles, J., Moineddin, R. & Kiss, A. (2007). Neuropsychological predictors of self-neglect in cognitively impaired older people who live alone. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(2), 140-8.
- Trouvé, E. (2009). *Ergothérapie en gériatrie: Approches cliniques*. Marseille, FR: Solal.
- Van der Roest HG, Wenborn J, Pastink C, Dröes RM, Orrell M. (2017). Assistive technology for memory support in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6.
- Zhang, W., Low, L.F., Schwenk, M., Mills, N., Gwynn, J.D., Clemson, L. (2019). Review of gait, cognition and fall risks with implications for fall prevention in older adults with dementia. *Dementia and Geriatric and Cognitive Disorders*. 48(1-2). 17-29. doi: 10.1159/000504340
- Van der Wijst, E., Wright, J., Steultjens, E., (2014). The suitability of the Montreal Cognitive Assessment as a screening tool to identify people with dysfunction in occupational performance after mild stroke. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(10), 526-532.

Formation continue
Formation de 3 h 15

L'approche adaptée à la personne aînée

Michèle Morin, M.D., interniste gériatre CISSS Chaudière-Appalaches,
professeure agrégée au département de médecine de l'Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

La spécificité des besoins des personnes aînées en matière de soins et services posent des défis particuliers à l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. En réponse à cet indéniable constat, le Ministère de la Santé et des Services sociaux rendait disponible, en janvier 2010, son Cadre de référence sur *l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* (AAPA). Depuis, quel que soit l'environnement où la personne aînée sollicite des soins, à domicile, en contexte ambulatoire, en soins de courte durée incluant les unités critiques et les centres de réadaptation, tout comme en milieu d'hébergement, il ne fait plus aucun doute que la reconnaissance du vieillissement normal et sa distinction avec le vieillissement pathologique permet d'étoffer la démarche des soignants à travers les différentes étapes du soin : dépistage, évaluation, intervention et suivi.

La présente formation détaillera d'abord le profil de la personne aînée qui requiert des soins de santé. Les concepts de comorbidité, de fragilité et, plus particulièrement, de présentation atypique de plusieurs problèmes de santé aideront ici le participant à saisir la complexité des soins aux personnes aînées. Puis, les notions théoriques sur le vieillissement normal dans ses dimensions physique, mentale et fonctionnelle seront abordées par système.

L'effet synergique du vieillissement normal et des problèmes de santé affectant la personne aînée davantage que l'adulte plus jeune, à plus forte raison si s'y associe une relative immobilité, comment alors éviter à cette patientèle le déclin fonctionnel, la perte d'autonomie et, pire encore, le syndrome d'immobilisation ? Ces aspects seront discutés tout au long de la formation, préparant ainsi les apprenants à promouvoir et à optimiser la santé et l'autonomie de la personne vieillissante dans les différents milieux de soins.

LES BUTS DE LA FORMATION

Cette formation vise l'acquisition de connaissances sur une approche adaptée à la personne âgée dans le contexte du vieillissement normal et pathologique.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse principalement aux infirmières et infirmiers. Les autres professionnels de la santé (ergothérapeutes, intervenants sociaux, intervenants spirituels, médecins, nutritionnistes, orthophonistes, pharmaciens, physiothérapeutes, psychologues, etc.) ainsi que les infirmiers auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires sont invités à y assister dans le but d'être également sensibilisés aux enjeux de l'approche adaptée à la personne âgée.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 8 h 45	Distinguer les notions : approche adaptée à la personne âgée et indicateurs de déclin fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de l'approche adaptée • Présentation de l'acronyme <i>AÎNÉES</i> 	Exposé interactif Questions quiz aux participants et échanges	Lien avec le cadre de référence du MSSS sur l' <i>Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier</i>
8 h 45 – 9 h 30	Décrire le profil de la clientèle aînée qui se présente dans un service de soins ou de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques et conséquences du syndrome de fragilité • Comorbidité • Signes gériatriques atypiques → Exemple de la fièvre gériatrique • Douleur et vieillissement • Pharmacocinétique et vieillissement 	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants selon leur nombre	

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
9 h 30 – 10 h 15	Établir les priorités d'évaluation et de suivi clinique dans les soins aux personnes âgées pour prévenir la perte fonctionnelle	Autonomie fonctionnelle <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage, évaluation et interventions selon les principaux indicateurs de perte fonctionnelle en lien avec le vieillissement normal : <p>A) Autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilité <ul style="list-style-type: none"> ○ HTO, chute • AVQ <p>I) Intégrité de la peau</p> <p>N) Nutrition et hydratation</p> <p>É) Élimination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vésicale • Intestinale 	Exposé interactif Vignette clinique Discussion en équipe selon le nombre de participants	Lien avec les fiches cliniques du MSSS
10 h 15 – 10 h 30	Pause			
10 h 30 – 11 h	Suite : Établir les priorités d'évaluation et de suivi clinique dans les soins aux personnes âgées pour prévenir la perte fonctionnelle	<p>E) État mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fonctions cognitives <ul style="list-style-type: none"> ○ Delirium ○ Dépression • Communication <ul style="list-style-type: none"> ○ Vision ○ Audition <p>S) Sommeil</p>	Exposé interactif Vignette clinique Discussion en équipe selon le nombre de participants	

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
11 h – 11 h 40	Expliquer les manifestations et les conséquences du syndrome d'immobilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Définition et physiopathologie du syndrome d'immobilisation • Facteurs de risque • Effets de l'immobilisation sur différents systèmes 	Exposé interactif Vignette clinique Discussion en équipe selon le nombre de participants	
11 h 40 – 11 h 45	Conclusion		Discussions et échanges Réponses aux questions des participants	Évaluation de la formation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Cadre de référence :

- Ministère de la santé et des services sociaux (2010) Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, cadre de référence. MSSS, 195 pages. MSSS. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2011) Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, Fiches cliniques, MSSS.
 - o Autonomie – Fiche clinique « Déclin fonctionnel dans les AVQ » :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-01W.pdf>
 - o Autonomie – Fiche clinique « Syndrome d'immobilisation » :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-02W.pdf>
 - o Intégrité de la peau – Fiche clinique « Plaie de pression » :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-03W.pdf>
 - o Nutrition – Fiche clinique « Dénutrition » :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-04W.pdf>
 - o Nutrition – Fiche clinique « Déshydratation » :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-05W.pdf>
 - o Élimination – Fiche clinique « Constipation et fécalome » :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-06W.pdf>
 - o Élimination – Fiche clinique « Incontinence urinaire » :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-07W.pdf>
 - o État cognitif – Fiche clinique « Délirium » :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-08W.pdf>
 - o État cognitif – Fiche clinique « Agitation dans les démences » :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-09W.pdf>
 - o Sommeil – Fiche clinique « Insomnie » :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-10W.pdf>

Livres :

- Arcand, M., Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*. Canada : Edisem. 1270 pages.
- Hazzard's W. R. & al. (2009). *Geriatric medicine and gerontology*. États-Unis : Mc Graw Hill.
- Voyer, P. (2011). *L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de surveillance clinique*. Montréal : ERPI. 232 pages.
- Voyer, P. (2020). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. (3^e édition) Montréal : ERPI. 753 pages.

Ressources électroniques :

- RNAO (2016). **Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care.** Tiré du Website : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-older-adults-delirium-dementia-and-depression>
- RUSHGQ (2015). **Guide de gestion médicamenteuse en UCDG.** Sous-comité sur la médication. Québec : Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec. <http://www.rushgq.org>

Articles scientifiques :

- Amella E.J. **Presentation of Illness in Older Adults.** *American Journal of Nursing*, 2004 ; 104(10) : 40-51.
- Ansryan L.Z., Aronow H.U., Borenstein J.E., Mena V., Haus F., Palmer K., Chan E., Swanson J.W., Mass S., Rosen B., Braunstein G.D., Burnes Bolton L. **Systems Addressing Frail Elder Care : Description of a Successful Model.** *J Nurs Adm*, 2018 ; 48(1) : 11-17.
- Baumbusch J., Leblanc M.E., Shaw M., Kjørven M. **Factors influencing nurses' readiness to care for hospitalised older people.** *Int J Older People Nurs*, 2016 ; 11(2) : 149-59.
- Boreskie K.F., Hay J.L., Boreskie P.E., Arora R.C., Duhamel T.A. **Frailty-aware care : giving value to frailty assessment across different healthcare settings.** *BMC Geriatr*, 2022 ; 22(1) : 13.
- Canu M.H., Fourneau J., Coq J.O., Dannhoffer L., Cieniewski-Bernard C., Stevens L., Bastide B., Dupont E. **Interplay Between Hypoactivity, Muscle Properties and Motor Command : How to Escape the Vicious Deconditioning Circle?** *Ann Phys Rehabil Med*, 2019 ; 62(2) : 122-127.
- Chan S.P., Ip K.Y., Irwin M.G. **Peri-operative Optimisation of Elderly and Frail Patients : A Narrative Review.** *Anaesthesia*, 2019 ; 74(Suppl 1) : 80-89.
- Church S., Rogers E., Rockwood K., Theou O. **A scoping review of the Clinical Frailty Scale.** *BMC Geriatr*, 2020 ; 20(1) : 393.
- Dent E, J E Morley, Cruz-Jentoft A.J., Arai H., Kritchevsky S.B., Guralnik J., Bauer J.M., Pahor M., Clark B.C., Cesari M., Ruiz J., Sieber C.C., Aubertin-Leheudre M., Waters D.L., Visvanathan R., Landi F., Villareal D.T., Fielding R., Won C.W., Theou O., Martin F.C., Dong B., Woo J., Flicker L., Ferrucci L., Merchant R.A., Cao L., Cederholm T., Ribeiro S.M.L., Rodríguez-Mañas L., Anker S.D., Lundy J., Gutiérrez Robledo L.M., Bautmans I., Aprahamian I., Schols J.M.G.A, Izquierdo M., Vellas B. **International Clinical Practice Guidelines for Sarcopenia (ICFSR) : Screening, Diagnosis and Management.** *J Nutr Health Aging*, 2018 ; 22(10) : 1148-1161.
- de Souza L.F., Canever J.B., Moreira B.S., Danielewicz A.L., de Avelar N.C.P. **Association Between Fear of Falling and Frailty in Community-Dwelling Older Adults : A Systematic Review.** *Clin Interv Aging*, 2022 ; 17 : 129-140.
- Eagles D., Perry J.J., Sirois M.J., Lang E., Daoust R., Lee J., Griffith L., Wilding L., Neveu X., Emond M. **Timed Up and Go predicts functional decline in older patients presenting to the emergency department following minor trauma.** *Age Ageing*, 2017 ; 46(2) : 214-218.
- Ellison D., White D., Farrar F.C. **Ageing population.** *Nurs Clin North Am*, 2015 ; 50(1) : 185-213.
- Escourrou E., Durriou F., Chicoulaa B., Dupouy J., Oustric S., Andrieu S., Gardette V. **Cognitive, functional, physical, and nutritional status of the oldest old encountered in primary care : a systematic review.** *BMC Fam Pract*, 2020 ; 21(1) : 58.

- Fick D.M., Inouye S.K., Guess J., Ngo L.H., Jones R.N., Saczynski J.S. et Marcantonio E.R. (2015). **Preliminary Development of an Ultrabrief Two-Item Bedside Test for Delirium.** *Journal of Hospital Medicine*, 2015 ; 10(10) : 645-650.
- Fried L.P., Ferrucci L., Darer J., Williamson, Anderson G. (2004). **Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity : Implications for Improved Targeting and Care.** *Journal of Gerontology*, 2004 ; 59 : 255-2.
- Gettel C.J., Voils C.I., Bristol A.A., Richardson L.D., Hogan T.M., Brody A.A., Gladney M.N., Suyama J., Ragsdale L.C., Binkley C.L., Morano C.L., Seidenfeld J., Hammouda N., Ko K.J., Hwang U., Hastings S.N. **Care transitions and social needs :A Geriatric Emergency care Applied Research (GEAR) Network scoping review and consensus statement.** *Acad Emerg Med*, 2021 ; 28(12) : 1430-1439.
- Gonzalez-Fernandez M., Humbert I., Winegard H., & al. **Dysphagia in old-old women : prevalence as determined by self-report and the 3 oz water swallowing.** *Journal of American Geriatric Society*, 2014 ; 62 (40) : 716-720.
- Hegg S., Sirois M.J., Carmichael P.H., Truchot J., Jouhair E.M., Nadeau A., Emond M. **Relation between grip strength of independent elders and functional decline following an emergency department visit : a pan-Canadian study.** *Rev Med Liege*, 2021 ; 76(12) : 868-874.
- Hogan D.B., MacKnight C., Bergman H. (Canadian Initiative on Frailty and Aging). **Models, definitions, and criteria of frailty.** *Aging Clin Exp Res*, 2003 ; 15 Suppl.(3) : 3-29.
- Hshield T.T., Yue J., Oh E., Puelle M., Dowal S., Trivison T. et Inouye S.K. **Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions.** *JAMA Intern Med*, 2015 ; 75(4) : 512-520.
- Huifen L., Bhavish M., Sean X. L. **Frailty, Inflammation and Immunity.** *Aging and Disease*, 2011 ; 2(6) : 466-473.
- Kubicki A., Bonnetblanc F., Petrment G., Ballay Y., Mourey F. **Delayed postural control during self-generated perturbations in the frail older adults.** *Clinical Interventions in Aging*, 2012 ; 7 : 65–75.
- Limpawattana P., Phungoen P., Mitsungrern T., Laouangkoon W., Tansangworn N. **Atypical presentations of older adults at the emergency department and associated factors.** *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2016 ; 62 : 97-102.
- Lowthian J.A., McGinnes R.A., Brand C.A., Barker A.L., Cameron P.A. **Discharging older patients from the emergency department effectively : a systematic review and meta-analysis.** *Age Ageing*, 2015 ; 44(5) : 761-70.
- Marcantonio E.R., Ngo L.H., O'Connor M., Jones R.N., Crane P.K., Metzger E.D. et Inouye S.K. **3D-CAM : Derivation and Validation of a 3-Minute Diagnostic Interview for CAM-defined Delirium.** *Annals of Internal Medicine*, 2014 ; 161(8) : 554-561.
- Morin J., Leduc Y. **Lève-toi et marche.** *Le Médecin du Québec*, 2004 ; 39(6) : 89-94.
- Muszalik M., Gurtowski M., Doroszkiewicz H., Gobbens R.J., Kędziora-Kornatowska K. **Assessment of the Relationship Between Frailty Syndrome and the Nutritional Status of Older Patients.** *Clin Interv Aging*, 2019 ; 14 : 773-780.
- Oelke M., Wiese B., Berges R. **Nocturia and its impact on health-related quality of life and health care seeking behaviour in German community-dwelling men aged 50 years or older.** *World J Urol*, 2014 ; 32 : 1155-1162.
- O'Neill D., Forman D.E. **The importance of physical function as a clinical outcome : Assessment and enhancement.** *Clin Cardiol*, 2020 ; 43(2) : 108-117.
- Parish A., Kim J., Lewallen K.M., Miller S., Myers J., Panepinto R., Maxwell C.A. **Knowledge and perceptions about aging and frailty : An integrative review of the literature.** *Geriatr Nurs*, 2019 ; 40(1) : 13-24.

- Parke B., Hunter K.F., Bostrom A.M., Chambers T., Manraj C. **Identifying modifiable factors to improve quality for older adults in hospital : a scoping review.** *Int J Older People Nurs*, 2014 ; 9(1) : 8-24.
- Rezaei-Shahsavarloo Z., Atashzadeh-Shoorideh F., Gobbens R.J.J., Ebadi A., Ghaedamini Harouni G. **The impact of interventions on management of frailty in hospitalized frail older adults : a systematic review and meta-analysis.** *BMC Geriatr*, 2020 ; 20(1) : 526.
- Rogeri P.S., Zanella R. Jr, Martins G.L., Garcia M.D.A., Leite G., Lugaresi R., Gasparini S.O., Sperandio G.A., Ferreira L.H.B., Souza-Junior T.P., Lancha A.H. Jr. **Strategies to Prevent Sarcopenia in the Aging Process : Role of Protein Intake and Exercise.** *Nutrients*, 2021 ; 14(1) : 52.
- Rubin F.H., Neal K., Fenlon K., Hassan S. et Inouye S. K. **Sustainability and scalability of the Hospital Elder Life program at a community hospital.** *Journal of the American Geriatrics Society*, 2011 ; 59(2) : 359-365.
- Rubin F.H., Bellon J., Bilderback A., Urda K., Inouye S.K. **Effect of the Hospital Elder Life Program on Risk of 30-Day Readmission.** *J Am Geriatr Soc*, 2018 ; 66(1) : 145-149.
- Shimada H., Makizako H., Doi T., Tsutsumimoto K., Suzuki T. **Incidence of Disability in Frail Older Persons With or Without Slow Walking Speed.** *JAMDA*, 2015 ; 16 : 690-696.
- Skloot G.S. **The Effects of Aging on Lung Structure and Function.** *Clin Geriatr Med*, 2017 ; 33(4) : 447-457.
- Theou O., Squires E., Mallery K., Lee J.S., Fay S., Goldstein J., Armstrong J.J., Rockwood K. **What do we know about frailty in the acute care setting? A scoping review.** *BMC Geriatr*, 2018 ; 18(1) : 139.
- Tribess S., Virtuoso Junior J.S., Jaco de Oliveira R. **Physical activity as a predictor of absence of frailty in the elderly.** *Rev. Assoc. Med. Bras*, 2012 ; 58(3).
- Valenzuela P.L., Morales J.S., Pareja-Galeano H., Izquierdo M., Emanuele E., de la Villa P., Lucia A. **Physical Strategies to Prevent Disuse-Induced Functional Decline in the Elderly.** *Ageing Res Rev*, 2019 ; 47 : 80-88.
- Verstraten C.C.J.M.M., Metzethin S.F., Schoonhoven L., Schuurmans M.J., de Man-van Ginkel J.M. **Optimizing patients' functional status during daily nursing care interventions : A systematic review.** *Res Nurs Health*, 2020 ; 43(5) : 478-488.
- Voyer P., Champoux N., Desrosiers J., Landreville P., McCusker J., Monette J., Carmichael P.H. **Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: a validation study.** *BMC Nursing*, 2015 ; 14 : 19.
- Zisberg A., Shadmi E., Sinoff G., Gur-Yaish N., Srulovici E., Admi H. **Low mobility during hospitalization and functional decline in older adults.** *JAGS*, 2011 ; 59(2) : 266-73.

Formation continue
Formation de 3 h 15

Les chutes chez l'aîné : aider le médecin à ne pas perdre pied !

Michèle Morin, M.D., interniste gériatre CISSS Chaudière-Appalaches,
professeure agrégée au département de médecine de l'Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Dans la prochaine année, le tiers des personnes âgées à domicile et près de la moitié de celles en institution subiront une chute. Les conséquences tant physiques que psychologiques de ces chutes sont énormes pour l'individu lui-même, pour ses proches, mais aussi pour le système de santé. Selon que la chute associe ou non un trouble de la démarche, et qu'elle s'accompagne ou pas d'une perte de conscience, les étiologies sous-jacentes et la conduite seront différentes. Une bonne compréhension des prérequis à la locomotion aidera le médecin à judicieusement orienter ses interventions, tant auprès des patients chuteurs avérés que de ceux à risque de « tomber vieux » ! Et la connaissance des ressources disponibles pour garder le patient « debout » se révélera aussi d'une grande utilité au clinicien préoccupé par la promotion de la santé et la prévention tant des maladies que des traumatismes.

LES BUTS DE LA FORMATION

Les buts de cette formation sont d'accroître les connaissances des participants quant aux chutes chez la personne âgée et de parfaire leur compréhension de ce prévalant syndrome gériatrique. Une démarche clinique simple et pratique, mais néanmoins systématique, rigoureuse et supportée par les données probantes leur est proposée, de manière à susciter chez eux l'intention d'intégrer rapidement à leur pratique quotidienne les nouvelles notions reçues.

CLIENTÈLE CIBLE

Cette formation s'adresse aux médecins de famille œuvrant en première ligne auprès de personnes âgées, que ce soit au bureau, à domicile, en milieu hospitalier de courte durée ou en centre d'hébergement et de longue durée. Dans la mesure où les objectifs de la formation tels qu'énoncés répondent aussi à leurs besoins, d'autres professionnels de la santé intéressés par cette problématique (infirmiers(ères), physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, pharmacien(ne)s, intervenant(e)s sociaux (sociales), etc.) sont également invités à y participer.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 9 h	Reconnaître l'importance des chutes comme problème de santé chez la population âgée	Définition, épidémiologie des chutes, conséquences physiques et psychologiques	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants selon leur nombre	
9 h – 9 h 20	Identifier les pré-requis à la locomotion	Physiologie de la marche, afférences, intégration et efférences nécessaires	Exposé interactif Vignette clinique Discussion en équipe selon le nombre de participants	
9 h 20 – 9 h 45	Décrire les changements normaux du vieillissement pouvant prédisposer aux chutes	Modification physiologiques des afférences, des centres intégrateurs et des efférences, facteurs de risque prédisposant aux chutes (intrinsèques, comportementaux et reliés à l'environnement)	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants selon leur nombre	
9 h 45 – 10 h	Discuter des étiologies des chutes chez la personne âgée	Étiologie des chutes, facteurs précipitants	Exposé interactif Vignette clinique	

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
		Emphase sur l'hypotension orthostatique	Questions quiz aux participants selon leur nombre	
10 h – 10 h 15	Pause			
10 h 15 – 10 h 50	Évaluer rigoureusement une chute	Démarche clinique pratique face aux chutes, évaluation du chuteur et de la chute, anamnèse et examen physique d'une chute, évaluations standardisées de la marche, importance de l'approche interprofessionnelle, investigation complémentaire	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants selon leur nombre	Vidéo de démarches anormales
10 h 50 – 11 h 05	Planifier un traitement « par étape » du chuteur	Traitement des conséquences physiques immédiates et du syndrome post-chute, corrections des facteurs prédisposants et précipitants sous-jacents, planification précoce de la réadaptation, etc.	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants selon leur nombre	
11 h 05 – 11 h 30	Utiliser les interventions préventives efficaces	Prévention primaire, secondaire et tertiaire, enseignements au patient et à ses proches, exercice, santé osseuse, adaptations	Exposé interactif Vignette clinique	

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
		et aides techniques, gestion des risques et alternatives aux contentions physiques, détecteurs de mouvement et télésurveillance, etc.	Questions quiz aux participants selon leur nombre	
11 h 30 – 11 h 45		Conclusion	Discussions et échanges Réponses aux questions des participants	Évaluation de la formation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livre :

- Arcand M., Hébert R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*, troisième édition. Édisem Maloine. 1270 p.

