

DESCRIPTIFS DES FORMATIONS DE 7 H

SAISON 2022 – 2023

MISE À JOUR : JUIN 2022



Centre d'excellence sur
le vieillissement de Québec

Table des matières

Prévention des chutes et habiletés cliniques entourant l'évaluation clinique de l'aîné suivant une chute	3
Développer et maintenir le leadership transformationnel infirmier.....	18
Le rôle de l'infirmière face au syndrome métabolique	27
Les troubles de la personnalité chez la personne âgée : mieux les comprendre et mieux intervenir.....	35
Aptitude à consentir à un soin, prendre soin de sa personne et administrer ses biens: enjeux à considérer et évaluation clinique.....	41
Soutien à domicile et gestion des risques.....	50
L'utilisation thérapeutique de l'activité adaptée auprès d'aînés atteints de troubles cognitifs	59
Délirium : prévenir, détecter, intervenir	68
Dossier médical : La nouvelle approche	74
L'examen cognitif de la personne âgée	83
L'examen clinique sommaire de la personne âgée	91
Soins palliatifs : accompagner la vie jusqu'à la fin	100
L'infirmière auxiliaire et le suivi clinique de l'aîné	109
Optimiser ses pratiques de collaboration interprofessionnelle et apprivoiser les différends	115
Communiquer avec une personne ayant des troubles sévères de la communication suite à une atteinte neurologique	125
La prise en charge infirmière en contexte de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence	135
L'éthique en gériatrie : aider la résolution des dilemmes fréquemment rencontrés	150
Comprendre les comportements défensifs exprimés par les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer	157
Cinq étapes fondamentales pour répondre aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels de la personne âgée	167
Approche gériatrique de retrait des contentions physiques : démarche clinique interdisciplinaire	179
La déprescription chez les aînés : pour que moins rime avec bien	192

Prévention des chutes et habiletés cliniques entourant l'évaluation clinique de l'aîné suivant une chute

Kim-Ly Bui, M. pht, M.Sc., Enseignante en Techniques de Physiothérapie (Cégep Garneau) et Chargée d'enseignement clinique, Faculté de Médecine (Université Laval)

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement croissant de la population fait partie de la réalité démographique teintant les milieux de soins de santé. En effet, selon les données populationnelles du Ministère de la Famille, 25% (1 personne sur 4) de la population québécoise sera âgée de 65 ans et plus en 2031, contre environ 17% en 2011 (1 personne sur 6). Les soins aux aînés font partie du quotidien de plusieurs professionnels œuvrant aussi bien dans le système public que dans les milieux privés. De nombreux défis cliniques se présentent dans la prestation de soins aux aînés, qui bien souvent, sont aux prises avec de multiples comorbidités, une polymédication avec ses effets secondaires associés et des besoins fonctionnels accrus. Parfois, la ligne peut sembler mince entre les éléments cliniques normalement associés au vieillissement des systèmes et ceux sur lesquels il est possible d'intervenir en amont ou découlant d'événements bien distincts du processus normal physiologique du vieillissement.

La pandémie de COVID-19 a contribué à augmenter l'isolement social et le déconditionnement physique de plusieurs personnes âgées, résultant en un nombre accru de chutes et de la cascade s'y associant : crainte de chuter à nouveau et sédentarité accrue pour certains, diminution/perte du niveau d'autonomie, de la qualité de vie et transfert dans un milieu plus adapté (avec les deuils associés) pour d'autres, traumatismes craniocérébraux, fractures et hospitalisations dans certains contextes, etc. Les conséquences des chutes chez les aînés sont multiples et parfois tardives ou sous-estimées. De nombreux facteurs de risques et causes biopsychosociales doivent impérativement être pris en considération lors des interventions auprès des aînés pour agir selon une approche centrée sur le patient. Les rôles et niveaux de responsabilité dans la prévention, l'utilisation de mesures alternatives, l'évaluation clinique et le suivi suivant une chute dans un contexte gériatrique seront variables selon le titre professionnel.

Ancrée sur des études récentes, cette formation vise à outiller les professionnels au sein de l'équipe interdisciplinaire à développer les habiletés cliniques nécessaires pour dépister, réduire les facteurs de risque et intervenir dans différents contextes de chute auprès des aînés, principalement pour des clientèles semi-autonomes et en soins à domicile. Ces habiletés seront mises à contribution principalement en prévention des chutes lors de l'évaluation multifactorielle des risques, les références à des programmes préventifs ainsi que dans l'évaluation clinique tégumentaire et neuro-musculo-squelettique suivant les chutes.

LES BUTS DE LA FORMATION

À la fin de cette formation, les participants seront notamment en mesure de :

- Connaître et reconnaître les facteurs de risques de chute chez les aînés ;
- Comprendre le concept de fragilité en gériatrie et la vulnérabilité associée pouvant augmenter le risque de chutes ;
- Connaître et administrer quelques tests fonctionnels simples de dépistage ;
- Connaître quelques grilles de dépistage pouvant être utilisées en évaluation de la sécurité des aînés pour prévenir les chutes ;
- Réaliser une évaluation efficiente dans un contexte de chute (tégumentaire, neuro-musculo-squelettique) ;
- Déterminer et choisir judicieusement des mesures alternatives aux mesures de contention.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers, ergothérapeutes, physiothérapeutes et technologues en physiothérapie, travailleurs sociaux et autres professionnels impliqués dans le suivi (public ou privé) à domicile, en RPA et en milieu hospitalier des aînés.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants d'établir anonymement trois (3) obstacles et trois (3) éléments facilitant la prévention et la gestion des chutes dans leur milieu de pratique, via le formulaire Google Form. Ce formulaire doit être rempli deux (2) semaines avant la date prévue de la formation.

<https://forms.gle/bvPWmuUbqiRpC55w8>

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 – 10 h	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les conséquences potentielles des chutes chez les aînés • Comprendre l'impact du vieillissement normal sur le contrôle postural et maintien de l'équilibre 	<ul style="list-style-type: none"> • Épidémiologie des chutes • Syndrome post-chute/immobilisation • Contrôle postural/équilibre • Système musculosquelettique • Systèmes visuel, nerveux et cardiovasculaire • Systèmes auditif/vestibulaire • Concept de fragilité en gériatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs 	<p><i>Présentation des participants</i></p> <p><i>Nuage de mots</i></p> <p><i>Intégration de questions quiz via l'application Kahoot</i></p>
10 h – 10 h 15	Pause			
10 h 15 – 11 h 30	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre et déterminer l'ensemble des facteurs de risque physiques/cognitifs, personnels et environnementaux en lien avec les chutes chez les aînés 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation de la Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) de l'OMS • Identification des facteurs physiques (déficiences de différents systèmes) • Particularités auprès de la clientèle post-AVC, Parkinson, SEP • Évaluation de l'environnement physique (obstacles, habillement, lumière) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs • Discussions en équipe • Présentation de revues systématiques • Activité : cibler les risques de chute sur photos (individuel puis retour en groupe) 	<p><i>Exercices en petits groupes de classification d'éléments pertinents ou non avec le risque de chute, vignettes cliniques</i></p>

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"> • Médication et autres facteurs personnels • Troubles cognitifs 		
11 h 30 – 12 h 15	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer/connaître les exercices et programmes d'exercices les plus pertinents pour réduire le nombre de chutes ou les prévenir en communauté et dans les établissements de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme Viactive • Programme P.I.E.D. (Programme Intégré d'Équilibre Dynamique) • Programme ÉquiLIBRE • Programme MARCHE • Intervention multifactorielle individualisée (IMP) • Programme SPRINT (SPécifique au Réentraînement en INTerdisciplinarité) • Références/outils pour la famille et les patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs • Présentation de revues systématiques • Vignettes cliniques • Vidéos 	<i>Discussion en grand groupe sur conseils cliniques simples à donner aux patients</i>
12 h 15 – 13 h 15	Dîner			
13 h 15 – 14 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'évaluation clinique de l'aîné dans un contexte de dépistage des risques de chutes • Déterminer la validité ou non actuelle dans la littérature de certaines grilles utilisées cliniquement 	<ul style="list-style-type: none"> • Algorithmes et grilles de dépistage : <ul style="list-style-type: none"> - STEADI (STopping Elderly Accidents, Deaths and Injuries) : questions de dépistage, identification et intervention sur différents facteurs de risque) - Outil Stratify 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs • Démonstration et pratique en équipe d'administration des tests fonctionnels (formation en présentiel) • Vignettes cliniques : sélection du meilleur test fonctionnel • Vidéos 	

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"> - Grille de dépistage Morse - Dépistage des facteurs de risque de chutes de Scott - Questionnaire d'auto-dépistage • Examen clinique initial/ponctuel (syndrome de risque cognitif moteur, délirium, fragilité, médication) • Examen médical Collaboration interdisciplinaire • Tests fonctionnels d'équilibre, de force et de patron de marche <ul style="list-style-type: none"> - Functional Reach Test (FRT) - Test du lever de chaise (5 répétitions et 30STS) - Test du Timed Up and Go (TUG) - Short Physical Performance Battery Test (SPPB) - Test d'équilibre en quatre positions 		