Ressources électroniques :

- Institut de la statistique du Québec, 2013. Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011, volume 3.
- http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_EnqSante_limitation_maladie_Vol3_H00F00.pdf
- Gouvernement du Québec, 2011. Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique.
- https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1242_prevchutespersageesrecommandations.pdf
- Gouvernement du Québec, 2021. Rapport 2020-2021 des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec, période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021.
- <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-735-01W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux, 2014. Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication: de la stratégie à l'action – Volet: chutes.
- <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-735-02W.pdf>
- INESSS, 2013. Chute chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée).
- https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_Chute_Patients_Etablissements_Sante.pdf
- Ministère de la santé et des services sociaux, 2010. Fiche clinique – Syndrome d'immobilisation
- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-02W.pdf>
- Regroupement des UCDG et des services hospitaliers gériatriques du Québec (RUSHGQ), 2013. Approche structurée de troubles modérés à sévères de la mobilité en UCDG. <http://rushgq.org>

Articles scientifiques :

- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons. Panel on Falls Prevention. **Guideline for the prevention of falls in older persons.** *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001 ; 49(5) : 664-72.
- Avanecean D., Calliste D., Contreras T., Lim Y., Fitzpatrick A. **Effectiveness of patient-centered interventions on falls in the acute care setting compared to usual care : a systematic review.** *JBI Database System Rev Implement Rep*, 2017 ; 15(12) : 3006-3048.
- Berg K.O., Wood-Dauphinee S., Williams J.L. et Gayton D. **Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument.** *Physiotherapy Canada*, 1989 ; 41 : 304-311.

- Cao P.Y., Zhao Q.H., Xiao M.Z., Kong L.N., Xiao L. **The effectiveness of exercise for fall prevention in nursing home residents : A systematic review meta-analysis.** *J Adv Nurs*, 2018 ; 74(11) : 2511-2522.
- Caristia S., Campani D., Cannici C., Frontera E., Giarda G., Pisterzi S., Terranova L., Payedimarri A.B., Faggiano F., Dal Molin A. **Physical exercise and fall prevention : A systematic review and meta-analysis of experimental studies included in Cochrane reviews.** *Geriatr Nurs*, 2021 ; 42(6) : 1275-1286.
- Cruz-Jimenez M. **Normal Changes in Gait and Mobility Problems in the Elderly.** *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 2017 ; 28(4) : 713-725.
- Cuevas-Trisan R. **Balance Problems and Fall Risks in the Elderly.** *Clin Geriatr Med*, 2019 ; 35(2) : 173-183.
- Dautzenberg L., Beglinger S., Tsokani S., Zevgiti S., Rajjmann R.C.M.A., Rodondi N., Scholten R.J.P.M., Rutjes A.W.S., Di Nisio M., Emmelot-Vonk M., Tricco A.C., Straus S.E., Thomas S., Bretagne L., Knol W., Mavridis D., Koek H.L. **Interventions for preventing falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults : A systematic review and network meta-analysis.** *J Am Geriatr Soc*, 2021 ; 69(10) : 2973-2984.
- Denking M.D., Lukas A., Nikolaus T., Hauer K. **Factors associated with fear of falling and associated activity restriction in community-dwelling older adults : a systematic review.** *Am J Geriatr Psychiatry*, 2015 ; 23(1) : 72-86.
- de Souza L.F., Canever J.B., Moreira B.S., Danielewicz A.L., de Avelar N.C.P. **Association Between Fear of Falling and Frailty in Community-Dwelling Older Adults : A Systematic Review.** *Clin Interv Aging*, 2022 ; 17 : 129-140.
- Fusco A. **What Are the Effects of Exercise Interventions for Preventing Falls in Older People Living in the Community? - A Cochrane Review Summary With Commentary.** *J Musculoskelet Neuronal Interact*, 2019 ; 19(4) : 385-388.
- Gafner S.C., Allet L., Hilfiker R., Bastiaenen C.H.G. **Reliability and Diagnostic Accuracy of Commonly Used Performance Tests Relative to Fall History in Older Persons : A Systematic Review.** *Clin Interv Aging*, 2021 ; 16 : 1591-1616.
- Ganz D.A., Latham N.K. **Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults.** *N Engl J Med*, 2020 ; 382(8) : 734-743.
- Goodwin V.A. et al. **Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people : systematic review and meta-analysis.** *BMC Geriatrics*, 2014 ; 14 : 15.
- Goswami N. **Falls and Fall-Prevention in Older Persons: Geriatrics Meets Spaceflight !** *Front Physiol*, 2017 ; 8 : 603.
- Gupta V., & Lipsitz L. A. **Orthostatic hypotension in the elderly : diagnosis and treatment.** *American Journal of Medicine*, 2007 ; 120(10) : 841-847.
- Guirguis-Blake J.M., Michael Y.L., Perdue L.A., Coppola E.L., Beil T.L. **Interventions to Prevent Falls in Older Adults : Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force.** *JAMA*, 2018 ; 319(16) : 1705-1716.
- Hruska K., Ruge T. **The Tragically Hip : Trauma in Elderly Patients.** *Emerg Med Clin North Am*, 2018 ; 36(1) : 219-235.
- Hull S.L., Kneebone I.I., Farquharson L. **Anxiety, depression, and fall-related psychological concerns in community-dwelling older people.** *Am J Geriatr Psychiatry*, 2013 ; 21(12) : 1287-91.

- Kasai M., Meguro K., Ozawa H., Kumai K., Imaizumi H., Minegishi H., Oi H., Oizumi A., Yamashiro M., Matsuda M., Tanaka M., Itoi E. **Fear of Falling and Cognitive Impairments in Elderly People with Hip Fractures.** *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 2017 ; 7(3) : 386-394.
- Ling Y., Xu F., Xia X., Dai D., Xiong A., Sun R., Qiu L., Xie Z. **Vitamin D supplementation reduces the risk of fall in the vitamin D deficient elderly : An updated meta-analysis.** *Clin Nutr*, 2021 ; (11) : 5531-5537.
- Lomas-Vega R., Obrero-Gaitán E., Molina-Ortega F.J., Del-Pino-Casado R. **Tai Chi for Risk of Falls. A Meta-analysis.** *J Am Geriatr Soc*, 2017 ; 65(9) : 2037-2043.
- Makino K., Makizako H., Doi T., Tsutsumimoto K., Hotta R., Nakakubo S., Suzuki T., Shimada H. **Fear of falling and gait parameters in older adults with and without fall history.** *Geriatr Gerontol Int*, 2017 ; 17(12) : 2455-2459.
- Menz H.B., Auhl M., Spink M.J. **Foot Problems as a Risk Factor for Falls in Community-Dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis.** *Maturitas*, 2018 ; 118 : 7-14.
- MSSS, Gouvernement du Québec. **Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier**, 2011. (Intéressante section portant sur l'environnement physique (Annexe D, pp 124-131).
- Park S.H. **Tools for Assessing Fall Risk in the Elderly : A Systematic Review and Meta-Analysis.** *Aging Clin Exp Res*, 2018 ; 30(1) : 1-16.
- Podsiadlo D. et Richardson S. **The timed « Up and Go » : a test of basic functional mobility for frail elderly persons.** *Journal of the American Geriatric Society*, 1991 ; 39 : 142-148.
- Regauer V., Seckler E., Müller M., Bauer P. **Physical therapy interventions for older people with vertigo, dizziness and balance disorders addressing mobility and participation : a systematic review.** *BMC Geriatr*, 2020 ; 20(1) : 494.
- Snijders et al. **Neurological gait disorders in elderly people : clinical approach and classification.** *The Lancet Neurology*, 2007 ; 6(1) : 63-74.
- Stubbs B., West E., Patchay S., Schofield P. **Is there a relationship between pain and psychological concerns related to falling in community dwelling older adults? A systematic review.** *Disabil Rehabil*, 2014 ; 36(23) : 1931-42.
- Taylor-Piliae R.E., Peterson R., Mohler M.J. **Clinical and Community Strategies to Prevent Falls and Fall-Related Injuries Among Community-Dwelling Older Adults.** *Nurs Clin North Am*, 2017 ; 52(3) : 489-497.
- Tinetti M.E. et Williams C.S. **The effect of falls and fall injuries on functioning in community-dwelling older persons.** *J Gerontol A Biol Sci*, 1998 ; 53(2) : M112-M119.
- Tinetti M.E. **Preventing Falls in Elderly Persons.** *N Engl J Med*, 2003 ; 348 : 42-49.
- Tricco A.C., Thomas S.M., Veroniki A.A., Hamid J.S., Cogo E., Striffler L., Khan P.A., Robson R., Sibley K.M., MacDonald H., Riva J.J., Thavorn K., Wilson C., Holroyd-Leduc J., Kerr G.D., Feldman F., Majumdar S.R., Jaglal S.B., Hui W., Straus S.E. **Comparisons of Interventions for Preventing Falls in Older Adults : A Systematic Review and Meta-analysis.** *JAMA*, 2017 ; 318(17) : 1687-1699.
- Tzeng H.M., Okpalauwaekwe U., Lyons E.J. **Barriers and Facilitators to Older Adults Participating in Fall-Prevention Strategies After Transitioning Home from Acute Hospitalization : A Scoping Review.** *Clin Interv Aging*, 2020 ; 15 : 971-989.

- Vieira E.R., Palmer R.C., Chaves P.H. **Prevention of falls in older people living in the community.** *BMJ*, 2016 ; 353 : 1-13.
- Wang Q., Jiang X., Shen Y., Yao P., Chen J., Zhou Y., Gu Y., Qian Z., Cao X. **Effectiveness of exercise intervention on fall-related fractures in older adults : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.** *BMC Geriatr*, 2020 ; 20(1) : 322.
- Zhao R., Bu W., Chen X. **The efficacy and safety of exercise for prevention of fall-related injuries in older people with different health conditions, and differing intervention protocols : a meta-analysis of randomized controlled trials.** *BMC Geriatr*, 2019 ; 19(1) : 341.

Conduite automobile et aîné : une vieille habitude ?

Michèle Morin, M.D., interniste gériatre CISSS Chaudière-Appalaches,
professeure agrégée au département de médecine de l'Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Dans les prochaines années, de plus en plus de personnes désireront continuer de conduire leur automobile, malgré leur âge avancé. Conduire un véhicule routier est une tâche complexe : le conducteur doit percevoir ce qui l'entoure, prendre des décisions rapidement et manœuvrer sa voiture afin d'effectuer les déplacements désirés. La performance peut évidemment être affectée par divers facteurs, dont le vieillissement, ce qui confronte le clinicien à un défi de taille : l'évaluation des aptitudes à conduire sécuritairement avec l'avancement en âge. Aucun test clinique ne permet actuellement de prédire avec certitude la performance sur route d'un conducteur vieillissant. Que faire dans le doute ? Si le permis de conduire doit être retiré, comment préparer le patient à cette mauvaise nouvelle ? Comment la lui annoncer ? Quelles alternatives lui proposer ? Comment agir face au patient qui ne respecte pas l'interdiction ? Quelle place l'entraînement peut-il occuper chez cette clientèle ?

LES BUTS DE LA FORMATION

Les buts de cette formation sont d'accroître les connaissances des participants quant aux enjeux soulevés par l'évaluation de l'aptitude à conduire sécuritairement un véhicule automobile par la personne aînée. Une démarche clinique simple et pratique, mais néanmoins systématique, rigoureuse et supportée par les données probantes leur est proposée, de manière à susciter chez eux l'intention d'intégrer rapidement à leur pratique quotidienne les nouvelles notions reçues.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation interdisciplinaire vise tous les professionnels de la santé travaillant avec des personnes âgées désireuses de conserver leur permis de conduire.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 9 h	Situer les enjeux entourant la conduite automobile chez la personne aînée	Nombre de conducteurs âgés, taux d'accidents en fonction de l'âge, type d'accidents en fonction de l'âge, conséquences d'un traumatisme de la route pour l'ainé, troubles cognitifs et conduite automobile, taux de déclaration des maladies à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants selon leur nombre	
9 h – 9 h 45	Cerner les moments-clés où évaluer l'aptitude à conduire de façon sécuritaire un véhicule automobile est requis chez la personne aînée	Calendrier prédéterminé par la SAAQ, conditions médicales et médication devant interpellier le clinicien, responsabilités du conducteur	Exposé interactif Questions quiz aux participants selon leur nombre	
9 h 45 – 10 h 05	Détailler en quoi consiste l'évaluation clinique de l'aptitude d'une personne aînée à conduire un véhicule	Éléments clés de l'anamnèse et de l'examen physique, dépistage cognitif, tests prédictifs	Exposé interactif Discussion en équipe selon le nombre de participants	
10 h 05 – 10 h 20	Pause			

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
10 h 20 – 11 h	Discuter des issues possibles de l'évaluation clinique de l'aptitude d'une personne âgée à conduire un véhicule	Patient apte, inapte ou doute ; démarches inhérentes à chacune des issues : éducation, signalement à la SAAQ, référence en ergothérapie, demande d'un test sur route à la SAAQ, cours de conduite, simulateur, etc.	Exposé interactif Discussion en équipe selon le nombre de participants	Différents formulaires (M28, etc.)
11 h – 11 h 15	Appréhender les conséquences de la perte du permis de conduire pour la personne âgée	Conséquences pour le patient, pour ses proches et pour la relation thérapeutique avec le « délateur », code de la sécurité routière au Québec	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants selon leur nombre	
11 h 15 – 11 h 35	Transmettre l'opinion professionnelle au détenteur âgé du permis de conduire	Préparation de l'annonce, implication des proches, précision des rôles, explication des constats, validation de la compréhension, accueil des réactions, recherche d'alternatives, vérification des intentions, consignation au dossier, suivi	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants selon leur nombre	
11 h 35 – 11 h 45		Conclusion	Discussions et échanges	Évaluation de la formation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres :

- Arcand M., Hébert R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*, troisième édition. Édisem Maloine. 1270 p.

Lignes directrices :

- Association médicale Canadienne. « **Évaluation médicale de l'aptitude à conduire** » - **Guide du médecin**, 8^{ème} édition. ISBN 978-1-897490-14-3.2012.

Ressources électroniques :

- Statistiques: Bilan routier SAAQ 2020
- <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/bilan-routier-2020.pdf>
- Classe de permis, SAAQ
- <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/classes-permis-conduire.pdf>
- Guide d'exercice du Collège des Médecins du Québec, 2007
- <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2007-03-01-fr-evaluation-medicale-aptitude-conduire.pdf>
- Lignes directrices de l'AMA
- www.nhtsa.dot.gov/people/injury/olddrive/OlderDriversBook
- Conduite automobile et démence, trousse d'information, Programme gériatrique régional de l'est de l'Ontario
- http://www.lignesantechamplain.ca/healthlibrary_docs/June2009.pdf
- Ressources utiles pour l'enseignement aux patients :
- SAAQ: « *Au volant de ma santé* » : <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/volant-sante.pdf>
- SAAQ: « *La sécurité routière n'a pas d'âge* » : <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/securite-routiere-pas-age.pdf>
- SAAQ: « *Testez vos connaissances* » : <https://testdeconnaissances.saaq.gouv.qc.ca/>
- Simulateur de conduite
- <https://www.caaquebec.com/fr/sur-la-route/interets-publics/securite-routiere/simulateur-de-conduite/>

Articles scientifiques :

- Allen H.K., Beck K.H., Zanjani F. **Driving Concerns Among Older Adults : Associations With Driving Skill, Behaviors, and Experiences.** *Traffic Inj Prev*, 2019 ; 20(1) : 45-51.
- Andrew C., Traynor V., Iverson D. **An integrative review : understanding driving retirement decisions for individuals living with a dementia.** *J Adv Nurs*, 2015 ; 71(12) : 2728-40.

- Ang B.H., Oxley J.A., Chen W.S., Yap K.K., Song K.P., Lee S.W.H. **To reduce or to cease : A systematic review and meta-analysis of quantitative studies on self-regulation of driving.** *J Safety Res*, 2019 ; 70 : 243-251.
- Bédard M., Porter M.M., Marshall S., Isherwood I., Riendeau J., Weaver B., et al. **The combination of two training approaches to improve older adults' driving safety.** *Traffic Injury Prevention*, 2008 ; 9(1) : 70-76.
- Betz M.E., Villavicencio L., Kandasamy D., Kelley-Baker T., Kim W., DiGuseppi C., Mielenz T.J., Eby D.W., Molnar L.J., Hill L., Strogatz D., Carr D.B., Li G; LongROAD Research Team. **Physician and Family Discussions about Driving Safety : Findings from the LongROAD Study.** *J Am Board Fam Med*, 2019 ; 32(4) : 607-613.
- Boot W.R., Stothart C., Charness N. **Improving the safety of aging road users : a mini-review.** *Gerontology*, 2014 ; 60(1) : 90-6.
- Bouchard C. **L'évaluation du conducteur au cabinet, clé en main.** *Le Médecin du Québec*, 2006 ; 41(9) : 37-43.
- Boutet B., Massicotte M.J. **Médicaments + conduite = prudence !** *Le Médecin du Québec*, 2006 ; 41(9) : 53-58.
- Carr D.B., O'Neill D. **Mobility and safety issues in drivers with dementia.** *Int Psychogeriatr*, 2015 ; 27(10) : 1613-22.
- Carr D.B., Stowe J.D., Morris J.C. **Driving in the elderly in health and disease.** *Handb Clin Neurol*, 2019 ; 167 : 563-573.
- Castellucci H.I., Bravo G., Arezes P.M., Lavallière M. **Are interventions effective at improving driving in older drivers? : A systematic review.** *BMC Geriatr*, 2020 ; 20(1) : 125.
- Chihuri S., Mielenz T.J., DiMaggio C.J., Betz M.E., DiGuseppi C., Jones V.C., Li G. **Driving Cessation and Health Outcomes in Older Adults.** *J Am Geriatr Soc*, 2016 ; 64(2) : 332-41.
- Classen S., Jeghers M., Morgan-Daniel J., Winter S., King L., Struckmeyer L. **Smart In-Vehicle Technologies and Older Drivers : A Scoping Review.** *OTJR (Thorofare NJ)*, 2019 ; 39(2) : 97-107.
- Crête P., Vézina F. **L'annonce de l'inaptitude médicale pour la conduite automobile.** *Le Médecin du Québec*, 2006 ; 41(9) : 67-71.
- Crizzle A.M., Classen S., Bédard M., Lanford D., Winter S. **MMSE as a predictor of on-road driving performance in community dwelling older drivers.** *Accid Anal Prev*, 2012 ; 49 : 287-92.
- Dattoma L.L. **Evaluation of the Older Driver.** *Prim Care*, 2017 ; 44(3) : 457-467.
- Davis R.L., Ohman J.M. **Driving in Early-Stage Alzheimer's Disease : An Integrative Review of the Literature.** *Res Gerontol Nurs*, 2017 ; 10(2) : 86-100.
- Davis J., Hamann C., Butcher B., Peek-Asa C. **The Medical Referral Process and Motor-Vehicle Crash Risk for Drivers with Dementia.** *Geriatrics (Basel)*, 2020 ; 5(4) : 91.
- Daw J. **Maladie et permis de conduire, comment s'y retrouver ?** *Le Médecin du Québec*, 2006 ; 41(9) : 61-64.
- Daw J. **Permis de conduire : qui fait quoi ?** *Le Médecin du Québec*, 2006 ; 41(9) : 27-33.
- Dickerson A.E., Meuel D.B., Ridenour C.D., Cooper K. **Assessment tools predicting fitness to drive in older adults : a systematic review.** *Am J Occup Ther*, 2014 ; 68(6) : 670-80.
- Dickerson A.E., Molnar L.J., Bédard M., Eby D.W., Berg-Weger M., Choi M., Grigg J., Horowitz A., Meuser T., Myers A., O'Connor M., Silverstein N.M. **Transportation and Aging : An Updated Research Agenda to Advance Safe Mobility among Older Adults Transitioning From Driving to Non-driving.** *Gerontologist*, 2019 ; 59(2) : 215-221.

- Dobbs B.M., Shergill S.S. **How effective is the Trail Making Test (Parts A and B) in identifying cognitively impaired drivers ?** *Age Ageing*, 2013 ; 42(5) : 577-81.
- Fuermaier A.B., Piersma D., de Waard D., Davidse R.J., de Groot J., Doumen M.J., Bredewoud R.A., Claesen R., Lemstra A.W., Scheltens P., Vermeeren A., Ponds R., Verhey F., Brouwer W.H., Tucha O. **Assessing fitness to drive - A validation study on patients with mild cognitive impairment.** *Traffic Inj Prev*, 2017 ; 18(2) : 145-149.
- Giroux M.T., Roberge R. **Le dilemme du signalement : respecter la loi et sauvegarder l'alliance thérapeutique.** *Le Médecin du Québec*, 2006 ; 41(9) : 45-51.
- Greene W.R., Smith R. **Driving in the Geriatric Population.** *Clin Geriatr Med*, 2019 ; 35(1) : 127-131.
- Hollis A.M., Lee A.K., Kapust L.R., Phillips L.K., Wolkin J., O'Connor M.G. **The driving competence of 90-year-old drivers : from a hospital-based driving clinic.** *Traffic Inj Prev*, 2013 ; 14(8) : 782-90.
- Kandasamy D., Betz M.E., DiGuseppi C., Mielenz T.J., Eby D.W., Molnar L.J., Hill L., Strogatz D., Li G. **Self-reported health conditions and related driving reduction in older drivers.** *Occup Ther Health Care*, 2018 ; 32(4) : 363-379.
- Lamanna M., Klinger C.A., Liu A., Mirza R.M. **The Association between Public Transportation and Social Isolation in Older Adults : A Scoping Review of the Literature.** *Can J Aging*, 2020 ; 39(3) : 393-405.
- Molnar F.J., Rapoport M.J., Roy M. **Dementia and driving : maximizing the utility of in-office screening and assessment tools.** *Can Geriatr Soc J CME*, 2012 ; 2(2) : 11-4.
- Morgan E. **Driving Dilemmas : A Guide to Driving Assessment in Primary Care.** *Clin Geriatr Med*, 2018 ; 34(1) : 107-115.
- Piersma D., Fuermaier A.B., de Waard D., Davidse R.J., de Groot J., Doumen M.J., Bredewoud R.A., Claesen R., Lemstra A.W., Vermeeren A., Ponds R., Verhey F., Brouwer W.H., Tucha O. **Prediction of Fitness to Drive in Patients with Alzheimer's Dementia.** *PLoS One*, 2016 ; 11(2) : 1-29.
- Sangrar R., Mun J., Cammarata M., Griffith L.E., Letts L., Vrkljan B. **Older driver training programs : A systematic review of evidence aimed at improving behind-the-wheel performance.** *J Safety Res*, 2019 ; 71 : 295-313.
- Scott K.A., Rogers E., Betz M.E., Hoffecker L., Li G., DiGuseppi C. **Associations Between Falls and Driving Outcomes in Older Adults : Systematic Review and Meta-Analysis.** *J Am Geriatr Soc*, 2017 ; 65(12) : 2596-2602.
- Somes J., Donatelli N.S. **Giving up the Keys - The Older Adult Driving in a Rural Setting.** *J Emerg Nurs*, 2017 ; 43(1) : 74-77.
- Staplin L., Lococo K.H., Mastromatto T., Sifrit K.J., Trazzera K.M. **CE: Can Your Older Patients Drive Safely ?** *Am J Nurs*, 2017 ; 117(9) : 34-43.
- Stasiulis E., Rapoport M.J., Sivajohan B., Naglie G. **The Paradox of Dementia and Driving Cessation : « It's a Hot Topic », « Always on the Back Burner ».** *Gerontologist*, 2020 ; 60(7) : 1261-1272.
- Svetina M. **The reaction times of drivers aged 20 to 80 during a divided attention driving.** *Traffic Inj Prev*, 2016 ; 17(8) : 810-4.
- Toepper M., Falkenstein M. **Driving Fitness in Different Forms of Dementia : An Update.** *J Am Geriatr Soc*, 2019 ; 67(10) : 2186-2192.

- Walsh L., Chacko E., Cheung G. **The Process of Determining Driving Safety in People With Dementia : A Review of the Literature and Guidelines From 5 English Speaking Countries.** *Australas Psychiatry*, 2019 ; 27(5) : 480-485.

Dépister, évaluer et traiter la douleur chez l'aîné

Michèle Morin, M.D., interniste gériatre CISSS Chaudière-Appalaches,
professeure agrégée au département de médecine de l'Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le soulagement optimal de la douleur, qui affecte 25 à 80% des personnes âgées, représente un défi de taille pour l'ensemble des intervenants et professionnels de la santé. Chez la personne âgée, la persistance de la douleur est susceptible d'entraîner dénutrition et troubles du sommeil. Elle peut également conduire à l'isolement social, au développement de symptômes dépressifs, à la diminution des capacités cognitives et au déclin fonctionnel. En présence d'un trouble neurocognitif majeur, la douleur peut contribuer à la survenue d'agitation et d'agressivité. Afin d'éviter ces conséquences néfastes, tous les soignants doivent s'appliquer à déconstruire les mythes et fausses croyances liés à la douleur et à son traitement chez les aînés, à comprendre la physiopathologie de la douleur et à reconnaître la complexité du phénomène. Les intervenants sont également invités à jouer pleinement leur rôle aux différentes étapes d'une gestion optimale de la douleur : repérage, évaluation, intervention, réévaluation et documentation. Une pratique de soins résolument collaborative est essentielle à une prise en charge de la douleur gériatrique qui soit systématique et intégrée, capable d'en influencer positivement le soulagement.

LES BUTS DE LA FORMATION

Les buts de cette formation sont d'accroître les connaissances des participants quant à la douleur chez la personne âgée et d'en parfaire leur compréhension. Une démarche clinique simple et pratique, mais néanmoins systématique, rigoureuse et supportée par les données probantes leur est proposée, de manière à susciter chez eux l'intention d'intégrer rapidement à leur pratique quotidienne les nouvelles notions reçues.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse à tous les intervenants et professionnels de la santé (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, médecins, pharmaciens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, orthophonistes, intervenants sociaux,

psychologues, intervenants en soins spirituels, bénévoles, etc.) intéressés par une gestion de la douleur gériatrique axée sur la pratique collaborative.

PLAN DE LA FORMATION

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 9 h	Discuter de l'ampleur de la problématique de la douleur chez les personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portrait de la clientèle ▪ Ampleur du problème ▪ Causes de la douleur gériatrique ▪ Conséquences du non soulagement de la douleur gériatrique 	Exposé interactif Discussion Questions quiz aux participants	
9 h – 9 h 20	Expliquer l'importance des perceptions et des connaissances sur la gestion optimale de la douleur des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstacles au soulagement de la douleur gériatrique ▪ Mythes et croyances sur la douleur des personnes âgées 	Exposé interactif Questions quiz aux participants	
9 h 20 – 10 h	Résumer la physiopathologie de la douleur chez la personne âgée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition de la douleur ▪ Types et composantes de la douleur ▪ Changements physiologiques liés à l'âge 	Exposé interactif Discussion de cas Questions quiz aux participants	
10 h – 10 h 15	Pause			

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
10 h 15 – 10 h 45	Établir les principes de repérage / dépistage et d'évaluation de la douleur chez la personne aînée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacités de communication de la personne aînée ▪ Instruments de mesure disponibles, dont le PACSLAC-F ▪ Principes d'utilisation des instruments 	Exposé interactif Discussion de cas Questions quiz aux participants	
10 h 45 – 11 h 30	Planifier les principaux éléments de la prise en charge interdisciplinaire de la douleur chez une personne aînée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions <ul style="list-style-type: none"> ○ Non pharmacologiques ○ Pharmacologiques ▪ Suivi et réévaluation ▪ Documentation 	Exposé interactif Discussion de cas Questions quiz aux participants	
11 h 30 – 11 h 45		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conclusion 	Discussions et échanges Réponses aux questions des participants	Évaluation de la formation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres et chapitres de livres :

- Proulx, S., Misson, L., Savoie, M., Aubin, M., Verreault, R. (2013). **La douleur**. Dans P. Voyer (Eds). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie (pp. 377-390)*. Saint-Laurent (QC) : ERPI. 753 pages.
- Voyer, P. (2011). *L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique*. Saint-Laurent: ERPI. 232 pages.

Guides de pratique :

- APES. (2018). Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes. 5^{ème} édition.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2013). **Évaluation et prise en charge de la douleur**, 3^{ème} édition.
- https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_13-FRE_Lowres.pdf

Autres ressources électroniques :

- International association for the study of pain (IASP)
- <http://www.iasp-pain.org/>
- MSSS Gouvernement du Québec (2008). Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs.
- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-902-03.pdf>
- PACSLAC-F Version française du Pain Assessment checklist for seniors with limited ability to communicate. Université Laval, Faculté de médecine
- <https://pacslac.ulaval.ca/>
- Regroupement des UCDG et des Services Hospitaliers Gériatriques du Québec (RUSHGQ) 2017. Gestion de la douleur chronique non-cancéreuse. <http://www.rushgq.org>

Articles scientifiques :

- Abdulla A., Adams N., Bone M., Elliott A.M., Gaffin J., Jones D., Knaggs R., Martin D., Sampson L., Schofield P.; British Geriatric Society. **Guidance on the management of pain in older people**. *Age Ageing*, 2013 ; 42(Suppl 1) : i1-57.
- Achterberg W.P., Erdal A., Husebo B.S., Kunz M., Lautenbacher S. **Are Chronic Pain Patients with Dementia Being Undermedicated?** *J Pain Res*, 2021 ; 14 : 431-439.
- American Geriatrics Society. **Pharmacological management of persistent pain in older persons**. *J Am Geriatr Soc*, 2009 ; 57(8) : 1331-1346.
- Aubin M., Verreault R., Savoie M., Lemay S., Hadjistavropoulos T., Fillion L., . . . Fuchs-Lacelle S. **Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée**. *Can J Aging*, 2007 ; 27(1) : 45-55.

- Bicket M.C., Mao J. **Chronic Pain in Older Adults.** *Anesthesiol Clin*, 2015 ; 33(3) : 577-90.
- Binnekade T.T., Van Kooten J., Lobbezoo F., Rhebergen D., Van der Wouden J.C., Smalbrugge M., Scherder E.J.A. **Pain Experience in Dementia Subtypes : A Systematic Review.** *Curr Alzheimer Res*, 2017 ; 14(5) : 471-485.
- Bjoro K., Herr K. **Assessment of pain in the nonverbal or cognitively impaired older adult.** *Clin Geriatr Med*, 2008 ; 24(2) : 237-262.
- Briggs A.M., Cross M.J., Hoy D.G., Sánchez-Riera L., Blyth F.M., Woolf A.D., March L. **Musculoskeletal Health Conditions Represent a Global Threat to Healthy Aging : A Report for the 2015 World Health Organization World Report on Ageing and Health.** *Gerontologist*, 2016 ; 56(Suppl 2) : S243-55.
- Bruckenthal P. **Assessment of pain in the elderly adult.** *Clin Geriatr Med*, 2008 ; 24(2) : 213-236.
- Burns M., McIlpatrick S. **Palliative care in dementia : literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment.** *Int J Palliat Nurs*, 2015 ; 21(8) : 400-7.
- Bullock L., Bedson J., Jordan J.L., Bartlam B., Chew-Graham C.A., Campbell P. **Pain Assessment and Pain Treatment for Community-Dwelling People With Dementia : A Systematic Review and Narrative Synthesis.** *Int J Geriatr Psychiatry*, 2019 ; 34(6) : 807-821.
- Can B., Kara M., Kara Ö, Ülger Z., Frontera W.R., Özçakar L. **The value of musculoskeletal ultrasound in geriatric care and rehabilitation.** *Int J Rehabil Res*, 2017 ; 40(4) : 285-296.
- Cao X., Elvir-Lazo O.L., White P.F., Yumul R., Tang, J. **An update on pain management for elderly patients undergoing ambulatory surgery.** *Curr Opin Anaesthesiol*, 2016 ; 29(6) : 674-682.
- Cravello L., Di Santo S., Varrassi G., Benincasa D., Marchettini P., de Tommaso M., Shofany J., Assogna F., Perotta D., Palmer K., Paladini A., di Iulio F., Caltagirone C. **Chronic Pain in the Elderly With Cognitive Decline : A Narrative Review.** *Pain Ther*, 2019 ; 8(1) : 53-65.
- Domenichiello A.F., Ramsden C.E. **The Silent Epidemic of Chronic Pain in Older Adults.** *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2019 ; 93 : 284-290.
- Duggirala R., Khushalani S., Palmer T., Brandt N., Desai A. **Screening for and Management of Opioid Use Disorder in Older Adults in Primary Care.** *Clin Geriatr Med*, 2022 ; 38(1) : 23-38.
- Edwin C.K.T., Natali J., Marjaana P.H.K, Dennis T., Sarah N.H., Bell J.S. **Prevalence of Analgesic Use and Pain in People with and without Dementia or Cognitive Impairment in Aged Care Facilities : A Systematic Review and Meta-Analysis.** *Current Clinical Pharmacology*, 2015 ; 10(3) : 194-203.
- Gallant N.L., Peckham A., Marchildon G., Hadjistavropoulos T., Roblin B, Stopyn R.J.N. **Provincial legislative and regulatory standards for pain assessment and management in long-term care homes : a scoping review and in-depth case analysis.** *BMC Geriatr*, 2020 ; 20(1) : 458.
- Hazif-Thomas C. **Pain in mental health in the elderly.** *Soins Gerontol*, 2016 ; 21(121) : 28-30.
- Herr K., Bursch H., Ersek M., Miller L.L., Swafford K. **Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home : expert consensus recommendations for practice.** *J Gerontol Nurs*, 2010 ; 36(3) : 18-29.
- Herr K., Zwakhalen S., Swafford K. **Observation of Pain in Dementia.** *Curr Alzheimer Res*, 2017 ; 14(5) : 486-500.

- Hodgson N., Gitlin L.N., Huang J. **The influence of sleep disruption and pain perception on indicators of quality of life in individuals living with dementia at home.** *Geriatr Nurs*, 2014 ; 35(5) : 394-398.
- Koechlin H., Whalley B., Welton N.J., Locher C. **The best treatment option(s) for adult and elderly patients with chronic primary musculoskeletal pain : a protocol for a systematic review and network meta-analysis.** *Syst Rev*, 2019 ; 8(1) : 269.
- Kunz M., Scharmann S., Hemmeter U., Schepelmann K., Lautenbacher, S. **The facial expression of pain in patients with dementia.** *Pain*, 2007 ; 133(1-3) : 221-228.
- Lariviere M., Goffaux P., Marchand S., Julien N. **Changes in pain perception and descending inhibitory controls start at middle age in healthy adults.** *Clin J Pain*, 2007 ; 23(6) : 506-510.
- Lin T., Zhao Y., Xia X., Ge N., Yue J. **Association between frailty and chronic pain among older adults : a systematic review and meta-analysis.** *Eur Geriatr Med*, 2020 ; 11(6) : 945-959.
- Makris U.E., Abrams R.C., Gurland B., Reid M.C. **Management of persistent pain in the older patient: a clinical review.** *JAMA*, 2014 ; 312(8) : 825-36.
- Malec M., Shega J.W. **Pain management in the elderly.** *Med Clin North Am*, 2015 ; 99(2) : 337-50.
- Marcum Z.A., Duncan N.A., Makris U.E. **Pharmacotherapies in Geriatric Chronic Pain Management.** *Clin Geriatr Med*, 2016 ; 32(4) : 705-724.
- Minerbi A., Häuser W., Fitzcharles M.A. **Medical Cannabis for Older Patients.** *Drugs Aging*, 2019 ; 36(1) : 39-51.
- Misson L., Savoie M.L., Verreault R. **La douleur chez les aînés.** *Perspect Infirm* 2012 ; 9(6) : 39-44.
- Molton I., Cook K.F., Smith A.E., Amtmann D., Chen W.H., Jensen M.P. **Prevalence and impact of pain in adults aging with a physical disability : comparison to a US general population sample.** *Clin J Pain*, 2014 ; 30(4) : 307-315.
- Molton I. R. Terrill A.L. **Overview of persistent pain in older adults.** *Am Psychol*, 2014 ; 69(2) : 197-207.
- Monroe T., Carter M., Feldt K., Tolley B., Cowan, R.L. **Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life.** *J Adv Nurs*, 2012 ; 68(9) : 2070-2078.
- Morrison R.S., Siu A.L. **A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture.** *J Pain Symptom Manage*, 2000 ; 19(4) : 240-248.
- Orhurhu V., Urits I., Olusunmade M., Olayinka A., Salisu Orhurhu M., Uwandu C., Ader M., Ogunsoola S., Akpala L., Hirji S., Viswanath O., Karri J., Simopoulos T., Gill J. **Cannabis Use in Hospitalized Patients with Chronic Pain.** *Adv Ther*, 2020 ; 37(8) : 3571-3583.
- Peters M.L., Patijn J, Lamé I. **Pain assessment in younger and older patients : psychometric properties and patient preference of five commonly used measures of pain intensity.** *Pain medicine*, 2007 ; 8(7): 601-610.
- Rajan J., Behrends M. **Acute Pain in Older Adults : Recommendations for Assessment and Treatment.** *Anesthesiol Clin*, 2019 ; 37(3) : 507-520.
- Rastogi R., Meek B.D. **Management of chronic pain in elderly, frail patients : finding a suitable, personalized method of control.** *Clinical Interventions in Aging*, 2013 ; 8 : 37-46.
- Schwan J., Sclafani J., Tawfik V.L. **Chronic Pain Management in the Elderly.** *Anesthesiol Clin*, 2019 ; 37(3) : 547-560.

- Sheikh F., Brandt N., Vinh D., Elon R.D. **Management of Chronic Pain in Nursing Homes : Navigating Challenges to Improve Person-Centered Care.** *J Am Med Dir Assoc*, 2021 ; 22(6) : 1199-1205.
- Shropshire M., Stapleton S.J., Dyc, M.J., Ki, M., Mallor, C. **Nonpharmacological interventions for persistent, noncancer pain in elders residing in long-term care facilities : An integrative review of the literature.** *Nurs Forum*, 2018 ; 53(4) : 538-548.
- Steeds C. **The anatomy and physiology of pain.** *Surgery*, 2009 ; 27(12) : 507-511.
- Strand L.I., Gundrosen K.F., Lein R.K., Laekeman M., Lobbezoo F., Defrin R., Husebo B.S. **Body Movements as Pain Indicators in Older People With Cognitive Impairment : A Systematic Review.** *Eur J Pain*, 2019 ; 3(4) : 669-685.
- Stubbs B., Schofield P., Binnekade T., Patchay S., Sepehry A., Eggermont L. **Pain is associated with recurrent falls in community-dwelling older adults : evidence from a systematic review and meta-analysis.** *Pain Med*, 2014 ; 15(7) : 1115-1128.
- Tang S.K., Tse M.M.Y., Leung S.F., Fotis T. **The effectiveness, suitability, and sustainability of non-pharmacological methods of managing pain in community-dwelling older adults : a systematic review.** *BMC Public Health*, 2019 ; 19(1) : 1488.
- Tracy B., Sean Morrison R. **Pain management in older adults.** *Clin Ther*, 2013 ; 35(11) : 1659-1668.
- Tripathi S., Venkata M., Hill J., Harrison J. **Non-pharmacological interventions for managing pain in community-dwelling older adults.** *Br J Community Nurs*, 2022 ; 27(1) : 28-30.
- van Kooten J., Binnekade T.T., van der Wouden J.C., Stek M.L., Scherder E.J., Husebø B.S., Smalbrugge M., Hertogh C.M. **A Review of Pain Prevalence in Alzheimer's, Vascular, Frontotemporal and Lewy Body Dementias.** *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2016 ; 41(3-4) : 220-32.
- Welsh T.P., Yang A.E., Makris U.E. **Musculoskeletal Pain in Older Adults : A Clinical Review.** *Med Clin North Am*, 2020 ; 104(5) : 855-872.
- Zis P., Daskalaki A., Bountouni I., Sykioti P., Varrassi G., Paladini A. **Depression and chronic pain in the elderly : links and management challenges.** *Clin Interv Aging*, 2017 ; 12 : 709-720

Formation continue
Formation de 3 h 15

L'incontinence urinaire chez la personne aînée : « Retenir l'essentiel ! »

Michèle Morin, M.D., interniste gériatre CISSS Chaudière-Appalaches,
professeure agrégée au département de médecine de l'Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Rares sont les personnes aînées qui motivent d'emblée leur visite chez le médecin par une incontinence urinaire. Trop souvent encore, sujet tabou, près du tiers des personnes âgées de 65 ans et plus à domicile et la moitié de celles vivant en institution en sont pourtant affectées. Ignorée ou minimisée, l'incontinence urinaire entraîne non seulement des conséquences défavorables au plan médical, mais aussi des répercussions psychosociales non négligeables pour l'individu qui en souffre et même pour son entourage. Comme médecin, nous devons systématiquement rechercher cette plainte auprès de notre clientèle aînée, d'autant plus que des interventions souvent fort simples pourront apporter une amélioration significative au vécu d'un grand nombre de ces aînés.

LES BUTS DE LA FORMATION

Les buts de cette formation sont d'accroître les connaissances des participants quant à l'incontinence urinaire et de parfaire leur compréhension de ce prévalant syndrome gériatrique. Une démarche clinique simple et pratique, mais néanmoins systématique, rigoureuse et supportée par les données probantes leur est proposée, de manière à susciter chez eux l'intention d'intégrer rapidement à leur pratique quotidienne les nouvelles notions reçues.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux médecins de famille œuvrant en première ligne auprès de personnes aînées, que ce soit au bureau, à domicile, en milieu hospitalier de courte durée ou en centre d'hébergement et de longue durée. Dans la mesure où les objectifs de la formation tels qu'énoncés répondent aussi à leurs besoins, d'autres professionnels de la santé intéressés par cette problématique (infirmiers(ères), physiothérapeutes, pharmacien(ne)s, ergothérapeutes, intervenant(e)s sociaux (sociales), etc.) sont également invités à y participer.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 8 h 50	Reconnaître l'importance du problème de l'incontinence urinaire chez la personne âgée	Définition, « sous-déclaration », épidémiologie et conséquences	Exposé interactif	
8 h 50 – 9 h 15	Décrire la physiologie normale de la miction et ses changements avec l'âge	Prérequis à la continence, physiologie de la miction normale et effets du vieillissement	Exposé interactif Questions quiz aux participants	
9 h 15 – 9 h 45	Raisonner une classification simple et pratique de l'incontinence urinaire	Incontinence urinaire « aigue », de stress, de type vessie non inhibée, de regorgement, fonctionnelle, mixte et double : physiopathologie et manifestations cliniques usuelles	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants	
9 h 45 – 10 h	Associer chaque classe d'incontinence à ses étiologies les plus fréquentes chez la personne âgée	Étiologies selon le type d'incontinence	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants	
10 h – 10 h 15	Pause			
10 h 15 – 10 h 35	Résumer l'approche clinique et paraclinique de l'incontinence urinaire	Approche clinique, journal des mictions, investigation paraclinique, place de l'urodynamie et de la référence en urologie	Exposé interactif Discussion en équipe selon le nombre de participants	Exemple de journal des mictions

Horaire Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
10 h 35 – 11 h 05	Adapter sa conduite thérapeutique en fonction du type d'incontinence urinaire	Mesures universelles, approches non pharmacologiques, thérapies comportementales, traitement pharmacologique, options chirurgicales, solutions palliatives	Exposé interactif Discussion en équipe selon le nombre de participants	
11 h 05 – 11 h 20	Justifier que la sonde à demeure ne soit plus une réponse thérapeutique acceptable pour une grande majorité des incontinenances urinaires	Sonde urinaire, les indications, les inconvénients, les alternatives	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants	
11 h 20 – 11 h 30	Prévenir l'apparition ou l'aggravation d'une incontinence urinaire pendant un séjour hospitalier	Dépistage des usagers à risque, signes vitaux gériatriques <i>AINÉES</i> , interventions préconisées par le cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne aînée en milieu hospitalier	Exposé interactif	Présentation de la fiche clinique « <i>Incontinence urinaire</i> » du MSSS
11 h 30 – 11 h 45		Conclusion	Discussions et échanges Réponses aux questions des participants	Évaluation de la formation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livre :

- Arcand M., Hébert R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*, troisième édition. Édisem Maloine. 1270 p.