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
14 h 45 – 15 h Pause				
15 h – 15 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'évaluation clinique de l'aîné 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation post-chute <ul style="list-style-type: none"> - État de conscience (Glasgow/AVPU) - Examen neurologique - Reconnaître les signes et symptômes d'un TCCL chez les personnes âgées - Examen physique/signes vitaux - Évaluation tégumentaire - Observations à indiquer au dossier (besoins du patient, contentions, accessoires fonctionnels) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs • Présentation d'études • Vignette clinique : interprétation des signes vitaux • Présentation d'un exemple de formulaire post-chute • Vidéos 	<i>Discussion en grand groupe sur conseils cliniques simples à donner aux patients</i>
15 h 45 – 16 h 20	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer le contexte législatif encadrant l'utilisation des contentions • Déterminer des mesures alternatives aux mesures de contention pour réduire le risque de chute 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte législatif au Québec • Mesures de contention • Mesures alternatives • Tournées intentionnelles • Importance de cibler les besoins des usagers 		<i>Questionnaire Kahoot!</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
16 h 20 – 16 h 30	Conclusion et échange	<ul style="list-style-type: none"> • Messages-clés 		<i>Nuage de mots</i> <i>Évaluation de la formation/commentaires</i>

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Adoni, A., & Mcnett, M. (2007). The Pupillary Response in Traumatic Brain Injury: A Guide for Trauma Nurses. *Journal of Trauma Nursing*, 14(4).
- Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Chutes chez les aînés au Canada : deuxième rapport*. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors_falls-chutes_aines/assets/pdf/seniors_falls-chutes_aines-fra.pdf
- Allali, G., Ayers, E. I., & Verghese, J. (2016). Motoric Cognitive Risk Syndrome Subtypes and Cognitive Profiles. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(3), 378–384. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv092>
- Allali, G., Launay, C. P., Blumen, H. M., Callisaya, M. L., de Cock, A. M., Kressig, R. W., Srikanth, V., Steinmetz, J. P., Verghese, J., & Beauchet, O. (2017). Falls, Cognitive Impairment, and Gait Performance: Results from the GOOD Initiative. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(4), 335–340. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.10.008>
- Arcand M et Hébert R. Précis pratique de gériatrie. 2e éd. Saint-Hyacinthe, Qc Edisem; 1997.
- Austin N, Devine A, Dick I, Prince R, Bruce D. Fear of falling in older women: a longitudinal study of incidence, persistence, and predictors. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Oct 55(10):1598-603. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01317.x. PMID: 17908062.
- Austin, N., Devine, A., Dick, I., Prince, R., & Bruce, D. (2007). Fear of falling in older women: A longitudinal study of incidence, persistence, and predictors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(10), 1598–1603. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01317.x>
- Bégin, C., Boudreault, V. et Sergerie, D. (2009). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile, Guide d'implantation IMP- 2^e édition 2009*. Institut national de santé publique du Québec. <http://www.inspq.qc.ca/publications/643>
- Bisizi, M-S. (2012). *Portfolio thématique : Chutes chez les aînés*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, Surveillance de l'état de santé de la population, [en ligne], [http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-s...\(le lien est externe\)](http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-s...(le lien est externe))
- Blais, A.-A., Tremblay, C., Guarnaccia, L., Tremblay, L., Laflamme-Thibault, S., Côté, S., Tremblay, P., Bouchard, J., & da Silva, R. A. (2021). The Importance of adapting functional test instructions for older adults with neurocognitive disorders. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 39(4), 370–386.
- Bonaiuti, D. & coll. (2004). Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women, *The Cochrane Library*, Issue 1.
- Bourque, M., Kergoat, M.-Jeanne., Boyer, Diane., Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux, Institut universitaire de gériatrie de Montréal., & Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2012). *Syndrome d'immobilisation*. Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications.
- Brain Injury Association of Virginia. Concussion/Mild Traumatic Brain Injury in the Elderly. 2021. <https://www.biav.net/concussion-mild-traumatic-brain-injury-in-the-elderly/>, consulté le 2021-07-21

- Bui KL, Nyberg A, Maltais F, Saey D. Functional Tests in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Part 2: Measurement Properties. *Ann Am Thorac Soc.* 2017 May;14 (5):785-794. doi:10.1513/AnnalsATS.201609-734AS. PMID: 28244801.
- Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 9. Art. No.: CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub4. Accessed 06 July 2021.
- Campbell, A. J. (2002). Preventing fractures by preventing falls in older women. *Canadian Medical Association Journal*, 167(9), p. 1005-1006.
- De Jong, M. R., van der Elst, M., & Hartholt, K. A. (2013). Drug-related falls in older patients: Implicated drugs, consequences, and possible prevention strategies. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 4(4), 147–154. <https://doi.org/10.1177/2042098613486829>
- Denissen S, Staring W, Kunkel D, Pickering RM, Lennon S, Geurts ACH, Weerdesteyn V, Verheyden GSAF. Interventions for preventing falls in people after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 10. Art. No.: CD008728. DOI: 10.1002/14651858.CD008728.pub3. Accessed 06 July 2021.
- Department of Health, U., Services, H., & for Disease Control, C. (2019). *Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control.* www.cdc.gov/steady.
- Dickinson Darlene, & Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015). *Reducing Falls and Injuries from Falls.* <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Documents/Interventions/Pr%C3%A9vention%20des%20chutes%20et%20des%20blessures%20caus%C3%A9es%20par%20les%20chutes/Chutes%20-%20Trousse%20En%20avant.pdf>
- Duncan PW, Weiner DK, Chandler J, Studenski S. Functional reach: a new clinical measure of balance. *J Gerontol.* 1990;45 (6):M192-197.
- Équipe de consultation sur les aides techniques. (2010). *LES MESURES DE CONTRÔLE EN SOUTIEN À DOMICILE : LES ALTERNATIVES ET L'UTILISATION EXCEPTIONNELLE DES CONTENTIONS.*
- Excellence en santé Canada. Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Avril 2015. 338 pages. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Documents/Interventions/Pr%C3%A9vention%20des%20chutes%20et%20des%20blessures%20caus%C3%A9es%20par%20les%20chutes/Chutes%20-%20Trousse%20En%20avant.pdf>
- Feder, G., Cryer, C. Donovan, S. & Carter, Y. (2000). Guidelines for prevention of falls in people over 65. *British Medical Journal*, 321, p. 1007-1011.
- Fellman (2020) Prediction of Falls in Acute Care Using The Morse Fall Risk Scale, *Occupational Therapy In Health Care*, 34:4, 307-319, DOI: 10.1080/07380577.2020.1815928
- Fick, D. M., Semla, T. P., Steinman, M., Beizer, J., Brandt, N., Dombrowski, R., DuBeau, C. E., Pezzullo, L., Epplin, J. J., Flanagan, N., Morden, E., Hanlon, J., Hollmann, P., Laird, R., Linnebur, S., & Sandhu, S. (2019). American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(4), 674–694. <https://doi.org/10.1111/jgs.15767>

- Gagné, M. (2019). Décès attribuables à une chute. Fichier des décès du registre des évènements démographiques (2000-2016). Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. Demande spéciale.
- Gagné, M. (2019). Hospitalisations attribuables à une chute. Fichier Med-Écho (2009-2010 à 2018-2019). Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. Demande spéciale.
- García-Hermoso A, Ramirez-Vélez R, Sáez de Asteasu ML, et al. Safety and effectiveness of long-term exercise interventions in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sports Med* 2020; 50:1095e1106. 11.
- Bouaziz W, Lang PO, Schmitt E, et al. Health benefits of multicomponent training programmes in seniors: A systematic review. *Int J Clin Pract* 2016; 70: 520e536. 12.
- Geyskens, L., Jeuris, A., Deschodt, M., van Grootven, B., Gielen, E., & Flamaing, J. (2022). Patient-related risk factors for in-hospital functional decline in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 51(2). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac007>
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;2012 (9):CD007146. doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3. PMID: 22972103; PMCID: PMC8095069.
- Glass, A., Mendelson, G., & ben Natan, M. (2020). Comparison of two fall-risk assessment tools used in a long-term care facility. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 33(3), 237–246. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2019-0065>
- Gouvernement du Québec. (n.d.). *Le bilan démographique du Québec- Édition 2021*. Retrieved January 9, 2022, from <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2021.pdf>
- Gunasekaran, V., Subramanian, M. S., Singh, V., & Dey, A. B. (2021). Outcome of older adults at risk of frailty. *Aging Medicine*. <https://doi.org/10.1002/agm2.12181>
- Hales, C. M., Servais, J., Martin, C. B., & Kohen, D. (2019). *Prescription Drug Use Among Adults Aged 40-79 in the United States and Canada Key findings Data from the National Health and Nutrition Examination Survey and the Canadian Health Measures Survey*. <https://www.cdc.gov/nchs/products/index.htm>.
- Hartley, P., Gibbins, N., Saunders, A., Alexander, K., Conroy, E., Dixon, R., Lang, J., Lockett, J., Luddington, T., & Romero-Ortuno, R. (2017). The association between cognitive impairment and functional outcome in hospitalised older patients: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 46(4), 559–567. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx007>
- Hayes, S., Galvin, R., Kennedy, C., Finlayson, M., McGuigan, C., Walsh, C. D., & Coote, S. (2019). Interventions for preventing falls in people with multiple sclerosis. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2019, Issue 11). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012475.pub2>
- Hirsch CH1, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. *The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients*. *J Am Geriatr Soc*. 1990 Dec;38(12):1296-303