Ressources électroniques :

- Capsule web sur le site du CEVQ.
<https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/cevq/capsules-web#incontinence>
- MSSS, Gouvernement du Québec. **Fiche clinique « Incontinence urinaire »**. 2011.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-07W.pdf>
- Fondation d'aide aux personnes incontinentes du Canada.
<https://www.canadiancontinence.ca/FR/>

Articles scientifiques :

- Anderson K.M., Davis K., Flynn B.J. **Urinary incontinence and pelvic organ prolapse**. *Med Clin North Am*, 2015 ; 99(2) : 405-16.
- Araklitis G., Robinson D., Cardozo L. **Cognitive Effects of Anticholinergic Load in Women with Overactive Bladder**. *Clin Interv Aging*, 2020 ; 15 : 1493-1503.
- Batmani S., Jalali R., Mohammadi M., Bokaei S. **Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide : a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies**. *BMC Geriatr*, 2021 ; 21(1) : 212.
- Berni K.C., Cummings J. M. **Urodynamic evaluation of the older adult : bench to bedside**. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2004 ; 20(3) : 477-487.
- Bliwise D.L., Wagg A., Sand P.K. **Nocturia: : A Highly Prevalent Disorder With Multifaceted Consequences**. *Urology*, 2019 ; 133S : 3-13.
- Bogner H.R., Gallo J.J., Sammel M.D., Ford D.E., Armenian H.K., Eaton W.W. **Urinary incontinence and psychological distress in community - dwelling older adults**. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002 ; 50(3) : 489-495.
- Chevalier M., Morin M. **L'incontinence urinaire en gériatrie**. *Le Clinicien*, 1994 ; 9(8) : 29-48.
- Chuang Y.C., Plata M., Lamb L.E., Chancellor M.B. **Underactive Bladder in Older Adults**. *Clin Geriatr Med*, 2015 ; 31(4) : 523-33.
- Chung A., Noguchi N., Chan L., Tse V. **Voiding dysfunction in older men**. *Curr Opin Urol*, 2016 ; 26(2) : 177-83.
- Cohn J.A., Kowalik C.G., Reynolds W.S., Kaufman M.R., Milam D.F., Dmochowski R.R., Wein A.J. **Desmopressin acetate nasal spray for adults with nocturia**. *Expert Rev Clin Pharmacol*, 2017 ; 10(12) : 1281-1293.

- Dugan E., Roberts C.P., Cohen S.J., Preisser J.S., Davis C.C., Bland D.R., et al. **Why older community dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians.** *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001 ; 49(4) : 462-465.
- Frank C., Szlanta A. **Office management of urinary incontinence among older patients.** *Canadian Family Physician*, 2010 ; 56 : 1115-20.
- Gibson W., Wagg A. **New horizons : urinary incontinence in older people.** *Age Ageing*, 2014 ; 43(2) : 157-63.
- Gibson W., Johnson T., Kirschner-Hermanns R., Kuchel G., Markland A., Orme S., Ostaszkiwicz J., Szonyi G., Wyman J., Wagg A. **Incontinence in frail elderly persons : Report of the 6th International Consultation on Incontinence.** *Neurourol Urodyn*, 2021 ; 40(1) : 38-54.
- Good M.M., Solomon E.R. **Pelvic Floor Disorders.** *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2019 ; 46(3) : 527-540.
- Haddad R., Monaghan T.F., Jouslain C., Phé V., Bower W., Roggeman S., Robain G., Everaert K. **Nocturia in patients with cognitive dysfunction : a systematic review of the literature.** *BMC Geriatr*, 2020 ; 20(1) : 230.
- Herderschee R., Hay-Smith E.C., Herbison G.P., Roovers J.P., Heineman M.J. **Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women : shortened version of a Cochrane systematic review.** *Neurourol Urodyn*, 2013 ; 32(4) : 325-9.
- Hughes C., Ellard D.R., Campbell A., Potter R., Shaw C., Gardner E., Agus A., O'Reilly D., Underwood M., Loeb M., Stafford B., Tunney M. **Developing evidence-based guidance for assessment of suspected infections in care home residents.** *BMC Geriatr*, 2020 ; 20(1) : 59.
- Juszczak K., Ostrowski A., Adamowicz J., Maciukiewicz P., Drewa T. **Urinary Bladder Hypertrophy and Overactive Bladder Determine Urinary Continence After Radical Prostatectomy.** *Adv Clin Exp Med*, 2019 ; 28(10) : 1329-1337.
- Khastgir J. **Antimuscarinic Drug Therapy for Overactive Bladder Syndrome in the Elderly - Are the Concerns Justified?** *Expert Opin Pharmacother*, 2019 ; 20(7) : 813-820.
- Lozano-Ortega G., Walker D.R., Johnston K., Mickle A., Harrigan S., Rogula B., Kristy R.M., Hairston J.C., Schermer C.R. **Comparative Safety and Efficacy of Treatments for Overactive Bladder Among Older Adults : A Network Meta-analysis.** *Drugs Aging*, 2020 ; 37(11) : 801-816.
- Makhani A., Thake M., Gibson W. **Mirabegron in the Treatment of Overactive Bladder : Safety and Efficacy in the Very Elderly Patient.** *Clin Interv Aging*, 2020 ; 15 : 575-581.
- Messier K., Lapierre M. **Comment traiter l'incontinence sans se mouiller !** *Le médecin du Québec*, 2010 ; 45(7) : 61-4.
- Nicolle L.E. **Urinary Tract Infections in the Older Adult.** *Clin Geriatr Med*, 2016 ; 32(3) : 523-38.
- Noguchi N., Chan L., Cumming R.G., Blyth F.M., Handelsman D.J., Seibel M.J., Waite L.M., Le Couteur D.G., Naganathan V. **Lower Urinary Tract Symptoms and Incident Falls in Community Dwelling Older Men : The Concord Health and Ageing in Men Project.** *J Urol*, 2016 ; 196(6) : 1694-1699.
- Orme S., Morris V., Gibson W., Wagg A. **Managing Urinary Incontinence in Patients with Dementia : Pharmacological Treatment Options and Considerations.** *Drugs Aging*, 2015 ; 32(7) : 559-67.

- Ostbye T., Seim A., Krause K.M., Feightne J., Hachinski V., Sykes E., et al. **A 10-year follow-up of urinary and fecal incontinence among the oldest old in the community : the Canadian Study of Health and Aging.** *Canadian Journal on Aging*, 2004 ; 23(4) : 319-331.
- Parker W.P., Griebing T.L. **Nonsurgical Treatment of Urinary Incontinence in Elderly Women.** *Clin Geriatr Med*, 2015 ; 31(4) : 471-85.
- Parker-Autry C., Kuchel G.A. **Urinary Incontinence in Older Women : A Syndrome-Based Approach to Addressing Late Life Heterogeneity.** *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2021 ; 48(3) : 665-675.
- Pearlman A., Kreder K. **Evaluation and treatment of urinary incontinence in the aging male.** *Postgrad Med*, 2020 ; 132(sup4) : 9-17.
- Potts J.M., Payne C.K. **Urinary Urgency in the Elderly.** *Gerontology*, 2018 ; 64(6) : 541-550.
- Resnick N.M. **Geriatric incontinence.** *Urol Clin North Am*, 1996 ; 23 : 55-74.
- Samuelsson E., Odeberg J., Stenzelius K., Molander U., Hammarström M., Franzen K., Andersson G., Midlöv P. **Effect of pharmacological treatment for urinary incontinence in the elderly and frail elderly : A systematic review.** *Geriatr Gerontol Int*, 2015 ; 15(5) : 521-34.
- Smith E.M., Shah A.A. **Screening for Geriatric Syndromes : Falls, Urinary/Fecal Incontinence, and Osteoporosis.** *Clin Geriatr Med*, 2018 ; 34(1) : 55-67.
- Stenzelius K., Molander U., Odeberg J., Hammarström M., Franzen K., Midlöv P., Samuelsson E., Andersson G. **The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people : a systematic review.** *Age Ageing*, 2015 ; 44(5) : 736-44.
- Usmani S.A., Reckenberg K., Johnson O., Stranges P.M., Teshome B.F., Kebodeaux C.D., Vouri S.M. **Relative Risk of Adverse Events and Treatment Discontinuations Between Older and Non-Older Adults Treated With Antimuscarinics for Overactive Bladder : A Systematic Review and Meta-Analysis.** *Drugs Aging*, 2019 ; 36(7) : 639-645.
- Vouri S.M., Kebodeaux C.D., Stranges P.M., Teshome B.F. **Adverse events and treatment discontinuations of antimuscarinics for the treatment of overactive bladder in older adults : A systematic review and meta-analysis.** *Arch Gerontol Geriatr*, 2017 ; 69 : 77-96.
- Wagg A., Gibson W., Ostaszkiwicz J., Johnson T., Markland A., Palmer M.H., Kuchel G., Szonyi G., Kirschner-Hermanns R. **Urinary incontinence in frail elderly persons : Report from the 5th International Consultation on Incontinence.** *Neurourol Urodyn*, 2015 ; 34(5) : 398-406.
- Wolff D.T., Adler K.A., Weinstein C.S., Weiss J.P. **Managing Nocturia in Frail Older Adults.** *Drugs Aging*, 2021 ; 38(2) : 95-109.
- Woodford H.J. **Anticholinergic Drugs for Overactive Bladder in Frail Older Patients : The Case Against.** *Drugs Aging*, 2018 ; 35(9) : 773-776.
- Yared J.E., Gormley E.A. **The Role of Urodynamics in Elderly Patients.** *Clin Geriatr Med*, 2015 ; 31(4) : 567-79.

Formation continue
Formation de 3 h 15

Maladie de Parkinson : un diagnostic qui ne doit pas faire trembler le médecin !

Michèle Morin, M.D., interniste gériatre CISSS Chaudière-Appalaches,
professeure agrégée au département de médecine de l'Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

L'arsenal thérapeutique dont dispose aujourd'hui le clinicien pour soulager les symptômes de la maladie de Parkinson est vaste. S'y ajoutent même maintenant, pour des patients de plus en plus âgés, dans certaines situations bien définies, les options chirurgicales. Plus que jamais, reconnaître cette maladie neurodégénérative prévalente est important. Mais est-ce que tout tremblement est synonyme de maladie de Parkinson ? À l'inverse, en l'absence de tremblement, le médecin peut-il, devant un aîné ralenti, écarter ce diagnostic ? Outre les classiques signes moteurs, qu'anticiper comme manifestations cliniques associées ? Et comment faire face à ces symptômes à la phase évoluée de la maladie, quand la dignité du patient devient pour tous l'enjeu le plus préoccupant ?

LES BUTS DE LA FORMATION

Les buts de cette formation sont d'accroître les connaissances des participants quant à la maladie de Parkinson chez la personne aînée et de parfaire leur compréhension de cette fréquente condition neurodégénérative. Une démarche clinique simple et pratique, mais néanmoins systématique, rigoureuse et supportée par les données probantes leur est proposée, de manière à susciter chez eux l'intention d'intégrer rapidement à leur pratique quotidienne les nouvelles notions reçues.

CLIENTÈLE CIBLE

Cette formation s'adresse aux médecins de famille œuvrant en première ligne auprès de personnes aînées, que ce soit au bureau, à domicile, en milieu hospitalier de courte durée ou en centre d'hébergement et de longue durée. Dans la mesure où les objectifs de la formation tels qu'énoncés répondent aussi à leurs besoins, d'autres professionnels de la santé intéressés par cette problématique (infirmiers(ères), physiothérapeutes, ergothérapeutes, pharmacien(ne)s, intervenant(e)s sociaux (sociales), nutritionnistes, etc.) sont également invités à y participer.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 8 h 50	<ul style="list-style-type: none"> Distinguer les différentes anomalies de mouvements susceptibles d'être identifiées chez la personne aînée 	<ul style="list-style-type: none"> Fasciculations, myoclonies, tremblement, (de repos, de posture, d'action), athétose, chorée, hémiballisme, dyskinésie, acathisie 	Exposé interactif Discussion en équipe selon le nombre de participants	
8 h 50 – 9 h	<ul style="list-style-type: none"> Associer chaque trouble du mouvement aux étiologies les plus fréquentes en gériatrie 	<ul style="list-style-type: none"> Maladies neurologiques, maladies systémiques, médicaments 	Exposé interactif Discussion en équipe selon le nombre de participants	
9 h – 9 h 15	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les constituants d'un syndrome extrapyramidal 	<ul style="list-style-type: none"> Tremblement, bradykinésie, rigidité, instabilité posturale Séméiologie différentielle avec la spasticité et l'ataxie 	Exposé interactif Questions quiz aux participants selon leur nombre	
9 h 15 – 9 h 30	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer les principaux diagnostics différentiels du syndrome extrapyramidal chez l'ainé 	<ul style="list-style-type: none"> Maladie de Parkinson idiopathique, parkinsonisme médicamenteux, parkinsonisme vasculaire, maladie à corps de Lewy, 	Exposé interactif Questions quiz aux participants selon leur nombre	

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
		paralysie supranucléaire progressive, hydrocéphalie normotensive, hypothyroïdie primaire		
9 h 30 – 10 h	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les manifestations cliniques de la maladie de Parkinson idiopathique autres que la triade classique 	<ul style="list-style-type: none"> • Micrographie, dysphonie, palilalie, sialorrhée, hypomimie, glabellaire • Dysautonomies dont l'hypotension orthostatique, la gastroparésie, la constipation et l'incontinence urinaire • Manifestations neuropsychiatriques: anxiété, trouble de l'humeur, atteinte cognitive, symptômes psychotiques, troubles du sommeil dont ceux du sommeil paradoxal • Dysphagie • Douleur 	Exposé interactif Discussion en équipe selon le nombre de participants	
10 h – 10 h 15	Pause			

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
10 h 15 – 10 h 25	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter de la physiopathologie de la maladie de Parkinson 	<ul style="list-style-type: none"> • Étiologie incluant le rôle potentiel de la génétique, trouvailles histopathologiques classiques, neurotransmetteur affecté, stades cliniques de la maladie 	Exposé interactif	
10 h 25 – 10 h 30	<ul style="list-style-type: none"> • Estimer la prévalence de la maladie de Parkinson 	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiques 	Exposé interactif	
10 h 30 – 10 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Résumer les principales approches thérapeutiques de la maladie de Parkinson 	<ul style="list-style-type: none"> • Approches non pharmacologiques et interdisciplinarité; approches pharmacologiques, chirurgicales et palliatives en fin de vie 	Exposé interactif Questions quiz aux participants selon leur nombre	
10 h 45 – 11 h 05	<ul style="list-style-type: none"> • Justifier l'usage des différentes classes de médicaments disponibles pour traiter les symptômes moteurs de la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> • Dopathérapie, inhibiteurs de la COMT, agonistes dopaminergiques, inhibiteurs de la monoamine oxydase, anticholinergiques, autres; 	Exposé interactif Discussion en équipe selon le nombre de participants	« Trucs du métier »

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
		<ul style="list-style-type: none"> • Indications, effets indésirables, précautions, etc. 		
11 h 05 – 11 h 30	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les interventions possibles pour un traitement optimal des manifestations non motrices associées dans la maladie de Parkinson évoluée 	<ul style="list-style-type: none"> • Modalités thérapeutiques pour les principales dysautonomies (hypotension orthostatique, gastroparésie, constipation opiniâtre, rétention urinaire) et pour les manifestations neuropsychiatriques (insomnie, anxiété, dépression, psychose, trouble neurocognitif), etc. 	Exposé interactif Discussion en équipe selon le nombre de participants	« Trucs du métier »
11 h 30 – 11 h 45		<ul style="list-style-type: none"> • Conclusion 	Discussions et échanges Réponses aux questions des participants	Évaluation de la formation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres :

- Arcand M., Hébert R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*, troisième édition. Édisem Maloine. 1270 p.
- Lavoie B. *Le guide InfoParkinson : Mieux vivre avec la maladie de Parkinson*, Saint-Constant (Qc), 2002. 190 pages.
- Voyer, P. (2020). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. (3^e édition), ERPI.

Ressources électroniques :

- Société Parkinson du Québec : <http://www.parkinsonquebec.ca>
- Société Parkinson du Canada : <https://www.parkinson.ca/fr/>
- Parkinson's Disease Foundation : <http://www.pdf.org>
- Troubles du mouvement : <https://www.cen-neurologie.fr/videotheque>

Articles scientifiques :

- Alexoudi A., Alexoudi I., Gatzonis S. **Parkinson's disease pathogenesis, evolution and alternative pathways : A review.** *Rev Neurol (Paris)*, 2018 ; 174(10) : 699-704.
- Barber A., Dashtipour K. **Sleep disturbances in Parkinson's disease with emphasis on rapid eye movement sleep behavior disorder.** *Int J Neurosci*, 2012 ; 122(8) : 407-12.
- Belin J., Houéto J.L., Constans T., Hommet C., de Toffol B., Mondon K. **Geriatric particularities of Parkinson's disease : Clinical and therapeutic aspects.** *Rev Neurol (Paris)*, 2015 ; 171(12) : 841-52.
- Bhidayasiri R., Jitkriksadakul O., Boonrod N., Sringean J., Calne S.M., Hattori N., Hayashi A. **What is the evidence to support home environmental adaptation in Parkinson's disease? A call for multidisciplinary interventions.** *Parkinsonism Relat Disord*, 2015 ; 21(10) : 1127-32.
- Buckley M., O'Neill D. **Ageism in Studies of Rehabilitation in Parkinson's Disease.** *J Am Geriatr Soc*, 2015 ; 63(7) : 1470-1.
- Campbell Colin W., Jones Edward J.S., Merrills Jane. **Palliative and end-of-life care in advanced Parkinson's disease and multiple sclerosis.** *Clinical Medicine*, 2010 ; 10(3) : 290-2.
- Doty R.L. **Age-Related Deficits in Taste and Smell.** *Otolaryngol Clin North Am*, 2018 ; 51(4) : 815-825.
- Dubow J.S. **Autonomic dysfunction in Parkinson's disease.** *Dis Mon*, 2007 ; 53(5) : 265-74.
- Duncan G.W., Yarnall A.J., Marrinan S., Burn D.J. **New horizons in the pathogenesis, assessment and management of movement disorders.** *Age and Ageing*, 2013 ; 42 : 2-10.
- Frampton J.E. **Rotigotine Transdermal Patch: A Review in Parkinson's Disease.** *CNS Drugs*, 2019 ; 33(7) : 707-718.
- Giladi, N. **Medical treatment of freezing of gait.** *Mov Disord*, 2006 ; 23 Suppl 2 : S482-8.

- Gilat M., Marshall N.S., Testelmans D., Buyse B., Lewis S.J.G. **A critical review of the pharmacological treatment of REM sleep behavior disorder in adults : time for more and larger randomized placebo-controlled trials.** *J Neurol*, 2022 ; 269(1) : 125-148.
- Goy E.R. Carter J., Ganzini L. **Neurologic Disease at the End of Life : Caregiver Descriptions.** *Journal of Palliative Medicine*, 2008 ; 11(4) : 548-554.
- Gronek P., Haas A.N., Czarny W., Podstawski R., Delabary M.D.S., Clark C.C., Boraczyński M., Tarnas M., Wycichowska P., Pawlaczyk M., Gronek J. **The Mechanism of Physical Activity-induced Amelioration of Parkinson's Disease : A Narrative Review.** *Aging Dis*, 2021 ; 12(1) : 192-202.
- Grover S., Somaiya M., Kumar S., Avasthi A. **Psychiatric aspects of Parkinson's disease.** *J Neurosci Rural Pract*, 2015 ; 6(1) : 65-76.
- Hayes M.T. **Parkinson's Disease and Parkinsonism.** *Am J Med*, 2019 ; 132(7) : 802-807.
- Iranzo A. **Parasomnias and Sleep-Related Movement Disorders in Older Adults.** *Sleep Med Clin*, 2018 ; 13(1) : 51-61.
- Keir L.H.M., Breen D.P. **New awakenings : current understanding of sleep dysfunction and its treatment in Parkinson's disease.** *J Neurol*, 2020 ; 267(1) : 288-294.
- Keller D.L. **Risks of deep brain stimulation for Parkinson disease.** *Am Fam Physician*, 2013 ; 87(12) : 822.
- Kent A. **Progressive supranuclear palsy.** *Nursing Standard*, 2013 ; 27(51) : 48-57.
- Kim Y.E., Jeon B.S. **Clinical implication of REM sleep behavior disorder in Parkinson's disease.** *J Parkinsons Dis*, 2014 ; 4(2) : 237-44.
- Kulisevskya J. et al. **Advanced Parkinson's disease : Clinical characteristics and treatment. Part II.** *Neurología*, 2013 ; 28(9) : 558-583.
- Lewis S.J., Gangadharan S., Padmakumar C.P. **Parkinson's disease in the older patient.** *Clin Med (Lond)*, 2016 ; 16(4) : 376-8.
- Majali M.A., Sunnaa M., Chand P. **Emerging Pharmacotherapies for Motor Symptoms in Parkinson's Disease.** *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2021 ; 34(4) : 263-273.
- Miyasaki Janis M. **Palliative Care in Parkinson's Disease.** *Curr Neurol Neurosci Rep*, 2013 ; 13 : 367.
- Nascimento D. **Clinical features associated with drooling in Parkinson's disease.** *Neurol Sci*, 2021 ; 42(3) : 895-903.
- Ottaviano G., Frasson G., Nardello E., Martini A. **Olfaction deterioration in cognitive disorders in the elderly.** *Aging Clin Exp Res*, 2016 ; 28(1) : 37-45.
- Raeder V., Boura I, Leta V., Jenner P., Reichmann H., Trenkwalder C., Klingelhoefer L., Chaudhuri K.R. **Rotigotine Transdermal Patch for Motor and Non-motor Parkinson's Disease : A Review of 12 Years' Clinical Experience.** *CNS Drugs*, 2021 ; 35(2) : 215-231.
- Rapoport S.K., Menie R.J., Grant N. **Voice Changes in the Elderly.** *Otolaryngol Clin North Am*, 2018 ; 51(4) : 759-768.
- Reich S.G., Savitt J.M. **Parkinson's Disease.** *Med Clin North Am*, 2019 ; 103(2) : 337-350.
- Reich S.G. **Essential Tremor.** *Med Clin North Am*, 2019 ; 103(2) : 351-356.
- Roguski A., Rayment D., Whone A.L., Jones M.W., Rolinski M. **A Neurologist's Guide to REM Sleep Behavior Disorder.** *Front Neurol*, 2020 Jul 8 ; 11 : 610.

- Sagna A., Gallo J.J., Pontone G.M. **Systematic review of factors associated with depression and anxiety disorders among older adults with Parkinson's disease.** *Parkinsonism Relat Disord*, 2014 ; 20(7) : 708-15.
- Savica R., Grossardt B.R., Bower J.H., Ahlskog J.E., Boeve B.F., Graff-Radford J., Rocca W.A., Mielke M.M. **Survival and Causes of Death Among People With Clinically Diagnosed Synucleinopathies With Parkinsonism : A Population-Based Study.** *JAMA Neurol*, 2017 ; 74(7) : 839-846.
- Seppi K., Weintraub D., Coelho M., Perez-Lloret S., Fox S.H., Katzenschlager R., Hametner E.M., Poewe W., Rascol O., Goetz C.G., Sampaio C. **The Movement Disorder Society Evidence-Based Medicine Review Update : Treatments for the non-motor symptoms of Parkinson's disease.** *Mov Disord*, 2011 ; 26 Suppl 3 : S42-80.
- Sezgin M., Bilgic B., Tinaz S., Emre M. **Parkinson's Disease Dementia and Lewy Body Disease.** *Semin Neurol*, 2019 ; 39(2) : 274-282.
- Sprenger F., Poewe W. **Management of motor and non-motor symptoms in Parkinson's disease.** *CNS Drugs*, 2013 ; 27(4) : 259-72.
- Srivannitchapoom P., Hallett M. **Camptocormia in Parkinson's disease: definition, epidemiology, pathogenesis and treatment modalities.** *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2016 ; 87(1) : 75-85.
- Stefani A., Högl B. **Sleep in Parkinson's Disease.** *Neuropsychopharmacology*, 2020 ; 45(1) : 121-128.
- van Wamelen D.J., Martinez-Martin P., Weintraub D., Schrag A., Antonini A., Falup-Pecurariu C., Odin P., Ray Chaudhuri K.; International Parkinson and Movement Disorder Society Parkinson's Disease Non-Motor Study Group. **The Non-Motor Symptoms Scale in Parkinson's disease : Validation and use.** *Acta Neurol Scand*, 2021 ; 143(1) : 3-12.
- Vidal E.I., Fukushima F.B., Boas P.V. **Deep-brain stimulation for Parkinson's disease.** *N Engl J Med*, 2013 ; 368(5) : 483.
- Valera E., Masliah E. **Therapeutic approaches in Parkinson's disease and related disorders.** *J Neurochem*, 2016 ; 139 Suppl 1 : 346-352.
- Walker R.W. **Palliative care and end-of-life planning in Parkinson's disease.** *J Neural Transm*, 2013 ; 120 : 635-638.
- Watson R., Colloby S.J. **Imaging in Dementia With Lewy Bodies : An Overview.** *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2016 ; 29(5) : 254-60.
- Williams D.R., Litvan I. **Parkinsonian Syndromes.** *Continuum (Minneapolis, Minn)*, 2013 ; 19(5 Movement Disorders) : 1189-1212.
- Zeng X., Geng W., Jia J., Wang Z. **Advances in Stem Cells Transplantation for the Therapy of Parkinson's Disease.** *Curr Stem Cell Res Ther*, 2021 ; 16(8) : 958-969.
- Zhang F., Niu L., Liu X., Liu Y., Li S., Yu H., Le W. **Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder and Neurodegenerative Diseases : An Update.** *Aging Dis*, 2020 ; 11(2) : 315-326.

Formation continue
Formation de 3 h 15

Médicaments et aînés : prescrire ou proscrire ?

Michèle Morin, M.D., interniste gériatre CISSS Chaudière-Appalaches,
professeure agrégée au département de médecine de l'Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Il est commun d'entendre que « *trop de personnes âgées prennent trop de médicaments* ». La littérature médicale abonde d'articles pour appuyer cette affirmation. Le nombre de médicaments pris chaque jour par un individu détermine la polymédication, mais la prescription inappropriée va bien au-delà. Qu'en est-il de la personne aînée qui n'utilise que trois médicaments, mais dont aucun n'a de réelle indication ? Et de celle qui pourrait encore bénéficier d'un certain principe actif, lequel est omis sous prétexte que « *trop vieille* » ? Bien prescrire, tout comme bien « déprescrire », en gériatrie, relève bien souvent de l'art autant que de la science. Heureusement, l'utilisation de plus en plus répandue des bilans comparatifs de médicaments devient prétexte à des questionnements judicieux chez les soignants quant à la prescription appropriée aux aînés et plus que jamais, se familiariser avec un outil de révision du profil médicamenteux devient un atout inestimable pour le clinicien.

LES BUTS DE LA FORMATION

Les buts de cette formation sont d'accroître les connaissances des participants quant à la prescription appropriée des médicaments chez le sujet âgé et d'en parfaire leur compréhension. Une démarche clinique simple et pratique, mais néanmoins systématique, rigoureuse et supportée par les données probantes leur est proposée, de manière à susciter chez eux l'intention d'intégrer rapidement à leur pratique quotidienne les nouvelles notions reçues.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux médecins de famille œuvrant en première ligne auprès de personnes âgées, que ce soit au bureau, à domicile, en milieu hospitalier de courte durée ou en centre d'hébergement et de longue durée. Dans la mesure où les objectifs de la formation tels qu'énoncés répondent aussi à leurs besoins, d'autres professionnels de la santé intéressés par cette problématique (infirmiers(ères), pharmacien(ne)s, etc.) sont également invités à y participer.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 9 h	Reconnaître l'ampleur du problème de la prescription inappropriée en gériatrie	Définitions (polymédication, médicament potentiellement inapproprié, effet indésirable médicamenteux, interaction médicamenteuse, fidélité), épidémiologie et conséquences	Exposé interactif Questions quiz aux participants	
9 h – 9 h 45	Décrire les principaux changements pharmacocinétiques et pharmacodynamiques du vieillissement	Changements pharmacocinétiques (absorption, distribution, métabolisme, excrétion), modifications pharmacodynamiques et implications cliniques	Exposé interactif Questions quiz aux participants	
9 h 45 – 10 h	Identifier la prescription potentiellement inappropriée chez la population âgée	Exemples de prescription potentiellement inappropriée : absence d'indication, doublons, présence d'effets indésirables, risque d'interactions médicamenteuses, meilleure alternative, posologie / durée inadéquates, omission d'un médicament indiqué, etc.	Exposé interactif Questions quiz aux participants	
10 h – 10 h 15	Pause			

Horaire Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
10 h 15 – 10 h 30	Énumérer divers outils d'identification de la prescription potentiellement inappropriée	Critères de <i>BEERS</i> , outil <i>STOPP et START</i> , outil du CEVQ, etc.	Exposé interactif Questions quiz aux participants	
10 h 30 – 11 h 30	Réviser la médication d'une personne aînée	Initiation, poursuite ou modalité de cessation de diverses classes de médicaments, selon les données probantes et l'expérience : psychotropes (neuroleptiques, benzodiazépines, antidépresseurs), inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, anticonvulsivants, narcotiques, anti-inflammatoires, digitale, anti-angineux, antihypertenseurs, anticoagulants, hypoglycémiants, hypolipémiants, inhibiteurs de la pompe à protons, diphosphonates, calcium, vitamine D, vitamine B ₁₂ , etc. Priorisation des interventions.	Exposé interactif Vignettes cliniques Discussion en équipe selon le nombre de participants	Présentation de divers algorithmes de déprescription (inhibiteurs de la pompe à protons, hypoglycémiants oraux, benzodiazépines, antipsychotiques, etc.)
11 h 30 – 11 h 45		Conclusion	Discussions et échanges Réponses aux questions des participants	Évaluation de la formation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres :

- Arcand M., Hébert R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*, troisième édition. Édisem Maloine. 1270 p.
- Grenier, L. **Pharmacocinétique et pharmacodynamie, Les effets indésirables médicamenteux, Les interactions médicamenteuses.** *Manuel de soins pharmaceutiques en gériatrie*, Mallet-Grenier-Guimond-Barbeau, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2003.

Ressources électroniques :

- Réseau canadien pour la déprescription (ReCaD).
- <https://deprescribing.org/fr/>
- Regroupement des UCDG et des services hospitaliers gériatriques du Québec (RUSHGQ), 2017. Guide de gestion médicamenteuse en UCDG. <http://rushgq.org>

Articles scientifiques :

- Almutairi H., Stafford A., Etherton-Ber C., Flicker L. **Optimisation of medications used in residential aged care facilities : a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.** *BMC Geriatr*, 2020 ; 20(1) : 236.
- Ates Bulut E., Isik A.T. **Abuse/Misuse of Prescription Medications in Older Adults.** *Clin Geriatr Med*, 2022 ; 38(1) : 85-97.
- Barry P.J., Gallagher C., Ryan C., O'Mahony D. **START (screening tool to alert doctors to the right treatment) - an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients.** *Age and Ageing*, 2007 ; 36 : 632-38.
- Beers M.H. **Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update.** *Arch Intern Med*, 1997 ; 157 : 1531-1536.
- Bloomfield H.E., Greer N., Linsky A.M., Bolduc J., Naidl T., Vardeny O., MacDonald R., McKenzie L., Wilt T.J. **Deprescribing for Community-Dwelling Older Adults : a Systematic Review and Meta-analysis.** *J Gen Intern Med*, 2020 ; 35(11) : 3323-3332.
- Champoux N. **Toute bonne ordonnance a une fin : le retrait des médicaments devenus superflus.** *Le médecin du Québec*, 2010 ; 45(8) : 21-26.
- Chou J., Tong M., Brandt N.J. **Combating Polypharmacy Through Deprescribing Potentially Inappropriate Medications.** *J Gerontol Nurs*, 2019 ; 45(1) : 9-15.
- Chroinin D.N., Chroinin C.N., Beveridge A. **Factors influencing deprescribing habits among geriatricians.** *Age Ageing*, 2015 ; 44 : 704-8.
- *Clinics of Geriatric Medicine*, May 2012.
- Couture J. Côté M. **La polypharmacie chez les personnes âgées.** *Le médecin du Québec*, 2009 ; 44(1) : 45-50.
- Cullinan S., O'Mahony D., Fleming A., Byrne S. **A meta-synthesis of potentially inappropriate prescribing in older patients.** *Drugs Aging*, 2014 ; 31 : 631-638.

- Curtin D., Dukelow T., James K., O'Donnell D., O'Mahony D., Gallagher P. **Deprescribing in Multi-Morbid Older People With Polypharmacy: Agreement Between STOPPFrail Explicit Criteria and Gold Standard Deprescribing Using 100 Standardized Clinical Cases.** *Eur J Clin Pharmacol*, 2019 ; 75(3) : 427-432.
- Duran C.E., Azermai M., Vander Stichele R.H. **Systematic review of anticholinergic risk scales in older adults.** *Eur J Clin Pharmacol*, 2013 ; 69 : 1485-1496.
- Fournier A., Anrys P., Beuscart J.B., Dalleur O., Henrard S., Foulon V., Spinewine A. **Use and deprescribing of potentially inappropriate medications in frail nursing home residents.** *Drugs Aging*, 2020 ; 37(12) : 917-924.
- Frank C., Weir E. **Deprescribing for older patients.** *CMAJ*; 2014; 186 : 1369-76.
- Gallagher P., O'Mahony D. **STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions) : application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria.** *Age and Ageing*, 2008 ; 37 : 673-79.
- Garfinkel D., Mangin D. **Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults : addressing polypharmacy.** *Arch Intern Med*, 2010 ; 170 : 1648-54.
- Gnjidic D., Le Couteur D.G., Kouladjian L., et al. **Deprescribing trials : methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes.** *Clin Geriatr Med* 2012 ; 28 : 237-53.
- Goyal P., Anderson T.S., Bernacki G.M., Marcum Z.A., Orkaby A.R., Kim D., Zullo A., Krishnaswami A., Weissman A., Steinman M.A., Rich M.W. **Physician Perspectives on Deprescribing Cardiovascular Medications for Older Adults.** *J Am Geriatr Soc*, 2020 ; 68(1) : 76-86.
- Halli-Tierney A.D., Scarbrough C., Carroll D. **Polypharmacy : Evaluating Risks and Deprescribing.** *Am Fam Physician*, 2019 ; 100(1) : 32-38.
- Hamilton H.J. et coll. **Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people.** *BMC Geriatrics*, 2009 ; 9(5) : 1471.
- Hamilton H., Gallagher P., Ryan C., Byrne S., O'Mahony D. **Potentially Inappropriate Medications Defined by STOPP Criteria and the Risk of Adverse Drug Events in Older Hospitalized Patients.** *Arch Intern Med*, 2011 ; 171(11) : 1013-1019.
- Hsu H.F., Chen K.M., Belcastro F., Chen Y.F. **Polypharmacy and pattern of medication use in community-dwelling older adults : A systematic review.** *J Clin Nurs*, 2021 ; 30(7-8) : 918-928.
- Iyer et al. **Medication Withdrawal Trials in People aged 65 Years and Older. A Systematic Review.** *Drugs Aging*, 2008 ; 25(12) : 1021-1031.
- Kua C.-H., Mak V.S.L., Lee S.W.H. **Health Outcomes of Deprescribing Interventions Among Older Residents in Nursing Homes : A Systematic Review and Meta-analysis.** *J Am Med Dir Assoc*, 2019 ; 20(3) : 362-372.
- Lavan A.H., O'Mahony D., Gallagher P. **STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions in Frail Adults With a Limited Life Expectancy) Criteria: Application to a Representative Population Awaiting Long-Term Nursing Care.** *Eur J Clin Pharmacol*, 2019 ; 75(5) : 723-731.
- Lee S.W.H., Mak V.S.L., Tang Y.W. **Pharmacist Services in Nursing Homes : A Systematic Review and Meta-Analysis.** *Br J Clin Pharmacol*, 2019 ; 85(12) : 2668-2688.

- Levy H. B., Marcus E-L., Christen C. **Beyond the Beers Criteria : A Comparative Overview of Explicit Criteria.** *Ann Pharmacother*, 2010 ; 44 (12) : 1968-75.
- Martinelli A.N. **Rapid Fire : Polypharmacy in the Geriatric Patient.** *Emerg Med Clin North Am*, 2021 ; 39(2) : 395-404.
- Morin L., Fastbom J., Laroche M. L., Johnell K. **Potentially inappropriate drug use in older people : a nationwide comparison of different explicit criteria for population-based estimates.** *Br J Clin Pharmacol*, 2015 ; 80 : 315-24.
- Narayan S.W., Nishtala P.S. **Discontinuation of Preventive Medicines in Older People with Limited Life Expectancy : A Systematic Review.** *Drugs Aging*, 2017 ; 34(10) : 767-776.
- O'Mahony D., O'Connor M.N. [Pharmacotherapy at the-end-of-life](#). *Age and ageing*, 2011 ; 40 : 419-22.
- O'Mahony D., O'Sullivan D., Byrne S., O'Connor M.N., Ryan C., Gallagher P. **STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people : version 2.** *Age Ageing*, 2015 ; 44 : 213-218.
- Page A.T., Clifford R.M., Potter K., Schwartz D., Etherton-Beer C.D. **The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health : a systematic review and meta-analysis.** *Br J Clin Pharmacol*, 2016 ; 82 : 583-623.
- Pravodelov V. **Thoughtful Prescribing and Deprescribing.** *Med Clin North Am*, 2020 ; 104(5) : 751-765.
- Pruskowski J.A., Springer S., Thorpe C.T., Klein-Fedyshin M., Handler S.M. **Does Deprescribing Improve Quality of Life? A Systematic Review of the Literature.** *Drugs Aging*, 2019 ; 36(12) : 1097-1110.
- Ramage-Morin P.L. **Consommation de médicaments chez les Canadiens âgés.** *Rapport sur la santé*, 2009 ; 20(1) : 1-9.
- Reeve E., Turner J.P. **Patients' perspectives on the brave new word 'deprescribing'.** *Int J Pharm Pract*, 2015 ; 23 : 90-1.
- Reeve E., Moriarty F., Nahas, R. Turner J.P., Kouladjian O'Donnell L., Hilmer S.N. **A narrative review of the safety concerns of deprescribing in older adults and strategies to mitigate potential harms.** *Expert Opin Drug Saf*, 2018 ; (1) : 39-49.
- Renom-Guiteras A., Meyer G., Thurmann P.A. **The EU(7)-PIM list : A list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries.** *Eur J Clin Pharmacol*, 2015 ; 71 : 861-875.
- Roux B., Sirois C., Simard M., Gagnon M.E., Laroche M.L. **One-year persistence of potentially inappropriate medication use in older adults : a population-based study.** *Br J Clin Pharmacol*, 2020 ; 86(6) : 1062-80.
- Scott I.A., Martin J.H., Gray L.A., et al. **Minimising inappropriate medication use in older populations - a 10 step conceptual framework.** *Am J Med*, 2012 ; 125 : 529-37.
- Scott I.A., Hilmer S.N., Reeve E., et al. **Reducing inappropriate polypharmacy : the process of deprescribing.** *JAMA Intern Med* 2015 ; 175 : 827-34.
- Sirois C., Lunghi C., Berthelot W., Laroche M.L., Frini A. **Benefits, risks and impacts on quality of life of medications used in multimorbid older adults : A Delphi study.** *Int J Clin Pharm*, 2020 ; 42(1) : 40-50.
- Steinman M. **Managing medications in clinically complex elders : « There's got to be a happy medium ».** *JAMA*, 2010 ; 304(14) : 1592-1601.
- Shrank W.H., Plinski J.M., Avorn J. **Quality Indicators for Medication Use in Vulnerable Elders.** *JAGS*, 2007 ; 55(S2) : 373-82.

- Tannenbaum C., Martin P., Tamblyn R. et al. **Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education : The EMPOWER cluster randomized trial.** *JAMA Intern Med*, 2014 ; 174 : 890-898.
- Thillainadesan J., Gnjidic D., Green S., Hilmer S.N. **Impact of Deprescribing Interventions in Older Hospitalised Patients on Prescribing and Clinical Outcomes : A Systematic Review of Randomised Trials.** *Drugs Aging*, 2018 ; 35(4) : 303-319.
- Tjia J., Velten S.J., Parsons C., Valluri S., Briesacher B.A. **Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults : a systematic review.** *Drugs Aging*, 2013 ; 30 : 285-307.
- Wallis K.A. **Ageing is not for the faint-hearted: are we making it worse? Polypharmacy-related harm in the elderly.** *J Prim Health Care*, 2015 ; 7 : 167-9.
- Watt J.A., Goodarzi Z., Veroniki A.A., Nincic V., Khan P.A., Ghassemi M., Thompson Y., Lai Y., Treister V., Tricco A.C., Straus S.E. **Safety of pharmacologic interventions for neuropsychiatric symptoms in dementia : a systematic review and network meta-analysis.** *BMC Geriatr*, 2020 ; 20(1) : 212.
- Wauters M., Elserviers M., Vaes B., Degryse J., Dalleur O., Vander Stichele R., Christiaens T., Azermai M. **Too many, too few, or too unsafe? Impact of inappropriate prescribing on mortality, and hospitalization in a cohort of community-dwelling oldest old.** *Br J Clin Pharmacol*, 2016 ; 82(5) : 1382-92.
- Welker K.L., Mycyk M.B. **Pharmacology in the Geriatric Patient.** *Emerg Med Clin North Am*, 2016 ; 34(3) : 469-81.
- Zullo A.R., Gray S.L., Holmes H.M., Marcum Z.A. **Screening for Medication Appropriateness in Older Adults.** *Clin Geriatr Med*, 2018 ; 34(1) : 39-54.

Formation continue
Formation de 3 h 15

Les troubles du sommeil chez l'ainé : pour ne plus en faire de l'insomnie !

Michèle Morin, M.D., interniste gériatre CISSS Chaudière-Appalaches,
professeure agrégée au département de médecine de l'Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Que ce soit au bureau, à l'hôpital ou en centre d'hébergement, l'insomnie constitue l'une des plaintes les plus souvent rapportées à leur médecin par les personnes âgées. Derrière celle-ci se cache un grand nombre de conditions pouvant altérer le sommeil : maladies physiques ou psychologiques, médicaments, etc. L'environnement et des habitudes de vie malsaines peuvent aussi concourir aux troubles du sommeil. Mais on reconnaît également que la physiologie du sommeil change au cours du vieillissement, affectant l'architecture du sommeil et bouleversant même parfois le cycle nyctéméral lui-même. Divers syndromes propres à l'avancée en âge sont de mieux en mieux reconnus : syndrome de l'avancement de phase, trouble comportemental du sommeil REM, etc. Des relations étroites entre sommeil et cognition sont également identifiées. Se préoccuper de cette plainte devient donc primordial et y répondre par les meilleures approches thérapeutiques s'impose pour la qualité de vie des aînés qui en souffrent.