- Hoffman GJ, Tinetti ME, Ha J, Alexander NB, Min LC. Prehospital and Posthospital Fall Injuries in Older US Adults. *JAMA Netw Open*. 2020;3 (8):e2013243. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.13243
- Hopewell S, Adedire O, Copsey BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, Close JCT, Lamb SE. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 7. Art. No.: CD012221. DOI: 10.1002/14651858.CD012221.pub2. Accessed 06 July 2021.
- Hortobágyi T, Lesinski M, Gäbler M, et al. Effects of three types of exercise interventions on healthy old adults' gait speed: A systematic review and metaanalysis. *Sports Med* 2015;45:1627e1643
- Huang, A. R., Mallet, L., Rochefort, C. M., Eguale, T., Buckeridge, D. L., & Tamblyn, R. (2012). Medication-Related Falls in the Elderly Causative Factors and Preventive Strategies. In *Drugs Aging* (Vol. 29, Issue 5). <http://www.thecochranelibrary.com>
- Institut national en santé publique du Québec. Le vieillissement au Québec. 2021. <https://www.inspq.qc.ca/es/node/6850>, consulté le 2021-07-27.
- Jewell, V. D., Capistran, K., Flecky, K., Qi, Y., & Fellman, S. (2020). Prediction of Falls in Acute Care Using the Morse Fall Risk Scale. *Occupational Therapy in Health Care*, 34(4), 307–319. <https://doi.org/10.1080/07380577.2020.1815928>
- Jewell, V. D., Capistran, K., Flecky, K., Qi, Y., & Fellman, S. (2020). Prediction of Falls in Acute Care Using the Morse Fall Risk Scale. *Occupational Therapy in Health Care*, 34(4), 307–319. <https://doi.org/10.1080/07380577.2020.1815928>
- Jones, C. T., Lowe, A. J., MacGregor, L., Brand, C. A., Tweddle, N., & Russell, D. M. (2006). A randomised controlled trial of an exercise intervention to reduce functional decline and health service utilisation in the hospitalised elderly. *Australasian Journal on Ageing*, 25(3), 126–133. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2006.00167.x>
- Juneau, A., Côté, M.-M., Dubé, F., & Nguyen, P. (2013). *Le Protocole de réentraînement SPRINT*. Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
- Karr, J. E., Iverson, G. L., Berghem, K., Kotilainen, A. K., Terry, D. P., & Luoto, T. M. (2020). Complicated mild traumatic brain injury in older adults: Post-concussion symptoms and functional outcome at one week post injury. *Brain Injury*, 34(1), 26–33. <https://doi.org/10.1080/02699052.2019.1669825>
- Kauffman, T. L., Barr, J. O., & Moran, M. L. (2007). *Geriatric rehabilitation manual: Vol. Second Edition*. Churchill Livingstone Elsevier, 576 pages.
- Lakatos BE, Capasso V, Mitchell MT, Kilroy SM, Lussier-Cushing M, Sumner L, et al. Falls in the general hospital: Association with delirium, advanced age, and specific surgical procedures. *Psychosomatics* 2009; 50 (3):218-26.
- LambSE, Jorstad-SteinEC, HauerK, BeckerC, Prevention of Falls Network Europe and Outcomes Consensus Group. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005; 53 (9):1618-22.
- Lo, C. W. T., Tsang, W. W. N., Yan, C. H., Lord, S. R., Hill, K. D., & Wong, A. Y. L. (2019). Risk factors for falls in patients with total hip arthroplasty and total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. In *Osteoarthritis and Cartilage* (Vol. 27, Issue 7, pp. 979–993). W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.04.006>

- McCulloch, K.L., Osborne, M.B.A. & Ramsey, C.R. Geriatric Mild Traumatic Brain Injury (mTBI). *Curr Geri Rep* **9**, 142–153 (2020). <https://doi.org/10.1007/s13670-020-00329-3>
- Meiner, Z., Ayers, E., & Verghese, J. (2020). Motoric cognitive risk syndrome: A risk factor for cognitive impairment and dementia in different populations. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, *24*(1), 3–14. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0001>
- Ministère de la Famille. Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique. Les aînés du Québec : quelques données récentes. Deuxième édition. 2018. ISBN : 978-2-550-81537-2 (PDF). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebec-chiffres.pdf>
- Ministère de la santé et des Services sociaux du Québec (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence*. Direction générale de la santé publique, Ministère de la santé et des Services sociaux. [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-...\(le lien est externe\)](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-...(le%20lien%20est%20externe))
- Montero-Odasso, M., & Speechley, M. (2018). Falls in Cognitively Impaired Older Adults: Implications for Risk Assessment And Prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, *66*(2), 367–375. <https://doi.org/10.1111/jgs.15219>
- Morarescu, E., Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec), & Bibliothèque numérique canadienne (Firme). (2013). *Chute chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée)*.
- Morisod, J., Coutaz, M. Le Syndrome post-chute : comment le reconnaître et le traiter. *Rev Med Suisse* 2007 ; 3 : 2531-6
- Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (1989). Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, *8*(4), 366–377. <https://doi.org/10.1017/S0714980800008576>
- Muir, S. W., Gopaul, K., & Montero Odasso, M. M. (2012). The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: A systematic review and meta-analysis. In *Age and Ageing* (Vol. 41, Issue 3, pp. 299–308). <https://doi.org/10.1093/ageing/afs012>
- National Ageing Research Institute (2000). *An analysis of research on preventing falls and falls injury on older people: Community, residential aged care and acute care settings*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Norman, K. J., & Hirdes, J. P. (2020). Evaluation of the Predictive Accuracy of the interRAI Falls Clinical Assessment Protocol, Scott Fall Risk Screen, and a Supplementary Falls Risk Assessment Tool Used in Residential Long-Term Care: A Retrospective Cohort Study. *Canadian Journal on Aging*, *39*(4), 521–532. <https://doi.org/10.1017/S0714980820000021>
- O'Malley, N., Clifford, A. M., Conneely, M., Casey, B., & Coote, S. (2021). Effectiveness of interventions to prevent falls for people with multiple sclerosis, Parkinson's disease and stroke: an umbrella review. *BMC Neurology*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02402-6>
- Oliver, D., Britton, M., Seed, P., Martin, F. C., & Hopper, A. H. (1997). Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: Case-control and cohort studies. *British Medical Journal*, *315*(7115), 1049–1053. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7115.1049>

- Papa, Linda et al. "Mild Traumatic Brain Injury among the Geriatric Population." *Current translational geriatrics and experimental gerontology reports* vol. 13 (2012): 135-142. doi:10.1007/s13670-012-0019-0
- Paradis, M., Rose-Maltais, J., & Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale. Direction régionale de santé publique. (2015). *Évaluation de l'implantation des programmes ÉquiLIBRE et MARCHE dans la région de la Capitale-Nationale : rapport régional.*
- Patrick, R. J., Slobodian, D., Debanne, S., Huang, Y., & Wellman, C. (2017). The predictive value of fall assessment tools for patients admitted to hospice care. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 7(3), 341–346. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-001070>
- Pérennou, D. (2012). Physiologie et physiopathologie du contrôle postural. In *Lettre de Medecine Physique et de Readaptation* (Vol. 28, Issue 3, pp. 120–132). <https://doi.org/10.1007/s11659-012-0316-1>
- Perrot, A., Castanier, C., Maillot, P., & Zitari, H. (2018). French validation of the modified-falls efficacy scale (M-FES Fr). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78, 233–239. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.07.001>
- *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints Clinical Best Practice Guidelines.* (2012). www.rnao.org/bestpractices
- Pulok, M. H., Theou, O., van der Valk, A. M., & Rockwood, K. (2020). The role of illness acuity on the association between frailty and mortality in emergency department patients referred to internal medicine. *Age and Ageing*, 49, 1071–1079. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa089>
- Rahbour, G., Ullah, M. R., Yassin, N., & Thomas, G. P. (2012). CASE REPORT-OPEN ACCESS Cullen's sign-Case report with a review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports*, 3, 143–146. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2012.01.001>
- Registered Nurses' Association of Ontario. *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Clinical Best Practice Guidelines*, Février 2012. 152 pages. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf
- Rivan, N. F. M., Singh, D. K. A., Shahar, S., Wen, G. J., Rajab, N. F., Din, N. C., Mahadzir, H., & Kamaruddin, M. Z. A. (2021). Cognitive frailty is a robust predictor of falls, injuries, and disability among community-dwelling older adults. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02525-y>
- Rockwood K, Theou O. [Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources.](#) *Can Geriatr J.* 2020;23(3):210-215.
- Romanelli, D., & Farrell, M. W. (2021). *AVPU Score.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538431/>
- Rubenstein, L. Z., Vivrette, R., Harker, J. O., Stevens, J. A., & Kramer, B. J. (2011). Validating an evidence-based, self-rated fall risk questionnaire (FRQ) for older adults. *Journal of Safety Research*, 42(6), 493–499. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2011.08.006>
- Rubin, M. (2022). *Revue générale des troubles neuro-ophtalmologiques et des nerfs crâniens LE MANUEL MERCK.* <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-neurologiques/troubles-neuro-ophtalmologiques-et-des-nerfs-cr>