LES BUTS DE LA FORMATION

Les buts de cette formation sont d'accroître les connaissances des participants quant aux principaux troubles du sommeil pouvant survenir au cours du vieillissement et d'en parfaire leur compréhension. Une démarche clinique simple et pratique, mais néanmoins systématique, rigoureuse et supportée par les données probantes leur est proposée, de manière à susciter chez eux l'intention d'intégrer rapidement à leur pratique quotidienne les nouvelles notions reçues.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux médecins de famille œuvrant en première ligne auprès de personnes âgées, que ce soit au bureau, à domicile, en milieu hospitalier de courte durée ou en centre d'hébergement et de longue durée. Dans la mesure où les objectifs de la formation tels qu'énoncés répondent aussi à leurs besoins, d'autres professionnels de la santé intéressés par cette problématique (infirmiers(ères), pharmacien(ne)s, intervenant(e)s sociaux (sociales), psychologues, etc.) sont également invités à y participer.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 8 h 35	<ul style="list-style-type: none"> • Définir le sommeil et son utilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition du sommeil, rappel de son utilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif • Questions quiz aux participants 	
8 h 35 – 8 h 50	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer les divers changements dans la physiologie du sommeil au cours du vieillissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Physiologie et architecture du sommeil au cours du vieillissement : cycle circadien, stades du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif 	
8 h 50 – 8 h 55	<ul style="list-style-type: none"> • Classifier les principaux troubles du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition et classification des troubles du sommeil : parasomnies, dyssomnies, hypersomnies, insomnies 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif • Discussion en équipe selon le nombre de participants 	
8 h 55 – 9 h 05	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter de la principale parasomnie du sujet âgé : le trouble comportemental du sommeil paradoxal 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition, épidémiologie, description clinique, maladies associées, approches thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif • Vignette clinique • Questions quiz aux participants 	
9 h 05 – 9 h 15	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguer la narcolepsie des autres causes d'hypersomnie chez l'ainé 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de la narcolepsie, épidémiologie, présentation clinique, diagnostic différentiel dont le délirium, approches thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif • Vignette clinique • Questions quiz aux participants 	

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
9 h 15 – 9 h 30	<ul style="list-style-type: none"> • Catégoriser les principales formes d'insomnie chez la personne aînée 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de l'insomnie, critères diagnostiques du DSM-5, classification, épidémiologie, conséquences 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif • Questions quiz aux participants 	
9 h 30 – 9 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer les insomnies comorbides les plus prévalentes au cours du vieillissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnies associées aux maladies, psychiatriques, aux conditions physiques et aux médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif • Discussion en équipe selon le nombre de participants 	
9 h 45 – 9 h 50	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer l'insomnie psychophysiologique 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation clinique et cercle vicieux 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif • Vignette clinique 	
9 h 50 – 10 h	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des dyssomnies extrinsèques 	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement propice au sommeil et habitudes de vie (rituel du coucher) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif • Vignette clinique 	Présentation de la fiche clinique « <i>Insomnie</i> » de l'AAPA du MSSS
10 h – 10 h 10	Pause			
10 h 10 – 10 h 15	<ul style="list-style-type: none"> • Classifier les dyssomnies intrinsèques 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition et classification 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif 	
10 h 15 – 10 h 25	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les troubles du rythme circadien 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition, présentation clinique, approches thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif • Vignette clinique 	
10 h 25 – 10 h 35	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des troubles du sommeil liés à la respiration 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition, épidémiologie, présentation clinique, lien avec le déclin cognitif, investigation, approches thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif • Vignette clinique • Questions quiz aux participants 	

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
10 h 35 – 10 h 45	<ul style="list-style-type: none"> Distinguer les mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil et le syndrome des jambes sans repos 	<ul style="list-style-type: none"> Définition, épidémiologie, présentation clinique, investigation, approches thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants 	
10 h 45 – 10 h 50	<ul style="list-style-type: none"> Résumer l'évaluation clinique de l'insomniaque 	<ul style="list-style-type: none"> Anamnèse, examen physique, journal du sommeil, polysomnographie 	<ul style="list-style-type: none"> Exposé interactif 	
10 h 50 – 11 h 05	<ul style="list-style-type: none"> Décrire les approches thérapeutiques non pharmacologiques de l'insomnie 	<ul style="list-style-type: none"> Approches comportementales : éducation, relaxation, contrôle par le stimulus, restriction de sommeil, thérapie cognitivo-comportementale Luminothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> Exposé interactif Questions quiz aux participants 	
11 h 05 – 11 h 20	<ul style="list-style-type: none"> Résumer les approches thérapeutiques pharmacologiques de l'insomnie 	<ul style="list-style-type: none"> Indications, précautions, critères de Beers, molécules reconnues (benzodiazépines, hypnotiques en Z, antidépresseurs et antipsychotiques), place des produits naturels (mélatonine) 	<ul style="list-style-type: none"> Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants 	
11 h 20 – 11 h 30	<ul style="list-style-type: none"> Planifier le sevrage des benzodiazépines 	<ul style="list-style-type: none"> Prérequis à la réussite du sevrage, calendrier de sevrage, suivi 	<ul style="list-style-type: none"> Exposé interactif 	

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
11 h 30 – 11 h 45		<ul style="list-style-type: none"> • Conclusion 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussions et échanges • Réponses aux questions des participants 	Évaluation de la formation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres :

- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International classification of sleep disorders : diagnostic and coding manual* (2 ed.). Westchester: AASM, 293 p.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition (DSM-5), p362-363.
- Arcand M., Hébert R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*, troisième édition. Édisem Maloine. 1270 p.
- Ouellet, N. (2013). **L'hygiène du sommeil**. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed. p. 305-313). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique.

Ressources électroniques :

- MSSS, 2011. Fiche clinique « Insomnie », Approche adaptée à la personne âgée
- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-10W.pdf>
- Société canadienne du sommeil : <https://scs-css.ca/>

Articles scientifiques :

- Abad V.C., Guilleminault C. **Insomnia in Elderly Patients : Recommendations for Pharmacological Management**. *Drugs Aging*, 2018 ; 35(9) : 791-817.
- Ancoli-Israel S., Martin J.L., Kripke D.F., Marler M., & Klauber M.R. **Effect of light treatment on sleep and circadian rhythms in demented nursing home patients**. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002 ; 50(2) : 282-289.
- Ayalon L., Ancoli-Israel S., Drummond SP. **Obstructive sleep apnea and age : a double insult to brain function?** *AJRCCM*, 2010 ; 182(3) : 413-9.
- Bloom H.G, Ahmed I., Alessi C.A., Ancoli-Israel S., Buysse D.J., Kryger M.H. et al. **Evidence-Based Recommendations for the Assessment and Management of Sleep Disorders in Older Persons**. *J Am Geriatr Soc*, 2009 ; 57(5) : 761-789.
- Cardinali D.P., Furio A.M., Brusco L.I. **Clinical aspects of melatonin intervention in Alzheimer's disease progression**. *Current Neuropharmacology*, 2010 ; 8 : 218-27.
- David R., Zeitzer J., Friedman L., Noda A., O'Hara R., Robert P., et al. **Non-pharmacologic management of sleep disturbance in Alzheimer's disease**. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2010 ; 14 : 203-6.
- de Almondes K.M., Costa M.V., Malloy-Diniz L.F., Diniz B.S. **Insomnia and risk of dementia in older adults : Systematic review and meta-analysis**. *J Psychiatr Res*, 2016 ; 77 : 109-15.
- Dzierzewski J.M., Dautovich N., Ravyts S. **Sleep and Cognition in Older Adults**. *Sleep Med Clin*, 2018 ; 13(1) : 93-106.
- Ebben M.R. **Insomnia : Behavioral Treatment in the Elderly**. *Clin Geriatr Med*, 2021 ; 37(3) : 387-399.

- Edmonds C., Swanoski M. **A Review of Suvorexant, Doxepin, Ramelteon, and Tasimelteon for the Treatment of Insomnia in Geriatric Patients.** *Consult Pharm*, 2017 ; 32(3) : 156-160.
- Feinsilver S.H. **Normal and Abnormal Sleep in the Elderly.** *Clin Geriatr Med*, 2021 ; 37(3) : 377-386.
- Galbiati A., Verga L., Giora E., Zucconi M., Ferini-Strambi L. **The Risk of Neurodegeneration in REM Sleep Behavior Disorder : A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies.** *Sleep Med Rev*, 2019 ; 43 : 37-46.
- Gammack J.K. **Light Therapy for Insomnia in Older Adults.** *Clinics in Geriatric Medicine*, 2008 ; 28 : 139-149.
- Gilat M., Marshall N.S., Testelmans D., Buysse B., Lewis S.J.G. **A critical review of the pharmacological treatment of REM sleep behavior disorder in adults : time for more and larger randomized placebo-controlled trials.** *J Neurol*, 2022 ; 269(1) : 125-148.
- Guay B. et coll. **Le traitement pharmacologique de l'insomnie : controverse et réalité.** *Le Médecin du Québec*, 2010 ; 45(3) : 67-71.
- Gulia K.K., Kumar V.M. **Sleep disorders in the elderly : a growing challenge.** *Psychogeriatrics*, 2018 ; 18(3) : 155-165.
- Hottin P. **L'insomnie chez la personne âgée.** *Le Médecin du Québec*, 2001 : 36(8) : 45-53.
- Ju G., Yoon I.Y., Lee S.D., Kim T.H., Choe J.Y, Kim KW. **Effects of sleep apnea syndrome on delayed memory and executive function in elderly adults.** *J Am Geriatr Soc*, 2012 ; 60(6) : 1099-103.
- Keir L.H.M., Breen D.P. **New awakenings : current understanding of sleep dysfunction and its treatment in Parkinson's disease.** *J Neurol*, 2020 ; 267(1) : 288-294.
- Lam S., Macina L.O. **Therapy Update for Insomnia in the Elderly.** *Consult Pharm*, 2017 ; 32(10) : 610-622.
- Leblanc M., Messier K. **Prescrire les hypnotiques non benzodiazépines sans causer d'insomnie.** *Le Médecin du Québec*, 2014 ; 39(1) : 63-66.
- Leng Y., McEvoy C.T., Allen I.E., Yaffe K. **Association of Sleep-Disordered Breathing With Cognitive Function and Risk of Cognitive Impairment : A Systematic Review and Meta-analysis.** *JAMA Neurol*, 2017 ; 74(10) : 1237-1245.
- Li J., Vitiello M.V., Gooneratne N.S. **Sleep in Normal Aging.** *Sleep Med Clin*, 2018 ; 13(1) : 1-11.
- Lou B.X., Oks M. **Insomnia : Pharmacologic Treatment.** *Clin Geriatr Med*, 2021 ; 37(3) : 401-415.
- McMillan A., Bratton D.J., Faria R. et al. **Continuous positive airway pressure in older people with obstructive sleep apnoea syndrome (PREDICT) : a 12-month, multicentre, randomised trial.** *Lancet Respir Med*, 2014 ; 2(10) : 804-12.
- Mubashir T., Abrahamyan L., Niazi A., Piyasena D., Arif A.A., Wong J., Osorio R.S., Ryan C.M., Chung F. **The prevalence of obstructive sleep apnea in mild cognitive impairment : a systematic review.** *BMC Neurol*, 2019 ; 19(1) : 195.
- Nguyen-Michel V.H., Vecchierini M.F. **Exploration of sleep disorders in the elderly : which particularities?** *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2016 ; 14(4) : 429-437.
- Oderda L.H, Young J.R., Asche C.V., Pepper G.A. **Psychotropic related hip fractures : meta-analysis of first-generation and second-generation antidepressant and antipsychotic drugs.** *Annals of Pharmacotherapy*, 2012 ; 46 : 917-28.
- Patel D., Steinberg J., Patel P. **Insomnia in the Elderly : A Review.** *J Clin Sleep Med*, 2018 ; 14(6) : 1017-1024.
- Pavlova M.K., Latreille V. **Sleep Disorders.** *Am J Med*, 2019 ; 132(3) : 292-299.
- Phang G. **L'insomnie chez la personne âgée.** *Québec Pharmacie*, 2011 ; 58(3) : 7-8.

- Porter V.R., Buxton W.G., Avidan A.Y. **Sleep, Cognition and Dementia.** *Curr Psychiatry Rep*, 2015 ; 17(12) : 97.
- Prodhan A.H.M.S.U., Cavestro C., Kamal M.A., Islam M.A. **Melatonin and Sleep Disturbances in Alzheimer's Disease.** *CNS Neurol Disord Drug Targets*, 2021 ; 20(8) : 736-754.
- Rodriguez J.C., Dzierzewski J.M., Alessi C.A. **Sleep problems in the elderly.** *Med Clin North Am*, 2015 ; 99(2) : 431-9.
- Roguski A., Rayment D., Whone A.L., Jones M.W., Rolinski M. **A Neurologist's Guide to REM Sleep Behavior Disorder.** *Front Neurol*, 2020 Jul 8 ; 11 : 610.
- Schroeck J.L., Ford J., Conway E.L., Kurtzhalts K.E., Gee M.E., Vollmer K.A., Mergenhagen K.A. **Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults.** *Clin Ther*, 2016 ; 38(11) : 2340-2372.
- Sforza E., Roche F., Thomas-Anterion C. et al. **Cognitive function and sleep related breathing disorders in a healthy elderly population : the SYNAPSE study.** *Sleep*, 2010 ; 33(4) : 515-21.
- Sforza E., Roche F. **Sleep apnea syndrome and cognition.** *Front Neurol*, 2012 ; 3 : 87.
- Smagula S.F., Stone K.L., Fabio A., Cauley J.A. **Risk factors for sleep disturbances in older adults : Evidence from prospective studies.** *Sleep Med Rev*, 2016 ; 25 : 21-30.
- Stefani A., Högl B. **Sleep in Parkinson's Disease.** *Neuropsychopharmacology*, 2020 ; 45(1) : 121-128.
- Stewart N.H., Arora V.M. **Sleep in Hospitalized Older Adults.** *Sleep Med Clin*, 2018 ; 13(1) : 127-135.
- Stone K.L., Xiao Q. **Impact of Poor Sleep on Physical and Mental Health in Older Women.** *Sleep Med Clin*, 2018 ; 13(3) : 457-465.
- Vallières A., Guay B., Morin C. **L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire.** *Le Médecin du Québec*, 2004 ; 39(10) : 85-96.
- Yaffe K., Laffan A.M., Harrison S.L. et al. **Sleep-disordered breathing, hypoxia, and risk of mild cognitive impairment and dementia in older women.** *JAMA*, 2011 ; 306(6) : 613-9.
- Zhang F., Niu L., Liu X., Liu Y., Li S., Yu H., Le W. **Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder and Neurodegenerative Diseases : An Update.** *Aging Dis*, 2020 ; 11(2) : 315-326.
- Zhong H.-H., Yu B., Luo D., Yang L.-Y., Zhang J., Jiang S.-S., Hu S.-J., Luo Y.-Y., Yang M.-W., Hong F.-F., Yang S.-L. **Roles of Aging in Sleep.** *Neurosci Biobehav Rev*, 2019 ; 98 : 177-184.

Formation continue
Formation de 3 h 15

Les troubles neurocognitifs majeurs chez l'aîné : démarche clinique pour que le médecin n'oublie rien !

Michèle Morin, M.D., interniste gériatre CISSS Chaudière-Appalaches,
professeure agrégée au département de médecine de l'Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Les troubles cognitifs constituent un problème de santé préoccupant dans la population vieillissante, tant par ses considérations épidémiologiques qu'en raison de ses conséquences chez l'individu qui en souffre, chez ses proches et finalement sur tout le système de santé lui-même. Que ce soit au bureau, à domicile ou en milieu hospitalier, repérer les troubles cognitifs, conclure à l'existence d'un syndrome démentiel et en déterminer l'étiologie pour instaurer ensuite la meilleure conduite thérapeutique, en cohérence avec les connaissances actuelles en constante évolution, représentent un défi de tous les jours pour le médecin œuvrant auprès de personnes âgées. Parfois, on se demande même « par quel bout » commencer ? Peut-on maîtriser une approche simple, mais suffisamment rigoureuse, pour ne rien omettre et optimiser la prise en charge multidimensionnelle qu'implique pareil diagnostic ?

LES BUTS DE LA FORMATION

Les buts de cette formation sont d'accroître les connaissances des participants quant aux troubles cognitifs chez la personne âgée et de parfaire leur compréhension de ce prévalant syndrome gériatrique. Une démarche clinique simple et pratique, mais néanmoins systématique, rigoureuse et supportée par les données probantes leur est proposée, de manière à susciter chez eux l'intention d'intégrer rapidement à leur pratique quotidienne les nouvelles notions reçues.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux médecins de famille œuvrant en première ligne auprès de personnes âgées, que ce soit au bureau, à domicile, en milieu hospitalier de courte durée ou en centre d'hébergement et de longue durée. Dans la mesure où les objectifs de la formation tels qu'énoncés répondent aussi à leurs besoins, d'autres professionnels de la santé intéressés par cette problématique (infirmiers(ères), ergothérapeutes, intervenant(e)s sociaux (sociales), pharmaciens, psychologues, etc.) sont également invités à y participer.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 8 h 50	Reconnaître l'importance du trouble neurocognitif majeur comme problème de santé chez la population vieillissante	Épidémiologie, facteurs de risque cognitifs, vieillissement cognitif normal vs pathologique, importance du repérage des troubles cognitifs, principaux diagnostics différentiels chez le sujet âgé	Exposé interactif Vignette clinique Discussion en équipe selon le nombre de participants	
8 h 50 – 9 h 20	Résumer les composantes d'une évaluation clinique rigoureuse d'un trouble cognitif avéré	Éléments clés à l'anamnèse, importance des informations collatérales, principaux tests cognitifs, signes évocateurs à l'examen physique, place de l'évaluation fonctionnelle	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants	
9 h 20 – 9 h 30	Discuter du trouble neurocognitif mineur (déficit cognitif léger) chez l'ainé	Définition, épidémiologie, continuum avec le trouble neurocognitif majeur, sous-types, conduite à tenir	Exposé interactif Questions quiz aux participants	
9 h 30 – 9 h 50	Poser un diagnostic de trouble neurocognitif majeur (démence)	Critères diagnostiques, investigation complémentaire incluant la place « en pratique » des examens plus récents (dont l'imagerie amyloïde et les marqueurs du liquide céphalorachidien),	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants	Critères diagnostiques du DSM-5

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
		rôles du médecin de famille et indication de référence à la deuxième ligne (ex. : cliniques de mémoire)		
9 h 50 – 10 h 05	Pause			
10 h 05 – 10 h 35	Discuter de la maladie d'Alzheimer	Épidémiologie, pathogénèse, histopathologie classique, présentation clinique usuelle, stades de la maladie (Reisberg), investigation, traitement pharmacologique (inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, Mémantine, autres molécules), prévention	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants	
10 h 35 – 10 h 45	Décrire le trouble neurocognitif majeur vasculaire	Épidémiologie, pathogénèse et divers sous-types dont la maladie de Binswanger, présentation clinique usuelle, investigation, approches thérapeutiques, prévention	Exposé interactif Questions quiz aux participants	
10 h 45 – 10 h 55	Résumer les diagnostics possibles face à un syndrome démentiel associant des manifestations extrapyramidales	Maladie à corps de Lewy et démence parkinsonienne : histopathologie classique, présentation clinique usuelle, investigation, traitement pharmacologique, précaution avec les neuroleptiques	Exposé interactif Questions quiz aux participants	

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
10 h 55 – 11 h 05	Identifier les diagnostics possibles face à un syndrome démentiel associant des manifestations dites « frontales »	Démences fronto-temporales, variantes comportementale et langagière : présentation clinique usuelle, sous-types, investigation, traitement pharmacologique	Exposé interactif Questions quiz aux participants	
11 h 05 – 11 h 15	Énumérer d'autres étiologies rares du syndrome démentiel	Hydrocéphalie à pression normale, encéphalite limbique, maladie à prions neurosyphilis et démence VIH, alcool, déficit en B ₁₂ , hypothyroïdie	Exposé interactif Questions quiz aux participants	
11 h 15 – 11 h 35	Résumer les principaux éléments du suivi d'un patient présentant un syndrome démentiel, au-delà de l'approche pharmacologique*	Support aux proches aidants, conseils d'usage et enseignements à prodiguer, observance thérapeutique, sécurité du milieu de vie, conduite automobile, documents légaux, aptitude à consentir, planification préalable des soins, etc.	Exposé interactif Vignette clinique Questions quiz aux participants	
11 h 35 – 11 h 45		Conclusion	Discussions et échanges Réponses aux questions des participants	Évaluation de la formation

*Les participants davantage intéressés par la **gestion des symptômes psychologiques et comportementaux du trouble neurocognitif majeur (« SCPD »)** ou par les **enjeux déontologiques, légaux et éthiques** des soins aux aînés sont ici invités à consulter le descriptif d'autres formations du CEVQ CEVQ qui s'y consacrent, puisque la présente activité ne détaillera pas ces aspects de la prise en charge des personnes souffrant de troubles cognitifs, faute de temps.

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livre :

- Arcand M., Hébert R. (2007). Précis pratique de gériatrie, troisième édition. Édisem Maloine. 1270 p.

Ressources électroniques :

- Voyer, P., Richard, H., Juneau, L., Durand, P., Morin, M., Labarre, K., Hudon, C. (2016). Le MEEM version CEVQ. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.
- http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/meem-cevq_rapport_final.pdf
- Bernier P., Gourdeau C., Laforce R., Carmichaël P.H., Beauchemin J.P., Fortier M.A, 2017. Le QuoCo.
- <http://quoco.org/>
- MSSS, 2009. Le plan Alzheimer Québec
- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf>
- INESSS, octobre 2012. Services spécialisés destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, Revue de la littérature
- https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/ETMIS2012_Vol8_No16.pdf
- MSSS, 2014. Processus clinique interdisciplinaire en première ligne.
- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001071/>
- INESSS, octobre 2015. Outils pour professionnels - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs.
- <https://www.inesss.qc.ca/outils-cliniques/outils-cliniques/outils-par-thematiques/outils/alzheimer.html>
- INESSS, octobre 2015. Maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs - Document synthèse : repérage, diagnostic, annonce et suivi.
- https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_DocumentSynthese_Reperage_diagnostic_annonce_suivi.pdf
- INESSS, mars 2015. Traitement pharmacologique, Maladies d'Alzheimer et démence mixte.
- http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_GUO_Alzheimer.pdf

Articles scientifiques :

- Albert M.S. et al. [The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease : Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease.](#) *Alzheimer's & Dementia*, 2011 ; 7 : 270-79.
- Arcand M. **End-of-life issues in advanced dementia : Part 1: goals of care, decision-making process, and family education.** *Can Fam Physician*, 2015 ; 61(4) : 330-4.

- Arcand M. **End-of-life issues in advanced dementia : Part 2: management of poor nutritional intake, dehydration, and pneumonia.** *Can Fam Physician*, 2015 ; 61(4) : 337-41.
- Assaf G., Tanielian M. **Mild cognitive impairment in primary care : a clinical review.** *Postgrad Med J*, 2018 ; 94(1117) : 647-652.
- Atri A. **The Alzheimer's Disease Clinical Spectrum : Diagnosis and Management.** *Med Clin North Am*, 2019 ; 103(2) : 263-293.
- Behrman S., Burgess J., Topiwala A. **Prescribing antipsychotics in older people : A mini-review.** *Maturitas*, 2018 ; 116 : 8-10.
- Buckley J.S., Salpeter S.R. **A Risk-Benefit Assessment of Dementia Medications : Systematic Review of the Evidence.** *Drugs Aging*, 2015 ; 32(6) : 453-67.
- Chertkow H. **Diagnosis and treatment of dementia : 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia.** *Can Med Assoc J*, 2008 ; 178 : 1273-1285.
- de Almondes K.M., Costa M.V., Malloy-Diniz L.F., Diniz B.S. **Insomnia and risk of dementia in older adults : Systematic review and meta-analysis.** *J Psychiatr Res*, 2016 ; 77 : 109-15.
- El-Hayek Y.H., Wiley R.E., Khoury C.P., Daya R.P., Ballard C., Evans A.R., Karran M., Molinuevo J.L., Norton M., Atri A. **Tip of the Iceberg : Assessing the Global Socioeconomic Costs of Alzheimer's Disease and Related Dementias and Strategic Implications for Stakeholders.** *J Alzheimers Dis*, 2019 ; 70(2) : 323-341.
- Forette F. et al. **The prevention of dementia with antihypertensive treatment : Syst-Eur Study.** *Arch Intern Med*, 2002 ; 162 : 2046-2052.
- Feldman H.H. et al. **Diagnosis and treatment of dementia : 2. Diagnosis.** *Can Med Assoc J*, 2008 ; 178 : 825-836.
- Gravel A., Hudon C., Meilleur-Durand S., Sellami L., Bergeron D., Paradis A., Verret L., Fortin M.-P., Poulin S., Maccoir J., Bouchard R.W., & Laforce R. J. **Validation of the Dépistage Cognitif de Québec in the Oldest Old.** *Canadian Geriatrics Journal*, 2020 ; 23(4) : 283-288.
- Herrmann N., Gauthier S. **Diagnosis and treatment of dementia : 6. Management of severe Alzheimer disease.** *Can Med Assoc J*, 2008 ; 179 : 1279-1287.
- Hildreth K.L., Church S. **Evaluation and management of the elderly patient presenting with cognitive complaints.** *Med Clin North Am*. 2015 ; 99(2) : 311-35.
- Hogan D.B. **Diagnosis and treatment of dementia : 4. Approach to management of mild to moderate dementia.** *Can Med Assoc J*, 2008 ; 179 : 787-793.
- Hogan D.B. et al. **Diagnosis and treatment of dementia : 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia.** *Can Med Assoc J*, 2008 ; 179 : 1019-1026.
- Ismail Z., Black S.E., Camicioli R., Chertkow H., Herrmann N., Laforce R. Jr, Montero-Odasso M., Rockwood K., Rosa-Neto P., Seitz D., Sivananthan S., Smith E.E., Soucy J.P., Vedel I., Gauthier S. ; CCCDTD5 participants. **Recommendations of the 5th Canadian Consensus Conference on the diagnosis and treatment of dementia.** *Alzheimers Dement*, 2020 ; 16(8) : 1182-1195.

- Kuang H., Zhou Z.F., Zhu Y.G., Wan Z.K., Yang M.W., Hong F.F., Yang S.L. **Pharmacological Treatment of Vascular Dementia : A Molecular Mechanism Perspective.** *Aging Dis*, 2021 ; 12(1) : 308-326.
- Liu K.Y., Howard R. **Can we learn lessons from the FDA's approval of aducanumab ?** *Nat Rev Neurol*, 2021 ; 17(11) : 715-722.
- Loeffler D.A. **Modifiable, Non-Modifiable, and Clinical Factors Associated with Progression of Alzheimer's Disease.** *J Alzheimers Dis*, 2021 ; 80(1) : 1-27.
- Mc Keith I.G. **Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium.** *Neurology*, 2005 ; 65 : 1863-72.
- McKeith I.G., Ferman T.J., Thomas A.J., Blanc F., Boeve B.F., Fujishiro H., Kantarci K., Muscio C., O'Brien J.T., Postuma R.B., Aarsland D., Ballard C., Bonanni L., Donaghy P., Emre M., Galvin J.E., Galasko D., Goldman J.G., Gomperts S.N., Honig L.S., Ikeda M., Leverenz J.B., Lewis S.J.G., Marder K.S., Masellis M., Salmon D.P., Taylor J.P., Tsuang D.W., Walker Z., Tiraboschi P. ; prodromal DLB Diagnostic Study Group. **Research criteria for the diagnosis of prodromal dementia with Lewy bodies.** *Neurology*, 2020 ; 94(17) : 743-755.
- McKhan G. et al. **The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease : Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup.** *Alzheimer's & Dementia*, 2011 ; 7 : 263-69.
- Mesulam M.M. **Primary Progressive Aphasia - A Language-Based Dementia.** *NEJM*, 2003 ; 349 : 1535-42.
- Naing H.L., Teo S.P. **Impact of Hypertension on Cognitive Decline and Dementia.** *Ann Geriatr Med Res*, 2020 ; 24(1) : 15-19.
- Nasreddine Z.S. et coll. **The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : A Brief Screening Tool Fr Mild Cognitive Impairment.** *JAGS*, 2005 ; 53(4) : 695-699.
- Park K.W. **Dementia with Lewy bodies versus Alzheimer's disease and Parkinson's disease dementia : a comparaison of cognitive profiles.** *J Clin Neurol*, 2011 ; 7(1) : 19-24.
- Patterson C., Gauthier S., Bergman H., Cohen C., Feightner J.W., Feldman H. et al. **The recognition, assessment and management of dementing disorders : conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia.** *Can J Neurol Sci*, 2001 ; 28 (Suppl 1) : S3-16.
- Petersen R.C. **Mild cognitive impairment as a diagnostic entity.** *NEJM*, 2011 ; 364(23) : 2227-34.
- Piguet O., Hornberger M., Mioshi E., Hodges J.R. [Behavioral-variant frontotemporal dementia : diagnosis, clinical staging and management.](#) *Lancet neurol* 2011 ; 10 : 162-72.
- Sachdev P.S., Mohan A., Taylor L., Jeste D.V. **DSM-5 and Mental Disorders in Older Individuals : An Overview.** *Harv Rev Psychiatry*, 2015 ; 23(5) : 320-8.
- Scheltens P., Blennow K., Breteler M.M., de Strooper B., Frisoni G.B., Salloway S., Van der Flier W.M. **Alzheimer's disease.** *Lancet*, 2016 ; 388(10043) : 505-17.
- Sezgin M., Bilgic B., Tinaz S., Emre M. **Parkinson's Disease Dementia and Lewy Body Disease.** *Semin Neurol*, 2019 ; 39(2) : 274-282.

- Sivasathaseelan H., Marshall C.R., Agustus J.L., Benhamou E., Bond R.L., van Leeuwen J.E.P., Hardy C.J.D., Rohrer J.D., Warren J.D. **Frontotemporal Dementia : A Clinical Review.** *Semin Neurol*, 2019 ; 39(2) : 251-263.
- Snowden J. **Frontotemporal dementia.** *British Journal Psychiatry*, 2002 ; 180 : 140-3.
- Sperling A. et al. [Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease : Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease.](#) *Alzheimer's & Dementia*, 2011 ; 7 : 280-92.
- Taylor J.-P., McKeith I.G., Burn D.J., Boeve B.F., Weintraub D., Bamford C., Allan L.M., Thomas A.J., O'Brien J.Y. **New Evidence on the Management of Lewy Body Dementia.** *Lancet Neurol*, 2020 ; 19(2) : 157-169.
- Tsoy E., Zygouris S., Possin K.L. **Current State of Self-Administered Brief Computerized Cognitive Assessments for Detection of Cognitive Disorders in Older Adults : A Systematic Review.** *J Prev Alzheimers Dis*, 2021 ; 8(3) : 267-276.
- Tyndall, A.V., Clark, C.M., Anderson, T.J., Hogan, D.B., Hill, M.D., Longman, R.S., Poulin, M.J. **Protective Effects of Exercise on Cognition and Brain Health in Older Adults.** *Exerc Sport Sci Rev*, 2018 ; 46(4) : 215-223.
- Volkmer A., Rogalski E., Henry M., Taylor-Rubin C., Ruggiero L., Khayum R., Kindell J., Gorno-Tempini M.L., Warren J.D., Rohrer J.D. **Speech and language therapy approaches to managing primary progressive aphasia.** *Pract Neurol*, 2020 ; 20(2) : 154-161.
- Whitwell J.L. **Alzheimer's disease neuroimaging.** *Curr Opin Neurol*, 2018 ; 31(4) : 396-404.
- Wiegelmann H., Speller S., Verhaert L.M., Schirra-Weirich L., Wolf-Ostermann K. **Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia - a systematic literature review.** *BMC Geriatr*, 2021 ; 21(1) : 94

Formation continue
Formation de 3 h 15

Détresse morale des travailleurs de la santé : qu'est-ce que c'est et comment peut-on s'en sortir ?

Amélie Beausoleil, M.Ps., Psychologue et Neuropsychologue, Conseillère en éthique et en psychogériatrie

Ana Marin, PhD, Conseillère en éthique, Bureau de l'éthique, CISSS-CA

Andréanne Talbot, Professionnelle, Bureau de l'éthique, CISSS-CA, M.A. (candidate) en éthique appliquée, Université de Sherbrooke.

Félix Pageau, MD, M.A. Philosophie, Gériatre, Chercheur associé à l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Bâle

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

La détresse morale est un concept bien connu en sciences infirmières depuis de nombreuses années. Cependant, depuis la pandémie, cette problématique semble prendre de l'ampleur et ce, pour plusieurs travailleurs œuvrant dans le domaine de la santé. Lors de la prestation de soins aux personnes âgées, le personnel peut être appelé à gérer des situations moralement difficiles et même se sentir forcé de commettre des actes contre son éthique personnelle ou professionnelle. Dans les deux cas, une certaine détresse peut être ressentie. On parle alors d'une situation de détresse morale. Toutefois, pour différentes raisons, certains ne seront pas nécessairement en mesure de la reconnaître et donc auront de la difficulté à identifier des pistes de résolution ou de réduction de la détresse morale. Or, il existe plusieurs moyens de la reconnaître et même de la réduire avant d'en arriver à des conséquences fâcheuses pour la clientèle (patientèle), le personnel, les gestionnaires et les organisations.

LES BUTS DE LA FORMATION

Notre équipe a conçu cette formation pour aider le personnel (professionnel ou autre) à réaliser que certains individus dans les organisations de soins vivent de la détresse morale. Nous voulons aussi l'outiller pour l'aider à s'en sortir. Ainsi, les approches de résolution agissant à divers niveaux aideront-elles à comprendre et réduire ce type de détresse.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux équipes professionnelles en santé qui travaillent auprès de personnes en situation de vulnérabilité et âgées. Bien que la détresse morale puisse arriver dans divers contextes, notre équipe est surtout spécialisée dans les soins gériatriques. Les participants œuvrant particulièrement en gériatrie et dans les domaines connexes apprécieront notre formation.

PLAN DE LA DEMI-JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
13 h 15 – 14 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Définir et expliquer la détresse morale des soignants • Comprendre le concept de détresse morale et son application 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de la détresse morale axée sur les dilemmes vécus et l'impossibilité des soignants d'agir en lien avec leur conscience morale (éthique) • Explications à l'aide d'exemples cliniques dont : <ul style="list-style-type: none"> - Le choc des milieux de vie et ceux de soins en pandémie - Contexte général de la pandémie qui a exacerbé la détresse morale 	<ul style="list-style-type: none"> • Quizz • Représentation schématique des concepts • Vignettes cliniques • Mise en situation 	<i>Exposé de divers concepts théoriques en lien avec l'expertise de notre équipe et le savoir expérientiel des gens qui assisteront à la formation</i>

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
		<ul style="list-style-type: none"> • Situer la détresse morale par rapport à la détresse psychologique 		
14 h 45 – 15 h	Pause			
15 h – 16 h 15	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter de la détresse morale des soignants à l'aide de l'éthique narrative • Identifier des pistes de solutions pour diminuer la détresse morale 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation de l'approche de l'éthique narrative • Les pistes de solution ou d'action possibles seront exposées et expliquées 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussions en sous-groupes • Exposé interactif • Pratique des méthodes d'éthique narrative à l'aide de récits de soins • Exposé théorique enrichi par le savoir expérimentiel des participant.e.s et des réponses lors de l'activité d'éthique narrative pour amener des solutions à la détresse morale 	<i>Exercice préparatoire de lecture d'une situation de détresse morale fictive</i>
16 h 15 – 16 h 30	Conclusion et échange			Évaluation de la journée

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Béland, Jean-Pierre (2009). "L'importance d'un choix éclairé en faveur du dialogue pour atténuer la souffrance du soignant", dans Béland, Jean-Pierre [Ed.]. La souffrance des soignants. PUL : Québec. pp.7-20
- Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del, L. E., Dell'Oste, V., Carmassi, C. (2020). Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to sars-cov-2 (covid-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph17176180>
- Centre d'excellence sur les troubles de stress post-traumatique (CETPST). (2020). « Détresse morale chez les travailleurs de la santé durant la pandémie de COVID-19 : Guide sur les préjudices moraux ». Canada: Anciens Combattants Canada.
- Cullen, John G., «Moral Recovery and Ethical Leadership», oct 2020, *Journal of Business Ethics*
- Dean, W., Talbot, S., & Dean, A. (2019). Reframing clinician distress: moral injury not burnout. *Federal Practitioner : For the Health Care Professionals of the Va, Dod, and Phs*, 36(9), 400–402
- Dorris, S. (2011). « Mieux comprendre la détresse morale des infirmières pour pouvoir mieux y faire face » [Travail dirigé]. Université de Montréal
- Gamache, Clair et Roman, Sandra. (2020) « Prévention des blessures morales chez les soignants en temps de COVID-19 : Guide à l'intention des soignants, des chefs de services et gestionnaires », CISSS de Laval.
- Garros, D., Austin, W., & Dodek, P. (2020). « HOW CAN I SURVIVE THIS? Coping during COVID-19 pandemic ». *Chest*. <https://doi.org>
- Garros, Daniel. Health Ethics Symposium - « Moral distresse : Caring for those who care ». Le 27 novembre 2020, organisé par le John Dossetor Health Ethics Centre, Université d'Alberta.
- Grimell Jan et Nilsson Sofia, «An advanced perspective on moral challenges and their health-related outcomes through an integration of the moral distress and moral injury theories», 2020, *Military psychology*, vol.32, no.6, 380-388
- Helmers, Andrew, Dryden Palmer, Karen, Greenberg, Rebecca A., «Moral distress: Developing strategies from experience», 2020, *Nursing Ethics*, Vol. 27(4) 1147–1156
- Jameton, A. (1984). « Nursing practice : The ethical issues ». Englewood cliff, N.J.: Prentice Hall.
- Kalvemark Sporrang, S., Arnetz, B., Hansson M.G., Westerholm, P. & Hoglund, A.T. (2007) Developing ethical competence in health care organizations. *Nursing Ethics*, 14(6), 825–837. doi: 10.1177/0969733007082142
- Lévasseur, M.-C., & Janvier, A. (2021). « Détresse morale des cliniciens : Une vision pratique ». Dans *Éthique clinique : Un guide pour aborder les situations humaines complexes* (p. 115-123).

- Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2020). « What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study ». *Nursing Ethics*, 27(5), 1297-1314. <https://doi.org/10.1177/0969733019874492>
- Nathiya, D., Suman, S., Singh, P., Raj, P., & Tomar, B. S. (2021). Mental health outcome and professional quality of life among healthcare worker during covid-19 pandemic: a (frontline-covid) survey. *Annales Medico-Psychologiques*, 2021 Jan 06. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.12.017>
- Pelletier, Mariève, Carazo, Sara, Jauvin, Nathalie, Talbot, Denis, De Serres, Gaston et Vezina, Michel « Étude sur la détresse psychologique des travailleurs de la sante atteints de la Covid-19 au Québec durant la deuxième vague pandémique. » Institut National de Santé Publique du Québec. Avril 2021
- Poisson, C., Alderson, M., Caux, C. et Brault, I. (2014) La détresse morale vécue par les infirmières : état des connaissances. *Recherche en soins infirmiers*; 117 : 65-74.
- Rushton, Cynda Hylton. (2016) « Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care », *AACN Adv Crit Care*, vol 27, n. 1 : 111–119.
- Saint-Arnaud, J. (2019). « L'éthique de la santé : Pour une éthique intégrée dans les pratiques infirmières » (2e éd.). Chenelière Éducation.
- Sheather, J., & Fidler, H. (2021). « Covid-19 has amplified moral distress in medicine ». *BMJ*, 372, n28. <https://doi.org/10.1136/bmj.n28>
- Thibeault, Rachel. (2020) « Mise sur pied de ressources de soutien par les pairs pour les médecins dans le cadre de la crise de la COVID-19 », https://med.uottawa.ca/international-global-health-office/sites/med.uottawa.ca.international-global-health-office/files/soutien_par_les_pairs_-_webinaire_8_avril_2020.pdf
- Wilson, Chloe A., Metwally, Hannah, Heavner, Smith, Blair Kennedy, Ann et W. Britt, Thomas, «Chronicling moral distress among healthcare providers during the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of mental health strain, burnout, and maladaptive coping behaviours», 2021, *International Journal of Mental Health Nursing*

Troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) et comportement d'agressivité : Mieux intervenir pour prévenir et diminuer l'escalade d'agressivité

Stéphane Bouffard, inf. B. Sc., Conseiller clinique au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) — Maison des aînés
Karine Labarre, inf. M. Sc., Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
Sonia Singamalum, inf., B.Sc., M.Sc. (c), équipe de mentorat Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Les TNCM ne font pas partie du vieillissement normal mais sa prévalence augmente avec l'âge. On prévoit que le nombre de personnes atteintes sera de 120 000 en 2015 et près de 200 000 en 2030 (Bergman, MSSS 2009). Aussi, entre 2001 et 2006, le nombre de personnes âgées hospitalisées atteintes d'une démence a augmenté de 26%. Parmi les personnes atteintes de démence, c'est plus de 50% qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et près de 90% chez les personnes hébergées en soins de longue durée.

Qu'elle soit sous forme d'agitation physique ou verbale, d'idées délirantes ou d'hallucination, l'agressivité représente la manifestation d'un besoin compromis la plupart du temps accompagné d'anxiété pour la personne qui la vit. Que ce soit en milieu hospitalier, en soins de longue durée, à domicile ou en résidence privée, on constate qu'il est déstabilisant d'intervenir auprès d'une personne âgée en situation de crise et qui présente un comportement d'agressivité extrême. Lors de ce type de situation, les intervenants et les proches aidants se sentent encore plus démunis.

Intervenir en situation d'agressivité auprès d'une personne âgée atteinte d'un TNCM requiert une intervention différente de celle utilisée auprès de personnes adulte n'ayant aucun trouble cognitif. Cette formation présentera les principes relatifs à l'approche et aux interventions lors de situation d'agressivité chez la personne âgée atteinte de démence. Une meilleure compréhension de la situation permet de diminuer l'escalade voire même d'éliminer le comportement d'agressivité. Elle s'inscrit dans la foulée des travaux du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concernant l'Approche adaptée à la personne âgée (2010) et de l'Approche non pharmacologique lors de SCPD (2014).

LES BUTS DE LA FORMATION

Cette formation vise à présenter les causes fréquentes des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) afin de mieux les prévenir et d'intervenir lors d'un SCPD en appliquant l'approche de base et les stratégies d'interventions optimales lors de ces situations.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse principalement à toutes personnes susceptibles d'intervenir en situation d'agressivité chez la personne âgée atteinte d'une démence ou autre maladies neurocognitives. Ainsi, les préposés aux bénéficiaires, les auxiliaires familiales, les agents de sécurité et les policiers sont particulièrement visés. Toutes autres personnes intéressées notamment les proches aidants ou les professionnels de la santé pouvant intervenir dans ce type de situation sont invitées à assister à cette formation.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 8 h 40	Accueil			
8 h 40 – 8 h 55	Définir la situation de crise	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Définition de la situation de crise selon Caplan (causes, stratégies pour résoudre la situation, principes de désorganisation, nouvel équilibre) ➤ Exemples de cas d'une situation de crise en présence ou non de démence 	Exposé interactif	Liens entre l'approche psychiatrique et gériatrique Quiz, échange
8 h 55 – 9 h 15	Comprendre l'apparition d'un comportement d'agressivité extrême chez une personne âgée atteinte de démence	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Caractéristiques d'un comportement d'agressivité extrême dans un contexte de démence ➤ Distinction physiologique d'un comportement d'agressivité extrême en situation de démence versus psychiatrique 	Exposé interactif	Lien avec le cadre de référence du MSSS sur l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier et le programme de formation AGIR Questions posées sur la description des comportements d'agressivité extrême
9 h 15 – 9 h 45	Présenter les principes de l'approche de base de	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Principes d'entrer en relation 	Exposé interactif	Lien avec le document du MSSS sur

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
	communication auprès la personne âgée et les stratégies d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Principes de communication ➤ Influence des facteurs environnementaux ➤ Stratégies d'intervention : Recadrage, validation Écoute active adaptée Diversion Renforcement positif 		<p>l'Approche non pharmacologique visant le traitement des SCPD</p> <p>Questions en lien avec des situations cliniques</p>
9 h 45 – 10 h 05	Pause			
10 h 05 – 10 h 35	Suite	➤ Suite	Suite	Suite
10 h 35 – 11 h 30	Transférer les connaissances apprises dans des situations cliniques	➤ Présentation de vignettes cliniques de situation d'agressivité extrême intégrant les stratégies d'interventions	Étude de cas	Présentation d'un tableau synthèse d'interventions adaptées Exercices interactifs avec le groupe
11 h 30 – 11 h 45	Conclusion et échange			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Cadre de référence

- Ministère de la santé et des services sociaux (2014) Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. MSSS.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2010) Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, cadre de référence. MSSS, 195 p.
- Voyer P., Gagnon, C., Germain, J. (2009). RMG03 : Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, aide-mémoire à la prise de décision, 14 p.
- Haute Autorité de Santé HAS (2009). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, 40 p.
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2006). Lignes directrices nationale : La santé mentale de la personne âgée, évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée, 55p.