- Santesso N, Carrasco-Labra A, Brignardello-Petersen R. Hip protectors for preventing hip fractures in older people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD001255. DOI: 10.1002/14651858.CD001255.pub5. Accessed 06 July 2021.
- Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, Clemson L, Hopewell S, Lamb SE. Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD012424. DOI: 10.1002/14651858.CD012424.pub2. Accessed 06 July 2021.
- St-Laurent M, Bégin C, Boudreault V, Gagné D, Parisien M, Trickey F. Cadre de référence : La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. 2019. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, ISBN : 978-2-550-83048-1 (version PDF), <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-01W.pdf>.
- Strupeit, S., Buss, A., & Wolf-Ostermann, K. (2016). Assessing Risk of Falling in Older Adults-A Comparison of Three Methods. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(5), 349–355.
- Studenski, S., Perera, S., Wallace, D., Chandler, J.M., Duncan, P.W., Rooney, E., Fox, M.Guralnik, J.M., 2003. Physical performance measures in the clinical setting. *J. Am.Geriatr. Soc.* 51, 314–322.<https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51104.x>.
- Tillou, A., Kelley-Quon, L., Burruss, S., Morley, E., Cryer, H., Cohen, M., & Min, L. (2014). Long-term postinjury functional recovery: Outcomes of geriatric consultation. *JAMA Surgery*, 149(1), 83–89. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2013.4244>
- Torchio, A., Corrini, C., Anastasi, D., Parelli, R., Meotti, M., Spedicato, A., Groppo, E., D'Arma, A., Grosso, C., Montesano, A., Cattaneo, D., & Gervasoni, E. (2022). Identification of modified dynamic gait index cutoff scores for assessing fall risk in people with Parkinson disease, stroke and multiple sclerosis. *Gait and Posture*, 91, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2021.09.201>
- Trickey, F., Parisien, M., Laforest, S., Genest, C., Robitaille, Y. et Adopo, E. (2011). *Programme intégré d'équilibre dynamique [PIED]. Guide d'animation, Édition 2011. La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile.* Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Tzeng HM. Inpatient falls in adult acute care settings: Influence of patients' mental status. *J Adv Nurs* 2010; 66 (8):1741-6.
- Vasunilashorn, S., Coppin, A.K., Patel, K.V., Laurentani, F., Ferrucci, L., Bandinelli, S.Guralnik, J.M., 2009. Use of the Short Physical Performance Battery Score to predict loss of ability to walk 400 meters: analysis from the InCHIANTI study. *J. Gerontol. ABiol. Sci. Med. Sci.* 64, 223–229.<https://doi.org/10.1093/gerona/gln022>
- Verghese, J., Wang, C., Lipton, R. B., & Holtzer, R. (2013). Motoric cognitive risk syndrome and the risk of dementia. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(4), 412–418. <https://doi.org/10.1093/gerona/gls191>
- Visschedijk, J., Achterberg, W., van Balen, R., Hertogh, C. Fear of Falling after Hip Fracture: A Systematic Review of Measurement Instruments, Prevalence, Interventions, and Related Factors. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Sep;58 (9):1739-48. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03036.x.

- Webster, J., Courtney, M., Marsh, N., Gale, C., Abbott, B., Mackenzie-Ross, A., & McRae, P. (2010). The STRATIFY tool and clinical judgment were poor predictors of falling in an acute hospital setting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(1), 109–113. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.02.003>
- Weiner DK, Duncan PW, Chandler J, Studenski SA. Functional reach: a marker of physical frailty. *J Am Geriatr Soc*. 1992;40(3):203-207.
- Welmer, A. K., Rizzuto, D., Laukka, E. J., Johnell, K., & Fratiglioni, L. (2017). Cognitive and physical function in relation to the risk of injurious falls in older adults: A population-based study. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 72(5), 669–675. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw141>

Formation continue
Formation de 7 h

Développer et maintenir le leadership transformationnel infirmier

Hélène Clavet, inf. M.Sc, Formatrice, consultante

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Toute infirmière doit nécessairement être un leader. Car elle a des connaissances spécifiques en soins infirmiers, elle en sait plus qu'une personne en général. Toutefois, dans le cadre des fonctions plus contemporaines de l'infirmière, il lui est demandé de gérer des équipes de soins, de prendre des décisions basées sur des données probantes, de suivre des indicateurs, de faire des suivis auprès du personnel, de déléguer, d'être inspirante pour ses collègues... et c'est là où les compétences liées au leadership clinico-administratif lui sont essentielles. En plus de l'aspect clinique, elle y ajoute un aspect administratif. Pour bien remplir ce rôle administratif, il lui faut acquérir du leadership transactionnel et encore mieux du leadership transformationnel... Ces notions ainsi qu'un coffre à outils pour développer les compétences d'un leader transformationnel sont inclus dans cette formation.

LES BUTS DE LA FORMATION

Les buts de cette formation sont de définir le leadership transformationnel et de prendre connaissance des enjeux stratégiques, des compétences clés et des comportements sous tendant le leadership transformationnel et mobilisateur. Développer ses compétences de leader afin de permettre à notre équipe de grandir, d'évoluer pour atteindre une meilleure communication, de l'entraide et de la cohésion. Une trousse à outils est proposée et la résolution d'études de cas permet de mettre en œuvre le référentiel de compétences nécessaires pour l'appropriation du leadership transformationnel.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux infirmières et infirmiers tant gestionnaires que soignantes ayant le désir de développer leur leadership clinico-administratif et transformationnel auprès de leurs consœurs et confrères, de leur équipe de travail et ce, peu importe leur milieu de soins.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants de lire les pages 33 à 50 du document de la RNAO (Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier, 2013) et **de répondre aux 2 questions suivantes** :

1. Comment la confiance peut être perdue ?
2. Comment retrouver la confiance perdue ?

Pour accéder au site, copier l'adresse :

http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/2802_Programme_de_lignes_directrices_pour_la_pratique_exemplaire_des_soins_infirmiers.pdf

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage	Autres informations jugées pertinentes
8 h 30 – 8 h 45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distinguer les quatre principaux types de leadership en précisant leurs composantes principales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quatre types de leadership : Laisser-faire, social, transactionnel et transformationnel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cahier du participant et exposé formel ▪ Pré-test 	<i>Les résultats probants (effets) des études de Sabine Stordeur, Diane Doran et de la RNAO.</i>
8 h 45 – 9 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaître les effets réels et potentiels du leadership transformationnel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effets réels et potentiels du leadership/résultats de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cahier du participant et exposé formel 	
9 h – 9 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire les cinq lignes directrices qui sous-tendent le leadership infirmier transformationnel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cinq lignes directrices : <ul style="list-style-type: none"> - Bâtir des relations et de la confiance - Créer un milieu de travail stimulant - Créer une culture qui encourage le développement et l'intégration des connaissances - Orienter le changement et en assurer la durabilité - Équilibrer les complexités 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Document de la RNAO 	<i>Cadre de référence explicite et intégrant l'ensemble des concepts.</i>

Horaire	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage	Autres informations jugées pertinentes
		du système, gérer les valeurs et les priorités concurrentes ▪ Compétences liées à chacune des lignes directrices et les stratégies de mise en application		
9 h 30 – 10 h	▪ Décrire les huit compétences du leadership transformationnel	▪ Huit compétences avec leur description et les comportements au quotidien : <ul style="list-style-type: none"> - Être respectueux - Être un bon communicateur - Utiliser la rétroaction descriptive et constructive - Mettre en valeur le potentiel des personnes - Soutenir et appuyer les équipes de travail - Favoriser une marge de manœuvre - Faire en sorte que le travail soit un défi - Favoriser la notion d'équipe 	▪ Cahier du participant : description des huit compétences et de leurs gestes au quotidien	<i>Les résultats de la recherche de Mathieu, Goyette, Mayrand-Leclerc.</i>
10 h – 10 h15	Pause			
10 h 15 – 11 h30	▪ Attribuer les compétences d'un leader transformationnel à la description de tâches d'une AIC et justification de vos choix	▪ Description de tâches d'une AIC et les huit compétences à leur attribuer	▪ Cahier du participant : exerciceur de mise en correspondance des compétences et des tâches d'une AIC ▪ Exercice réalisé en équipe de 5 à 6 personnes Un tableau de correspondance est complété par les équipes	<i>Retour en grand groupe pour le partage des choix de compétences</i>

Horaire	Objectifs spécifiques <i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>	Contenus	Activités d'apprentissage	Autres informations jugées pertinentes
	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les conditions de mise en œuvre des compétences prioritaires 	<ul style="list-style-type: none"> Les conditions de mise en œuvre au niveau : personnel / professionnel / organisationnel 	<ul style="list-style-type: none"> Discussion en petites équipes et retour en grand groupe En équipe : exerciseur pour identifier les conditions de mise en œuvre 	<i>L'importance d'identifier les contraintes et conditions de succès, sinon cela restera de la théorie...</i>
11 h 30 – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> Choisir de 2 à 3 compétences à développer au cours de la prochaine année Reconnaître ses points forts 	<ul style="list-style-type: none"> Choisit des compétences qu'elle devra développer au cours de la prochaine année Auto analyse de mon leadership transformationnel 	<ul style="list-style-type: none"> Exercice : Auto analyse de mes habiletés en leadership transformationnel 	
12 h – 13 h00	Dîner			
13 h – 14 h	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les cinq outils permettant d'intégrer les compétences en leadership transformationnel 	<ul style="list-style-type: none"> Description des cinq outils d'intégration des compétences en leadership transformationnel : <ul style="list-style-type: none"> Communication et critique constructive Préparation de réunions Délégation et Collaboration Travail d'équipe et Gestion des conflits Préoccupations versus les résistances 	<ul style="list-style-type: none"> Cahier du participant : exposé formel présentant les cinq outils 	<i>Un coffre à outils très pratique pour la mise en œuvre des compétences.</i>
14 h – 15 h	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer l'utilisation des outils à l'intérieur d'une résolution d'étude de cas 	<ul style="list-style-type: none"> Compétences en leadership/ les outils d'intégration des compétences : <ul style="list-style-type: none"> Être respectueux Être un bon communicateur Utiliser la rétroaction descriptive et constructive Mettre en valeur le potentiel 	<ul style="list-style-type: none"> Retour en grand groupe pour le partage des réponses aux études de cas Utilisation des outils : Communication et critique constructive 	<i>La facilité et la simplicité d'utilisation des différents outils.</i>

Horaire	Objectifs spécifiques Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :	Contenus	Activités d'apprentissage	Autres informations jugées pertinentes
		des autres personnes - Soutenir et appuyer tous les membres d'équipes de travail - Favoriser une marge de manœuvre - Faire en sorte que le travail représente un défi - Favoriser la notion d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réunions : planification, animation et suivi ▪ Délégation, coaching et suivi ▪ Travail d'équipe et la gestion des conflits dans l'équipe ▪ Étude de cas portant sur des problématiques sollicitant les compétences et les outils présentés préalablement 	
15 h – 15 h15	Pause			
15 h 15 – 16 h15	▪ Suite	▪ Suite	▪ Retour en grand groupe et partage des réponses	
16 h 15 – 16 h 25	▪ Identifier les conditions qui leur permettront de mettre en œuvre avec succès les compétences prioritaires du leader transformationnel	▪ Permettre aux participants de se voir dans le futur : que devront-ils faire pour atteindre les compétences d'un leader transformationnel ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exerciseur : cahier du participant : projection dans le futur ▪ Les réponses à la question : mais qu'avez-vous fait ? 	<i>La reconnaissance par l'obtention d'un prix.</i>
16 h 25 – 16 h 30	▪ Évaluer la formation	▪ Éléments d'évaluation de la formation	▪ Outil d'évaluation du CEVQ	

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Agotnes, K.W., Skogstad, A., Hetland, J., et al. (2021) Daily work pressure and exposure to bullying-related negative acts: The role of daily transformational and laissez-faire leadership. *European Management Journal*, 39 (2021) 423-433.
- Alzahrani S., Hasan A.A (2019) Transformational leadership style on nursing job satisfaction amongst nurses in hospital settings: findings from systematic review. *Global Journal of Health Science*, vol.11, no.6. p.25-52
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2005). *Le développement du leadership dans la profession infirmière au Canada*. AIIC. Ottawa. 48 p.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004). *Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires*. AIIC. Ottawa. Volume 17. Septembre. 4 p.
- Bartow, S.L. (2011) *Leadership Secrets for Healthcare*. Bartow, USA. 208 p.
- Bédard, B., Benoit, D., Viens, C. (2007). *Handbook of Innovative Practice in Care and Work Organization*. Montréal, Québec:
- Bédard, B., Benoit, D., Viens, C. (2005). *Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail*. Montréal: Publication de l'Association des hôpitaux du Québec.
- Benhaberou-Brun D. (2020) Le leadership, c'est aussi le pouvoir de notre expertise Clinique. Conférence de Luc Mathieu, président OIIQ, *Perspective infirmière*, janvier-février 2020. p.55.
- Brewer, Carol S., Kovner, C.T., Djukic, M., and al. (2016) *Journal of Advanced Nursing* 72(11) 2879-2893.
- Broughton, H. (2001). *Leadership infirmier: pour utiliser notre force*. Dans l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2005). AIIC. Ottawa. 64 p.
- Crowell, D.M. (2011) *Complexity Leadership, Nursing's Role in Health Care Delivery*. F.A.Davis, Philadelphia. 228 p.
- Doran, D. et al. (2004). Répercussions de l'étendue des responsabilités du gestionnaire sur le leadership et le rendement. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. FCRSS. 38 p.
- Elliot, E. C., Walden, M. (2015) Development of the transformational advanced professional practice model. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 27, 479-487.
- Fisher, Shelley A. (2016) Transformational leadership in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 72(11), 2644-2653
- Glazer Greer, Lita, Fitzpatrick Joyce (2013) *Nursing leadership from the outside in*. N.Y. Springer Publishing Company, 282 pages.
- Grossman Sheila, Valiga Theresa (2013) *The new leadership challenge: creating the future of nursing*. Philadelphia, F.A.Davis. 261 pages.
- Hall, V.P., White, K.M., Morrison, J. (2022) The influence of leadership style and nurse empowerment on burnout. *Nursing Clinic. Elsevier. Cnur.2021.11.009*
- Hardy Richard A. (2014) *Transformational management & leadership: changing perspectives, attitudes, & performance in you and your organization*. High Bridge Books Houston.

- Hawkins, Peter. (2017) *Leadership Team Coaching: Developing Collective Transformational Leadership*. Publisher: Kogan Page, 408 pages.
- Herman, S., Gish, M., Rosenblum, R. (2015) Effects of Nursing position on transformational leadership practices. *Journal of Nursing Administration* 45(2) 113-119
- Huber Diane (2014) *Leadership & nursing care management*. Elsevier. 543 pages.
- Huber, D. L. (2006). *Leadership and Nursing Care Management*. Third Edition. Saunders. Philadelphia. 922 p.
- Kammerhoff, J. Lauenstein, O., Schutz, A. (2018) Leading toward harmony-Different types of conflict mediate how follower's perceptions of transformational leadership are related to job satisfaction and performance. *European Management journal*, <https://doi.org/10.1016/j.emj.2018.06.003>. 12 pages
- Kaymakci, R., Gorener, A., Toker, K. (2022) The perceived overqualification's effect on innovative work behaviour: Do transformational leadership and turnover intention matter! *Current research in behavioral sciences Elsevier: https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2022.100068*
- Kelly, Lesly, A., Wicker, Teri, L., Gerkin, Richard, D. (2014) The relationship of training and education to leadership practices in frontline nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, vol. 44, no. 3, p. 158-163.
- Kloutsiniotis, P.V., Mihail, D.M., Mylonas, N., Pateli, A. (2022) *International Journal of Hospitality Management*, 102 (2022)103177. Elsevier <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2022.103177>
- Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G.L. & Austin S. (2015) Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing* 72(3), 582-592.
- Lavoie-Tremblay, M., Viens, C. & Maquette, M. (2009). Partnering: A key ingredient of quality worklife. *Quantum Quarterly. Quality in Health Care*. 1, (3), p.26-29.
- Linqvist, Evert, Marcy, Richard (2016) The competing values framework: Implications for strategic leadership, change and learning in public organizations. *International Journal of Public Leadership*, vol. 12, no.2, p. 167-186.
- Long Choi, Sang, Fei Goh, Chin & al. (2016) Transformational leadership, empowerment, and job satisfaction: the mediating role of employee empowerment. *Human Resources for Health*, p. 1-14.
- Masood, Mariam, Afsar, Bilal. (2017) Transformational leadership and innovative work behavior among nursing staff. *Nursing Inquiry*, vol. 24, issue 4.p. 1-12.
- McCaffrey, Ruth, Reinoso, Humberto, (2017) Transformational Leadership: a model for advanced practice holistic nurses. *Journal of Holistic Nursing*, Vol. 35, no. 4, p. 397-404.
- Merrill, K.C. (2015) Leadership styles and patient safety: implications for nurses' managers. *Journal of Nursing Administration*, 45(6), 319-324.
- Montavlo, Wanda, Goodwin Veenema, T. (2015) Mentoring in developing transformational leaders to advanced health policy: Creating a culture of health. *Nurse Leader*, vol.13. no1, february pages 65-69.
- Negussie, Nebiat, Demissie, A. (2013). Relationship between leadership styles of nurse managers and nurses, job satisfaction in Jimma university specialized hospital. *Journal of Health Sciences*, vol.23, no.1, p.49-58.

- Pradhan, Sajeet, Pradhan, R. Kumar. (2016) Transformational Leadership and job outcomes: The mediating role of meaningful work. Sage Publications, p. 173-185.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2013). *Developing and Sustaining Nursing Leadership, (2nd ed.)*. Toronto, ON, 144 p.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2013). Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier. Deuxième édition. Toronto, ON, 138 p.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2012). *La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. 94 p.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006). *Développer et soutenir le leadership infirmier*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. 137 p.
- Renaud, M., Lavoie-Tremblay, M., Sounan, C., Viens, C. (2008). L'utilisation des données probantes par un groupe de gestionnaires d'établissements du RSSS en contexte d'organisation des soins, des services et du travail. *Le point en administration de la santé*. 3(4), 27-30.
- Rinfret N., Laplante J., Lagacé M.C., et al. (2018) L'intelligence émotionnelle et le leadership transformationnel: deux compétences nécessaires aux dirigeants pour la conduite d'une réforme dans le réseau Québécois de la santé et des services sociaux. Etude complète publiée dans : *International Journal of Healthcare Management*, vol.13, 2020.
- Roussel Linda (2013) Management and leadership for nurse administrators. Burlington M.A. Jones & Bartlett Learning. 826 pages.
- Sinclair, M.A., Stephens, K., Whiteman, K. et Al. (2021) Managing and motivating the remote employee using the transformational leadership model. *Nurse Leader, Volume 19, Issue 3, June 2021, p. 294-299*.
- Smith Lewis, Heather, Cunningham, Christopher, J.L., (2016) Linking nurse leadership and work characteristics to nurse burnout and engagement. *Nursing Research*, January/February, vol. 65, no. 1, 13-23.
- Sorensen Marshall Elaine (2011) Transformational leadership in nursing, from expert to influential leader. Springer Publishing, 280 p.
- Sounan, C., Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., Lavigne, G.L. & Thivierge, M. (2009). Une condition gagnante pour réussir l'implantation de changements auprès du personnel de la santé: la formation en organisation des soins, des services et du travail (OSST). *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*. 5, (2), p.42-45.
- Stordeur, S., Viens, c. (2009) Le leadership infirmier transformationnel : place à un investissement professionnel et organisationnel, Dans Stordeur, S et D'Hoore, W..*Attractivité, fidélisation et qualité des soins, 3 défis, une réponse*. France, Wolters Kluwer France, Éditions Lamarre. p.15-38.
- Stordeur, S. (2003). De nouvelles capacités de leadership au service de la qualité, *Revue Hospitals.be*
- Susillo Donny (2018) Transformational leadership; A style of motivating employees. *Management and Economics Journal*, vol.3(1) August 2018, p.124-132.
- Viens, C. (2006) La planification du changement en CHSLD, Dans Voyer, P. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée au CHSLD*. Saint-Laurent (QC), ERPI.