Livres

- Aiguillera, C.T. (1995). Intervention en situation de crise: théorie et méthodologie (6e Édition) (M.Zeghouani trad.) Paris: ERPI.
- Arkady, Y., James, E. G. (2014). Vocalization in dementia: a case report and review of the literature. *Case Rep Neurol* 6,126–133.
- Feil, N. (1993). *The Validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia."* Baltimore, MD, US: Health Professions Press.
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.* Montréal : Édisem Maloine. 352 p.
- Neugarten, B I., (1973). Personality change in late life. *A developmental perspective in psychology of adult development and aging*, 311-331,
- Nnguyen, T., Heslin, R., Ncuyen, M.L., (1975). The meaning of touch: sex differences. *Journal of communication*, 25
- Sprenger, M. (2018). *How to teach so students remember.* ASCD.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie.* (2e Edition) Montréal: ERPI. 753 pages.

Articles scientifiques

- Agmon, M., Armon, G., Denesh, S., & Dumas, M. (2018). The role of gender in the association between personality and task priority in older adults' dual-tasking while walking. *BMC geriatrics*, 18(1), 1.
- Amella, E.J. (2004). Presentation of Illness in Older Adults. *American Journal of Nursing*, 104 (10), 40-51.

- Barrett, P., Sharma, M., & Zeisel, J. (2018). Optimal spaces for those living with dementia: principles and evidence. *Building Research & Information*, 1-13.
- Baldinger, P., Höflich, A.S., Mitterhauser, M., Hahn, A., Rami-Mark, C., Spies, M., Wadsak, W., Lanzenberg, R., Kasper, S. (2014). Effects of Silexan on the serotonin-1A receptor and microstructure of the human brain: a randomized, placebo-controlled, double-blind, cross-over study with molecular and structural neuroimaging. *International journal on neuropsychopharmacology*, 1-9.
- Beauseigneur, M. (2019). Maladie d'Alzheimer: communication par le langage non verbal. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(207), 53-60.
- Beck, C., Frank, L., Chumler, N.R., O'Sullivan, P., Vogelpohl, T.S., Rasin, J., Walls, R. et Baldwin, B. (1998). Correlates of disruptive behaviour in severely cognitively impaired nursing home resident. *The Gerontologist*, 38 (2), 189-198.
- Breton, M.-C., Carpentier, G., Gernigon, G., & Robitaille, G. (2017). Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée. *Institut d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)*.
- Brodaty, H., Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of psychiatry*, 169, 946-953.
- Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S., Wang, A., Liu, Z., & Williams, A. (2019). Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PloS one*, 14(2).
- Clark, M.E., Lipe, A., Bilbrey. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 1998; 24(7):10-17
- Duxbury, J. & al. (2013). Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20, 792-800.
- Dyer, S. M., Liu, E., Gnanamanickam, E. S., Milte, R., Easton, T., Harrison, S. L., ... & Crotty, M. (2018). Clustered domestic residential aged care in Australia: fewer hospitalisations and better quality of life. *Medical Journal of Australia*, 208(10), 433-438.
- Enmaker, I., Olsen, R., Hellzen, O. (2010). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International Journal of Older people Nursing*, June 6 (2), 153-162.
- Gillis, K., Lahaye, H., Dom, S., Lips, D., Arnouts, H., & Van Bogaert, P. (2019). A person centred team approach targeting agitated and aggressive behaviour amongst nursing home residents with dementia using the Senses Framework. *International Journal of Older People Nursing*, 14(4), e12269. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1111/opn.12269>
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *British Medical Journal* 350 : h369.
- Kimura, A., Sugimoto, T., Kitamori, K., Saji, N., Niida, S., Toba, K., & Sakurai, T. (2019). Malnutrition is associated with behavioral and psychiatric symptoms of dementia in older women with mild cognitive impairment and early-stage Alzheimer's disease. *Nutrients*, 11(8), 1951.

- Kuk, N. O., den Ouden, M., Zijlstra, G. A. R., Hamers, J. P. H., Kempen, G. I. J. M., & Bours, G. J. J. W. (2017). Do nursing staff encourage functional activity among nursing home residents? A cross-sectional study of nursing staff perceived behaviors and associated factors. *BMC Geriatrics*, 17(1), 18-18. doi:10.1186/s12877-017-0412-9
- Landreville, P., Bordes, M., Dicaire, L., et Verreault, R. (1998). Behavioral agitation in residents of long-term-care facilities: critical review and suggestions for future research. *International Psychogeriatrics*, 10 (4), 397-419.
- Lang, P.O., Boland, B., Dalleur, O. (2015). Prescription médicamenteuse inappropriée: les nouveaux critères STOPP/START. *Revue médicale Suisse*, novembre (11), 2115-2123.
- Legere, L. E., McNeill, S., Schindel Martin, L., Acorn, M., & An, D. (2018). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(7–8), e1360–e1376. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1111/jocn.14007>
- Iizuka, A., Suzuki, H., Ogawa, S., Kobayashi-Cuya, K. E., Kobayashi, M., Takebayashi, T., & Fujiwara, Y. (2019). Can cognitive leisure activity prevent cognitive decline in older adults? A systematic review of intervention studies. *Geriatrics & gerontology international*, 19(6), 469-482.
- Lök, N., Bademli, K., & Selçuk-Tosun, A. (2019). The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(1), 47-53.
- Mallon, C., Krska, J., & Gammie, S. (2019). Views and experiences of care home staff on managing behaviours that challenge in dementia: a national survey in England. *Aging & Mental Health*, 23(6), 698-705.
- Margallo-Lana, M., Swann, A., O'Brien, J., Fairbairn, A., Reichelt, K., Potkins, P., Mynt, P. et Ballard, C. (2001). Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 39-44.
- Mitchell, G. (2014). Use of doll therapy for people with dementia: an overview. *Nursing older people*, 26 (4).
- Moyle, W., Cooke, M.L., Beattie, E., Shum, D.H.K., O'Dwyer, S.T., Barret, S. (2014). Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A randomised controlled trial. *International journal of nursing*, 51, 856-864.
- Nybakken, S., Strandås, M., & Bondas, T. (2018). Caregivers' perceptions of aggressive behaviour in nursing home residents living with dementia: A meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 74(12), 2713-2726.
- Oppikofer, S., Geschwindner, H. (2014). Nursing interventions in cases of agitation and dementia. *Dementia* 13, 306.
- O'Rourke, H. M., Fraser, K. D., & Duggleby, W. (2020). Differential association of aggression with sadness for people with moderate and severe dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 35, 1533317520939781.
- Pulsford, D., Duxbury, J. A., Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18, 97-104.
- Reeve, E., Molin, P., Hui, A., & Rockwood, K. (2017). Exploration of verbal repetition in people with dementia using an online symptom-tracking tool. *International psychogeriatrics*, 29(6), 959-966.
- Pulsford, D., Duxbury, J. A., Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18, 97-104.
- Rapaport, P., Livingston, G., Hamilton, O., Turner, R., Stringer, A., Robertson, S., & Cooper, C. (2018). How do care home staff understand, manage and respond to agitation in people with dementia? A qualitative study. *BMJ open*, 8(6), e022260.

- Rigaud, A. S., Lenoir, H., & Hugonot-Diener, L. (2020). Psychopathologie du sujet âgé. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 20(116), 67-82.
- Saidlitz, P., Sourdet, S., Vellas, B., Voisin, T. (2014). Prise en charge des symptômes psychocomportementaux de la démence en unité spécialisée. *Ger psychol neuropsychiatrie vieil*, 12 (4), 371-378.
- Schiaratura, L. T., Di Pastena, A., Askevis-Leherpeux, F., Clément, S. (2015). Expression verbale et gestualité dans la maladie d'Alzheimer : une étude en situation d'interaction sociale. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 13 (1), 97-105.
- Seitz, P.D., Gill, S.S., Herrmann, N., Brisbin, S., Rapoport, M. J., Rines, J., Wilson, K., Le Clair, K., Conn, D. K. (2013). Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 25 (2) 185–203.
- Speziale, J. & al. (2009). Moving forward: evaluating a curriculum for managing responsive behaviors in a geriatric psychiatry inpatient population. *The Gerontologist* 49 (4), 570-576.
- Subramanian, B., Parsons, H., Finner, P., Townsend, R. (2014). Empathy dolls: are they a source of cross-contamination between patients? *Journal of Hospital Infection* 87, 50-53.
- Talerico, K. A., Evans, L. K., Strumpf, N. E. (2002). Mental health correlates of aggression in nursing home residents with dementia. *The Gerontologist* 42 (2), 169-177.
- Volicer, L., & Galik, E. (2018). Agitation and Aggression Are 2 Different Syndromes in Persons With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(12), 1035–1038. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1016/j.jamda.2018.07.014>
- Voyer, P. (2021) Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie 3e édition. Les éditions du renouveau pédagogique: Montréal, p.445
- Yusupov, A., Galvin, J.E. (2014). Vocalization in dementia: a case report and review of the literature. *Case reports in neurology* 6, 126-133.

Transition de relogement : accompagner la personne aînée atteinte d'un trouble neurocognitif à mieux s'adapter à son nouveau milieu de vie

Sonia Singamalum, inf., B.Sc., M.Sc. (c), équipe de mentorat Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Les professionnels de la santé et des services sociaux (PSSS) sont confrontés régulièrement à des situations complexes qui nécessitent de juger des risques associés à la situation de vie des personnes aînées qui vivent à domicile et qui sont atteintes d'un trouble neurocognitif majeur (TNCM). En 2020, le gouvernement du Québec a réitéré sa volonté de bonifier l'offre de services de soutien à domicile afin de mieux répondre aux besoins de cette clientèle. Toutefois, il arrive que pour différentes raisons, ces personnes doivent être relogées dans un milieu répondant davantage à leurs besoins. Ainsi, de nombreuses personnes aînées sont placées dans des résidences privées pour aînés (RPA), des résidences intermédiaires (RI) ou des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) en raison d'une perte d'autonomie liée à un TNCM ou une autre maladie chronique.

Avant de regagner un milieu permanent, ces personnes aînées peuvent suivre des trajectoires multiples, de l'urgence, à l'hospitalisation, puis vivre dans plusieurs résidences privées pour aînés. Ces relogements sont des transitions complexes, facteurs de perturbations biophysiques, psychosociales ou neuropsychiatriques tel le délirium, de comportements d'agressivité, de surmédication ou encore d'un taux significatif de mortalité. Il est possible d'améliorer la qualité de vie de ces personnes en comprenant leur situation et en préparant l'étape de relogement pour les aider à s'adapter à leur nouveau milieu de vie.

L'étape de préparation du relogement est impartie à tous les PSSS œuvrant du groupement de médecine familiale (GMF) au centre d'hébergement de longue durée (CHSLD). En effet, les orientations ministérielles de la phase 3 du Plan Alzheimer visent l'optimisation des transitions avec une offre de service inter établissements cohérente pour l'utilisateur. La volonté est que les transitions efficaces passent par une coordination et une communication interdisciplinaire.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de sensibiliser les PSSS œuvrant auprès de personnes âgées atteintes d'un TNCM à l'impact des transitions de logement. Elle vise à mieux les outiller et à les aider à développer des compétences pour permettre à la personne âgée à mieux s'adapter à son nouveau milieu de vie, et ainsi éviter des relogements multiples et des visites récurrentes à l'urgence.

Cette formation aborde les raisons des relogements, les besoins des personnes et de leurs proches aidants et les enjeux de la prise de décision. Elle aborde les conséquences liées au relogement, mais propose également des pistes pour la préparation à la transition logement et l'accompagnement de la personne, de ses proches et du milieu d'accueil.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux professionnels de GMF, du soutien à domicile (SAD), des centres hospitaliers (CH), des établissements d'hébergement tels que les résidences privées pour âgés (RPA), les ressources intermédiaires (RI) et CHSLD, et les conseillers en hébergement, qui souhaitent améliorer la qualité de vie des personnes âgées qui vivent ou qui vivront des transitions de logement. Elle vise particulièrement les infirmières, les travailleuses sociales, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires, les éducateurs spécialisés, les intervenants en loisirs, mais aussi tous les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et les gestionnaires.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 8h 40		<ul style="list-style-type: none"> • Accueil des participants • Déroulement de la formation 		
8 h 40 – 9 h	Considérer la situation actuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Vieillesse de la population au Québec • Ampleur des TNCM dans le monde et au Québec • Descriptions des principaux TNCM • Politique du soutien à domicile du MSSS 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs • Discussions en équipe 	Quizz
9 h – 9 h 30	Saisir la portée des transitions	<ul style="list-style-type: none"> • Polysémie du terme transition • Effet des transitions sur les personnes âgées : retraite, déménagement, deuil • Types de transition : développemental, situationnel, organisationnel, santé-maladie • Nature des transitions : résidentiel, interétablissement, institutionnel, intraétablissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs • Discussions en équipe • Exercice réflexif sur les indicateurs de processus à partir d'une vidéo 	

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
		<ul style="list-style-type: none"> • Conditions des transitions : personnelle et environnementale • Modèles de réponses à la transition de logement : indicateurs de processus et de résultats • Relogement 		
9 h 30 – 9h 50	Accompagner le processus décisionnel du logement	<ul style="list-style-type: none"> • Raisons des relogements • Prédicteurs significatifs des relogements • Perspectives des ainés • Concepts d'autonomie et d'indépendance • Perspectives des proches aidants • Perspectives des soignants • Prise de décision • Partenariat avec la personne atteinte de TNCM et avec le proche aidant 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas 	
9 h 50 – 10 h 10	Connaître les divers acteurs et trajectoires vers un hébergement permanent dans le	<ul style="list-style-type: none"> • Acteurs : groupes de médecine familiale, soutien à domicile, centres hospitaliers, 		Outils OEMC (Outil d'évaluation multi-clientèle)

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
	système de santé québécois	mécanisme d'accès à l'hébergement <ul style="list-style-type: none"> • Milieux d'accueil : • RPA, RI, CHSLD publiques, privés et privés conventionnés, OBNL Projet Maison des aînés • Coordination et communication interdisciplinaire 		Outils d'évaluation en GMF
10 h 10 – 10 h 25	Pause			
10 h 25 – 10 h 40	Identifier les impacts du relogement sur la personne aînée et son proche aidant	<ul style="list-style-type: none"> • Réponses biophysiques, psychosociales et neuropsychiatriques • Partenariat avec le proche aidant • Adaptation à une nouvelle vie pour le proche aidant 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé interactif • Échanges selon l'expérience des participants 	Comparaison avec la théorie de Black et Mendenhall
10 h 40 – 10 h 50	Décrire des stratégies d'adaptation	<ul style="list-style-type: none"> • La signification du « Chez soi pour les aînés » • Polysémie interdisciplinaire • Biologie : origine de l'adaptation • Psychologie : : le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas • Discussion en équipe 	Politique d'hébergement du MSSS

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
		Désappropriation–réappropriation de l'espace de Low et Altman <ul style="list-style-type: none"> • Sociologie : la socialisation • Anthropologie : ajustement culturel et comportemental, sécurisation culturelle • Sciences infirmières : identification des modes adaptatifs de Callista Roy: physiologique, concept de soi, exercice des rôles, interdépendance 		
10 h 50 – 11 h 35	Optimiser l'implication de la personne avec TNCM et du proche aidant	<ul style="list-style-type: none"> • Avant, pendant et après le relogement • Histoire de vie • Phase diagnostic : recueil de données et analyse clinique • Phase thérapeutique : mise en œuvre et suivi des interventions : planification, interventions, évaluation • Réponse dans les quatre modes adaptatifs : physiologique, concept de soi, 	<ul style="list-style-type: none"> • Échanges selon l'expérience des participants • Étude de cas (modes adaptatifs) 	Exemple : programme d'accueil CIUSSS

Horaire <i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i>	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage <i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>	Autres informations jugées pertinentes
		exercices des rôles, interdépendance • Approche de base		
11 h 35 – 11 h 45	Conclusion et échange			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Agence de la santé publique du Canada, 2017. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html>
- Black, J. S., Mendenhall, M. E., & Oddou, G. (1991). Towards comprehensive model of international adjustment-an integration of multiple integrative perspectives. *Academy of*.
- Brownie, S., Horstmanshof, L., & Garbutt, R. (2014). Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1654-1666.
- Castle, N. G. (2001). Relocation of the elderly. *Medical care research and review*, 58(3), 291-333.
- Cole, L., Samsi, K., & Manthorpe, J. (2018). Is there an "optimal time" to move to a care home for a person with dementia? A systematic review of the literature. *International psychogeriatrics*, 30(11), 1649-1670.
- Groulx, B. Évaluation et traitement des patients atteints de démence grave.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Document d'orientation : Maison des aînés et alternatives, janvier 2021
- Institut de la statistique du québec, 2019. <https://www.stat.gouv.qc.ca/>
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). État des connaissances : Qualité d'un milieu de vie en centre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Rapport rédigé par Isabelle David. Québec, Qc : INESSS; 2018. 2110p.
- Lavoie, C., Paris, M., Garon, S., & Morin, P. (2016). Multiplier les modèles d'habitation innovants pour une meilleure santé des aînés et des communautés. *Intervention*, 143, 61-75.
- Helmer, C., & Lepetit, A. (2016). État de stress post-traumatique et démence chez la personne âgée. Une revue systématique de la littérature. *L'information psychiatrique*, 92(9), 780-784.
- Herdman, H. T., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2017). *NANDA international nursing diagnoses: definitions & classification 2018-2020*.
- Kao, H. F. S., Travis, S. S., & Acton, G. J. (2004). Relocation to a long-term care facility: Working with patients and families before, during, and after. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(3), 10-16.
- Keister, K. J. (2006). Predictors of self-assessed health, anxiety, and depressive symptoms in nursing home residents at week 1 postrelocation. *Journal of Aging and Health*, 18(5), 722-742.
- Labarchède, M. (2021). Anticiper l'institution? Modalités et temporalités de l'entrée en établissement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. *Populations vulnérables*, (7).
- Laughlin, A., Parsons, M., Kosloski, K. D., & Bergman-Evans, B. (2007). Predictors of mortality following involuntary interinstitutional relocation. *Journal of gerontological nursing*, 33(9), 20-26.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Melrose, S. (2004). Reducing relocation stress syndrome in long term care facilities. *Journal of Practical Nursing*, 54(4), 15.
- Reisberg, B. (1988). Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull*, 24, 653-659.
- Melrose, S. (2013). Relocation stress in long term care: How staff can help. Rey, S., Gauthier, M., Despois, L.,

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.
- Melrose, S. (2013). *Relocation stress in long term care: How staff can help*.
- MSSS, 2004. *Chez soi : Le premier choix - La politique de soutien à domicile*. Publication no : 04-704-01
- MSSS, 2018. *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux* (Publication no : 18-727-01W). Repéré sur le site du Gouvernement du Québec : www.msss.gouv.qc.ca
- MSSS, 2019. *Processus clinique interdisciplinaire - Volet suivi*. Repéré à https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-829-08W_processus_suivi.pdf
- MSSS, 2019. *Programmes et services pour les aînés*. Édition 2020. Repéré à https://cdncontenu.quebec.ca/cdn-contenu/services_quebec/Aines_FR_2020-3.pdf?1580850186
- OIIQ, 2016. *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en chsld*. Repéré à <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter20170116.pdf>
- MSSS, 2021. *Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement*. Publication no : 21-835-01W.
- MSSS, 2021. *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée - Des milieux de vie qui nous ressemblent*. Publication no : 20-814-01W. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002994/>
- Oswald, F., & Wahl, H. W. (2005). Dimensions of the meaning of home in later life. *Home and identity in late life: International perspectives*, 21-45
- Polacsek, M., & Woolford, M. (2022). Strategies To Support Older Adults' Mental Health During the Transition Into Residential Aged Care: A Qualitative Study of Multiple Stakeholder Perspectives.
- Rioux, L. (2008). L'entrée en maison de retraite: Étude de l'adaptation spatio-territoriale des résidents. *Pratiques psychologiques*, 14(1), 89-99.
- Roy, C., Whetsell, M. V., & Frederickson, K. (2009). The Roy Adaptation Model and research: global perspective. *Nursing science quarterly*, 22(3), 209-211.
- Ryman, F. V., Erisman, J. C., Darvey, L. M., Osborne, J., Swartsenburg, E., & Syurina, E. V. (2019). Health effects of the relocation of patients with dementia: A scoping review to inform medical and policy decision-making. *The Gerontologist*, 59(6), e674-e682.
- Simonet, G. (2009). Le concept d'adaptation: polysémie interdisciplinaire et implication pour les changements climatiques. *Natures sciences sociétés*, 17(4), 392-401.
- Sivananthan, S. N., & McGrail, K. M. (2016). Diagnosis and disruption: population-level analysis identifying points of care at which transitions are highest for people with dementia and factors that contribute to them. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(3), 569-577.
- Statistique Canada, 2018, *Transitions vers les soins de longue durée et les soins en établissement chez les Canadiens âgés*, disponible à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018005/article/54966-fra.htm>
- Sury, L., Burns, K., & Brodaty, H. (2013). Moving in: adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families. *International Psychogeriatrics*, 25(6), 867-876.

- Teng, C., Loy, C. T., Sellars, M., Pond, D., Latt, M. D., Waite, L. M., ... & Tong, A. (2020). Making decisions about long-term institutional care placement among people with dementia and their caregivers: Systematic review of qualitative studies. *The Gerontologist*, 60(4), e329-e346
- Vézina, A., Pelletier, D., Durand, P. J., & Lauzon, S. (2001). Du domicile au centre d'hébergement et de soins de longue durée.
- Voyer, P. (2021) Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie 3^e édition. Les éditions du nouveau pédagogique : Montréal.
- Walker, C., Curry, L. C., & Hogstel, M. O. (2007). Relocation stress syndrome in older adults transitioning from home to a long-term care facility: myth or reality?. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(1), 38-45.
- Washburn, A. M. (2005). Relocation puts elderly nursing home residents at risk of stress, although the stress is short lived. *Evidence Based Mental Health*, 8(2), 49-49. Retrieved from <https://acces.bibl.ulaval.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106501740&lang=fr&site=ehost-liv>
- Wiersma, E. C. (2010). Life around...: Staff's perceptions of residents' adjustment into long-term care. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 29(3), 425-434.
- Wu, C. S., & Rong, J. R. (2020). Relocation experiences of the elderly to a long-term care facility in Taiwan: a qualitative study. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-11.
- Yu-Zhou, L. U. O., Wei, C. H. E. N., & Yi, L. I. A. N. (2020). Correlations among Relocation Stress, Health Conditions, and Life Adjustment of the Elderly in Long-Term Care Institutions. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, 69, 69.