- Viens, C., Hamelin-Brabant, L., Lavoie-Tremblay, M., Brabant, F. (2005). *Revue de littérature en organisation des soins et du travail pour comprendre et réussir des transformations organisationnelles*. Cap-Rouge, Québec: Éditions Presses Inter Universitaires.
- Viens, C., Hamelin Brabant, L., Lavoie-Tremblay, M., & Brabant, F. (2005). *Organisation des soins et du travail : Une revue de la littérature pour comprendre et réussir des transformations organisationnelles*. Cap-Rouge. Québec : Presses Inter-Universitaires. 108 p.
- Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., & Mayrand Leclerc, M. (2005). *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*. Cap-Rouge. 4^e édition. Québec : Presses Inter-Universitaires. 220 p.
- Weiss Sally A. (2015) *Essentials of nursing leadership and management*. Philadelphia, F.A.Davis. 262 pages

Le rôle de l'infirmière face au syndrome métabolique

Hélène Clavet, inf. M.Sc, Formatrice, consultante

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Comme le risque métabolique est de plus en plus présent dans notre société, il est important que l'infirmière connaisse les facteurs qui le définissent et qu'elle développe des habiletés dans la reconnaissance des facteurs de risque, tels que l'identification des personnes à risque, la prise des mesures adéquate, l'évaluation des différents paramètres nécessaires au monitoring, à la surveillance et au suivi. Plusieurs facteurs font en sorte de rendre plus vulnérable la clientèle âgée à développer un syndrome métabolique comme l'âge, l'alimentation, la sédentarité, mais aussi la prise de certains médicaments qui ont un effet direct sur son développement. Nous verrons ensemble les facteurs qui peuvent avoir une incidence sur la santé de la clientèle âgée et sur le développement du syndrome métabolique. Nous regarderons les facteurs sur lesquels la personne a du pouvoir pour les modifier ou d'en réduire les conséquences sur sa santé. A travers tous ces points, nous décrirons les rôles et la contribution de l'infirmière face à cette problématique complexe.

LES BUTS DE LA FORMATION

Cette formation permettra de définir le syndrome métabolique, de connaître les facteurs de risque et ceux de prévention, d'identifier les différents paramètres ayant des effets sur la santé, leur surveillance et leur monitoring. Nous décrirons également les rôles et la contribution de l'infirmière en regard de la détection des personnes à risque de développer un syndrome métabolique, du monitoring et du suivi à mettre en place.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse à tous les infirmiers et infirmières désirant développer leurs compétences et leurs habiletés afin de reconnaître les personnes à risque de développer le syndrome métabolique, et ce, dans une optique de prévention, de dépistage, d'enseignement et d'intervention, tout en assurant un suivi structuré.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants de lire le texte suivant :

https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2012_vol9_no03/11SyndromeMetabolique.pdf

et de répondre à 2 questions permettant d'avoir une reconnaissance de 7 heures pour la formation : **1.** Dans vos mots, définissez le syndrome métabolique. **2.** Nommez des critères physiques du syndrome métabolique.

PLAN DE LA JOURNÉE

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
8 h – 8 h 45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaître l'ampleur du syndrome métabolique dans la population 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Statistiques sur le diabète ▪ Statistiques sur l'hypertension 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs ▪ Discussions en équipe et échanges sur le sujet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pré-test sur le syndrome métabolique ▪ Éléments de réflexion ▪ Attentes par rapport à la formation
8 h 45 – 9 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distinguer les facteurs du vieillissement normal et ceux causant certaines problématiques : - consommation d'antidépresseurs, et de narcotiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Statistiques sur les médicaments et impacts sur la santé ▪ Problèmes médicaux concomitants ▪ Problèmes reliés à la médication 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs ▪ Discussions en équipe et échanges sur le sujet : Vos connaissances sur le sujet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie (2013) : P. Voyer, p.1-11. Statistiques Canada

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 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir différents concepts : ▪ Distinguer embonpoint, obésité; ▪ Distinguer intolérance au glucose, insulino-résistance et diabète de type 2 Hypertension, Dyslipidémie, Hypercholestérolémie, Triglycérides Sédentarité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distinguer les différents concepts et leurs complications ▪ Incidence du gain pondéral : embonpoint, obésité, intolérance au glucose, insulino-résistance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercices : Trouver votre poids idéal; Trouver votre indice de masse corporelle ▪ Problèmes à résoudre ▪ Mises en situation ▪ Questions « quizz » ▪ Études de cas (vignette clinique), etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lignes directrices de la société de cardiologie pour le diagnostic et le traitement de la dyslipidémie et pour la prévention des maladies cardiovasculaires.
10 h 30 – 10 h 45	Pause			
10 h 45 – 11 h 45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir le syndrome métabolique ▪ Décrire ses causes, ses effets ▪ Identifier des personnes à risque 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distinguer les différents paramètres du syndrome métabolique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment prendre votre tour de taille : Quelle est la bonne méthode? ▪ Ex : Comment prendre votre tour de taille Évaluation du risque métabolique : êtes-vous à risque? ▪ Calcul du risque métabolique ▪ Étude de cas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Calculer le risque pour 3 personnes âgées ayant différents paramètres en utilisant différents outils.
11 h 45 – 12 h 45	Dîner			
12 h 45 – 13 h 45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaître les facteurs de risque et leurs repères cliniques ▪ Identifier les différents paramètres à surveiller 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lignes directrices canadiennes ▪ Lignes directrices des autres pays 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs ▪ Discussion en équipe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lignes directrices WHO, NCEP, IDF

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 45 – 14 h 45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comparez les facteurs de Framingham et ceux du risque métabolique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facteurs de Framingham ▪ Facteurs de risque métabolique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs ▪ Exercices calcul du risque de Framingham ▪ Études de cas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation de l'échelle de Framingham; Options thérapeutiques; ▪ Outil clinique permettant le suivi des personnes ayant un syndrome métabolique ou celles qui nécessitent un suivi
14 h 45 – 15 h	Pause			
15 h – 16 h 20	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier le champ d'expertise de l'infirmière ▪ Identifier les activités, les rôles et la contribution de l'infirmière en regard du syndrome métabolique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Champ d'expertise ▪ Activités, rôles et contribution de l'infirmière ▪ Assurer un suivi des personnes avec un syndrome métabolique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs ▪ Comparer différents outils de suivi ▪ Discussion sur les outils et leurs importances Puis-je instaurer un suivi sans prescription médicale? ▪ Exercices d'intégration 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Champ d'expertise et Activités réservées (OIIQ) ▪ Normes professionnelles
16 h 20 – 16 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conclusion et échange 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation de la formation 	Post-test Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Abdulsada, M., Wilhelm, Z., Opekun, A. & Al. (2021) The effect of four-week intermittent fasting from dawn to sunset on circulating brain-derived neurotrophic factor levels in subjects with metabolic syndrome and healthy subjects. *Metabolism Open* 9 (2021) 100070.
- ACC/AHA. Practice Guidelines Cholesterol Management: Updates Guideline (2019) Downloaded from the American Family Physician website at www.aafp.org/afp. Copyright © 2019 American Academy of Family Physicians. For the private, non-commercial use of one individual user of the website. All other rights reserved. Contact copyrights@aafp.org for copyright questions and/or permission requests.
- Alberti K.G, Zimmet P, Shaw J; IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome – a new worldwide definition. *Lancet* 2005; 366:1059-62.
- Alberti K.G et Zimmet P.Z Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Provisional report of WHO consultation, *Diabete Medecine*, vol. 15, n 7, juillet 1998, p.539-553.
- Batista T, Kin N.M., Beaulieu S, de Batista EA. (2002) Obesity and related metabolic abnormalities during antipsychotic drug administration: mechanisms, management and research perspectives. *Pharmacopsychiatry*, Nov; 35(6) :205-219. Review.
- Cornier MA, Dabelea D, Hernandez TL, et al. The metabolic syndrome. *Endocr Rev.* 2008; 29:777-822.
- Doelle, Gregory C. [The clinical picture of metabolic syndrome](#). *Postgraduate Medecine*: Jul 2004, Jul; 116(1):30-2, 35-8.
- Elizabete Viana de Freitas and Kalil Lays Mohallem (2020) Metabolic Syndrome. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2020; 33(3):252-253.
- Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*. 2002; 287:356-359.
- Gami AS, Witt BJ, Howard DE, et al. Metabolic syndrome and risk of incident cardiovascular events and death: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Am CollCardiol.* 2007; 49:403-414
- Genest J, McPherson R, et al. [2009 Canadian Cardiovascular Society/Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult – 2009 recommendations](#). *Canadian Journal of Cardiology*, vol.25, n0 10, Oct.2009, p.567-579.
- Grundy SM. Metabolic syndrome: a multiplex cardiovascular risk factor. *J Clin Endocrinol.* 2007; 92:399-404.
- Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. *Circulation*. 2005;112:e285-- e290. Gury C. Schizophrenia, diabetes mellitus and antipsychotics. *Encephale*, 2004 Jul-Aug; 30(4) :382-391. Review.
- Habib R. Le syndrome métabolique. *Med Actuel FMC* 2003; 3 (7) : 11-26
- Habib R. et Desrochers S. Le syndrome métabolique, un signal pour l'action. *Le Médecin du Québec*, vol.41, n0 3, mars 2006, p.45-51
- Hayk S. Arakelyan (2020) Metabolic syndrome X - Abdominal obesity metabolic syndrome. *General Medicine and Clinical*

- Hu G, Qiao Q, *et al*; DECODE Study Group. [Prevalence of the metabolic syndrome and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in nondiabetic European men and women](#). *Arch Intern Med*. 2004 May 24;164(10):1066-76.
- Jangwon Lee1,*, Hyunju Lee2 (2020) Effects of risk factor numbers on the development of the metabolic syndrome. *Journal of Exercise Rehabilitation* 2020;16(2):183-188 1 Department of Sports Industry, College of Sports, Jungwon University, Goesan, Korea
- Littrell K.H., Hilligoss N.M., Kirshner C.D. et al. (2003) The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain. *Journal of nursing scholarship*, third quarter p.237-241.
- Lorenzo C, Serrano-Rios M, Martinez-Larrad MT, et al. Central adiposity determines prevalence differences of the metabolic syndrome. *Obes Res*. 2003; 11:1480-1487.
- Newcomer J W., Haupt D W. The Metabolic effects of antipsychotic medications. *Canadian journal of psychiatry*; Jul 2006; 51,8 p.480-491.
- Newcomer J W. Metabolic risk during antipsychotic treatment. *Clinical Therapeutics*.2004 vol. 26, no. 12, Dec;26 (12): 1936-1946.
- Newcomer J W. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 2005; 19 Suppl 1 :1-93. Review.
- Mahajan, R., Wong, C.X. (2021) Obesity and Metabolic Syndrome in Atrial Fibrillation Cardiac and Noncardiac Adipose Tissue in Atrial Fibrillation. *Card Electrophysiol Clin* 13 (2021) 77–86 <https://doi.org/10.1016/j.ccep.2020.11.006> 1877-9182/21/ 2020 Elsevier Inc. All rights reserved.
- OIIQ, (2012) Le syndrome métabolique Précurseur de diabète et de maladies cardiovasculaires. [Perspective infirmière](#), Vol.09, no03.
https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2012_vol9_no03/11SyndromeMetabolique.pdf
- Poulin Marie-Josée, Cortese L., Williams R. Atypical antipsychotics in psychiatric practice: practical implications for clinical monitoring. *Canadian journal Psychiatry*, 2005, Vol 50, no 9, August, 555-562.
- Poulin Marie-Josée, Chaput J-P., L., Simard V., et al. Management of antipsychotics-induced weight gain: prospective naturalistic study of the effectiveness of a supervised exercise program. *The royal Australian and New Zealand college of psychiatrists*. 2007 Vol 41, 980-989.
- Ridker PM, Wilson PWF, Grundy SM. Should C-reactive protein be added to metabolic syndrome and to assessment of global cardiovascular risk? *Circulation* 2004; 109:2818-2825.
- Steinberger J, Daniels SR, Eckel RH, et al. AHA scientific statement: progress and challenges in metabolic syndrome in children and adolescents. *Circulation* 2009; 119:628-647.
- Semchuk WM. Syndrome métabolique Soupeser les options. Une leçon gratuite de formation continue. 2005, Nov. Fc1- fc 6.
- Tan, O. a , Jiang O.a , Li, W. b , Song, S. ,Leng, H. (2021) Metabolic syndrome and osteoarthritis: Possible mechanisms and management strategies. *Medicine in Novel Technology and Devices* 9 (2021) 100052

- Tschoner A., Engl J., Kaser S., et al. Metabolic side effects of antipsychotic medication. Int Journal of practice. 2007 August 61, 8, 1356-1370. Review article
- Usher K., Foster K., Park T. (2006) The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. Journal of psychiatric and mental health nursing, 13, 730-734.
- Vachon A., Lefebvre J. Traitement des dyslipidémies (1^{re} partie) Québec pharmacie mars 2007 vol. 54 n 3 p.31- 37.
www.monportailpharmacie.ca.
- Van Namen M., Prendergast L., Peiris C. (2019) Supervised lifestyle intervention for people with metabolic syndrome improves outcomes and reduces individual risk factors of metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis. Metabolism Clinical and experimental. #101, 1-19.
- Vega, G.L., Wang, J., Grundy, S.M. (2021) Utility of metabolic syndrome as a risk enhancing factor in decision of statin use. Journal of Clinical Lipidology, publication January 31, 2021.
- Voyer, Philippe (2013) Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. 2^{ième} édition, ERPI, chap. 1, p.1-11.
- Wang, G., Zhang, D., Liu, H., Yang, T., Liang, Q., Wang, J. (2021) Water soluble dietary fiber from walnut meal as a prebiotic in preventing metabolic syndrome. Journal of Functional Foods 78 (2021) 104358
- Wang, H., Lee, K, Liu M., Portincasa, P. and Wang, D.Q. (2020) Novel Insights into the Pathogenesis and Management of the Metabolic Syndrome. Pediatric Gastroenterol Hepatol Nutr. 2020 May;23(3):189-230
<https://doi.org/10.5223/pghn.2020.23.3.189> pISSN 2234-8646·eISSN 2234-8840

Références sur le diabète

- Bell A. Diabet Voice 2009;54(2):11-4. Available: <http://www.diabetesvoice.org/en/articles/the-aboriginal-diabetes-initiative-tackling-type-2-diabetes-in-canada>.
 - *Pour l'alimentation*
 - www.votrepoidssante.ca
 - www.Profilan.ca
 - www.5to10aday.com
 - www.plaisirslaitiers.ca
 - www.cpma.ca
- Bennett C, et al. Diabet Med 2007;24:333-43.
- Fowler M. Clin Diabetes 2008;26(2):77-82. Available: <http://clinical.diabetesjournals.org/content/26/2/77.full.pdf+html>.
- Government of Canada gives Canadians tools to help detect diabetes risk [News release]. Health Canada, 2009. Available: http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2009/2009_0318-eng.php.
- Harris, S, et al. Diabet Res Clin Pract 2005; 70:90-97.
- Rollins G. Clin Lab News 2008; 34 (12) Available: <http://www.aacc.org/publications/clin/2008/december/Pages/CovStory1Dec08.aspx>.

- Picard A. Experts call for simplified diabetes diagnosis. Globe and Mail 9 A.D. Jun 5. Available: <http://www.theglobeandmail.com/news/national/experts-call-for-simplified-diabetes-diagnosis/article1171117/>.
- Waugh N, et al. Health Tech Assess 2007;11(17) Available: <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1117.pdf>Ajouter à mes fichiers.
- Wilson S, et al. BMC Health Serv Res 2009;9(41).
- www.extenso.org Sites Internet d'intérêt sur l'activité physique et l'alimentation :
 - ACTI-MENU : www.actimenu.ca
 - Défi Santé : www.defisante530.ca
 - Kino-Québec : www.kino-quebec.qc.ca
 - Ministère de la Santé et Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca
 - Sports Québec : www.sportsquebec.com
 - Vélo Québec : www.velo.qc.ca
 - Diabète Québec : www.diabete.qc.ca
 - www.passeportsanté.net/fr: calcul IMC et Risque selon tour de taille

Les troubles de la personnalité chez la personne âgée : mieux les comprendre et mieux intervenir

Louis Diguier, PhD, professeur titulaire, École de psychologie, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

La personnalité est au cœur de l'identité humaine et du fonctionnement relationnel et global de toute personne. Elle est en fait l'interface avec laquelle une personne fait face aux événements, situations, relations et changements de vie qui peuvent survenir. Elle est aussi étroitement liée à l'ensemble des troubles mentaux et affectifs, tant et si bien que la comorbidité entre les troubles de la personnalité et les autres troubles mentaux est plutôt la norme que l'exception. Dans ce contexte, il est pertinent de réfléchir au rôle de la personnalité dans le parcours de la personne âgée, comment la personnalité normale et la personnalité pathologique vont interagir avec les changements liés au vieillissement, aux plans physique, cognitif, affectif, relationnel et au plan de l'autonomie. Intervenir auprès d'une personne, qu'elle soit âgée ou non, c'est toujours interagir avec sa personnalité, et donc il est important de reconnaître les caractéristiques de sa personnalité, voire ses pathologies, pour mieux intervenir et assurer une meilleure prise en charge à tous ces différents plans.

LES BUTS DE LA FORMATION

Acquérir ou mettre à jour les connaissances et habilités cliniques pour reconnaître les aspects de la personnalité qui peuvent interagir avec l'intervention psychosociale, en particulier les aspects pathologiques, voire les troubles de la personnalité. Revoir les données actuelles sur l'épidémiologie et l'évolution des troubles de la personnalité, les principaux troubles (limite, dépendant, passif-agressif) et comment ils peuvent interférer avec la relation d'aide de tout intervenant.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse à tout(e) professionnel(le) (intervenants psychosociaux ou de la santé) qui intervient auprès de personnes âgées, surtout auprès de celles qui présentent encore une certaine autonomie ou encore une perte légère d'autonomie.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de lire l'article suivant : Amad, A. Personnalité normale et pathologique au cours du vieillissement : diagnostic, évolution, et prise en charge. L'Encéphale, 2013, Volume 39, Numéro 5, pp. 374-382 disponible à l'adresse suivante : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S00137006120022>

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 – 10 h	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire la personnalité et ses troubles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que la personnalité normale ? • Et la personnalité pathologique ? • Pathologie de la relation à soi et à autrui 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé • Exemples cliniques • Échanges avec les participants 	
10 h – 10 h 15	Pause			
10 h 15 – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les différentes classifications et définitions des troubles de la personnalité 	<ul style="list-style-type: none"> • Les dix principaux troubles du DSM-5, et en particulier les troubles limite, dépendant et passif-agressif • Particularités de ces troubles chez les personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé • Exemples cliniques (sur vidéo ou dossiers) • Échanges avec les participants 	Exercices d'identification de caractéristiques diagnostiques
12 h – 13 h	Dîner			

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
13 h – 14 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer des troubles de la personnalité et ses comorbidités • Déterminer la relation des troubles de personnalité avec les autres troubles ou conditions du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Quelques protocoles standards • Évaluation clinique • Impressions diagnostiques rapides 		Exercices d'identification de caractéristiques diagnostiques
14 h 45 – 15 h	Pause			
15 h – 16 h 15	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenir avec la personne ayant un trouble de la personnalité. Traiter la personne avec un trouble, ou traiter le trouble ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Principes de base qui balisent la prise en compte de la personnalité dans l'intervention sur d'autres troubles • Possibilités d'intervention sur les troubles eux-mêmes • Relation d'aide, psychothérapie, pharmacothérapie • Traitabilité et pronostic : fixer des objectifs réalistes 		
16 h 15 – 16 h 30	Conclusion et échange			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Abdurrahman, M., Hategan, A. (2015). Etiology and Epidemiological Correlates of Borderline Personality Disorder in Older Adults. In Hategan, A., Bourgeois, J. A., Xiong, G. L. (Eds). *Borderline personality disorder in older adults: Emphasis on care in institutional settings*. Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers, xix, 158 pp.
- Amad, A., Geoffroy, G., Vaiva, G., & Thomas, P. (2013). Personnalité normale et pathologique au cours du vieillissement: diagnostic, évolution et prise en charge. *L'Encéphale*, 39, 374-382.
- Balasubramaniam, M. (2018). Rational suicide in elderly adults: A clinician's perspective. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(5), 998–1001. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1111/jgs.15263>
- Balsis, S., Segal, D., & Donau, C. (2009). Revising the Personality Disorder Diagnostic Criteria for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth Edition (DSM-V): Consider the Later Life Context. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79, 452-460.
- Del Corno, F., & Kiosses, D. N. (2018). The PDM-2 perspective on later life. *Psychoanalytic Psychology*, 35(3), 346-350.
- Di Lorito, C., Völm, B., & Dening, T. (2018). Psychiatric disorders among older prisoners: A systematic review and comparison study against older people in the community. *Aging & Mental Health*, 22(1), 1-10.
- Diguier, L. (2015). La psychologie de la personnalité : normalité et psychopathologie. In S. Grondin (Éd.). *La psychologie au quotidien. Volume 2. Québec : Presses de l'Université Laval*.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 561–573. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Escourrou, Emile , Herault, Mickael , Gdoura, Samy , Stillmunkés, André , Oustric, Stéphane , & Chicoulaa, Bruno. Becoming frail: A major turning point in patients' life course. *Family Practice*, Vol 36(2), Apr 2019, 231-236. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1093/fampra/cmy043>
- Gleason, M. E. J., Powers, A. D., & Oltmanns, T. F. (2012). The enduring impact of borderline personality pathology: Risk for threatening life events in later middle-age. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 447–457.
- Gleason, M. E. J., Weinstein, Y., Balsis, S., & Oltmanns, T. F. (2013). The enduring impact of maladaptive personality traits on relationship quality and health in later life. *Journal of Personality*, 82, 493-501.
- Gonzatti, V., Argimon, I. I. d. L., Esteves, C. S., Irigaray, T. Q., Oliveira, C. R. d., & Moret-Tatay, C. (2017). Personality factors in the elderly: The relationship between cognitive functioning and depressive symptoms. *Avaliação Psicológica*, 16(2), 187-195.
- Heintz, H. L., Freedberg, A. L., & Harper, D. G. (2021). Dependent personality in depressed older adults: A case report and systematic review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 34(5), 445–453. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1177/0891988720933361>

- Hylton, J., Seritan, A. L.. (2015). Personality and aging. In Hategan, A., Bourgeois, J. A., Xiong, G. L. (Ed). (2015). *Borderline personality disorder in older adults: Emphasis on care in institutional settings.*, (pp. 15-22). Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers, xix, 158 pp.
- King JP, Gojmerac CB, McNeely HE. Psychological Assessment of Borderline Personality Disorder in Geriatric Patients. In: *Borderline Personality Disorder in Older Adults: Emphasis on Care in Institutional Settings*. New York: Nova Science Publishers, 2015.
- Kulacaoglu, Filiz , Kose, Samet. Singing under the impulsiveness: Impulsivity in psychiatric disorders. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, Vol 28(2), Jun 2018, 205-210. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1080/24750573.2017.1410329>
- Jahn DR, Poindexter EK, Cukrowicz KC. Personality disorder traits, risk factors, and suicide ideation among older adults. *Int Psychogeriatr* 2015;27(11):1785–94.
- Mattar S, Khan, F Personality disorders in older adults: diagnosis and management *Progress in Neurology and Psychiatry I* Vol. 21 Iss. 2 2017.
- Meusel, L.-A., McKinnon, M., Bieling, P. J. (2015). Geriatric borderline personality disorder in the era of the DSM-5 and ICD-11. In Hategan, A., Bourgeois, J. A., Xiong, G. L. (Eds). *Borderline personality disorder in older adults: Emphasis on care in institutional settings.*, (pp. 131-138). Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers, xix, 158 pp.
- Newton-Howes G, Clark LA, Chanen A (2015) Personality disorder across the life course. *Lancet* 385: 727–734.
- Pierron-Robinet, G. (2017). Veuvage, dépression et crise suicidaire chez le sujet âgé [Widowhood, depression and suicidal crisis in the elderly]. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(101), 307-313.
- Patel, Pankaj C. , Reid, Shane W. , & Wolfe, Marcus T. Self-employment, depression, and older individuals: A cross-country study. *Journal of Affective Disorders*, Vol 265, Mar 15 , 2020, 175-184. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1016/j.jad.2020.01.067>
- Reynolds, K., Pietrzak, R. H., El-Gabalawy, R., Mackenzie, C S., & Sareen, J. (2015). Prevalence of psychiatric disorders in U.S. older adults: findings from a nationally representative survey, *World Psychiatry*, 14, 74-81.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., & Ronowsky, E. (2006). *Personality disorders and older adults. Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Wiley.
- Segal, D. L., Gottschling, J., Marty, M., Meyer, W. J., Coolidge, F. (2015) Relationships among depressive, passive-aggressive, sadistic and self-defeating personality disorder features with suicidal ideation and reasons for living among older adults. *Aging & Mental Health*, Vol 19(12), 1071-1077.
- Shabalin, V. (2018). Psychology and psychopathology of the elderly. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(1), 62–67. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1080/17542863.2017.1394022>
- Sher, L. Suicide in the elderly: An underappreciated and understudied issue. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol 138(5), Nov 2018, 486. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1111/acps.12968>
- Silk, K. R. & Feurino III, L. (2012). Pharmacology of personality disorders. In T. A. Widiger (Ed.). *The Oxford handbook of personality disorders*, 713-726. New York: Oxford University Press.

- Stone, L. E., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2021). The “lost” personality disorders and their relationships to the alternative model of personality disorders among older adults. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1024/1662-9647/a000266>
- Stone, L. E., Segal, D. L., & Noel, O. R. (2021). Psychometric evaluation of the Levels of Personality Functioning Scale—Brief Form 2.0 among older adults. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(6), 526–533. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1037/per0000413>
- Szücs, A., Szanto, K., Wright, A. G. C., & Dombrovski, A. Y. (2020). Personality of late- and early-onset elderly suicide attempters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1002/gps.5254>
- Szücs, Anna , Szanto, Katalin , Aubry, Jean-Michel , & Dombrovski, Alexandre Y. Personality and suicidal behavior in old age: A systematic literature review. *Frontiers in Psychiatry*, Vol 9, May 7 , 2018, Article 128. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.3389/fpsy.2018.00128>
- Van Alphen, S.P. J., Derken, J. J. L., Sadavoy, J., & Rosowsky, E. (2012). Features and challenges of personality disorders in late life. *Aging & Mental Health*, 16, 805-810.
- Veideler, A. C., Sebastiaan P., van Alphen, J., van Royen, R. J., van der Feltz-Cornelis, C., Rossi, G. & Arntz, A (2017). Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study. *Aging and Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1318260>
- Wu, A., & Francois, D. (2021). Personality disorders in late life: An update. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000261>
- Zullo, L., Clark, C., Gholam, M., Castelao, E., von Gunten, A., Preisig, M., & Popp, J. (2021). Factors associated with subjective cognitive decline in dementia-free older adults—a population-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1002/gps.5509>
- Zurek, O., Stanton, L., & Kohn, R. (2018). Sociopathy, antisocial personality, and directed aggression in the geriatric population. In J. C. Holzer, R. Kohn, J. M. Ellison, & P. R. Recupero (Eds.), *Geriatric forensic psychiatry: Principles and practice* (pp. 191-197). New York, NY, US: Oxford University Press.

Aptitude à consentir à un soin, prendre soin de sa personne et administrer ses biens: enjeux à considérer et évaluation clinique

Dominique Giroux, erg. PhD, professeur titulaire, Faculté de médecine de l'Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population au Québec a un impact important sur la pratique des professionnels de la santé et des services sociaux. Le profil de la clientèle auprès de laquelle ils oeuvrent a beaucoup changé et les personnes âgées se retrouvent maintenant dans la majorité des secteurs de pratique. Cette situation a un impact sur les intervenants et sur leurs responsabilités professionnelles. D'abord, la pratique auprès des personnes atteintes de déficits cognitifs oblige les professionnels de la santé et des services sociaux à se questionner sur leur aptitude à consentir lorsqu'ils leur proposent un soin. De plus, les intervenants sont appelés de plus en plus fréquemment à documenter l'aptitude des personnes âgées et les risques associés à leur situation de vie. La responsabilité de procéder à l'évaluation de l'aptitude légale des personnes âgées ne repose pas sur les professionnels de la santé et des services sociaux, car cette décision doit être prise par un juriste. Par contre, l'étape de l'évaluation clinique de l'aptitude est nécessaire afin de permettre aux instances légales de déterminer l'aptitude. Aussi, bien qu'il ne soit pas toujours nécessaire d'amorcer des démarches légales, il est tout de même indispensable d'en déterminer la pertinence.

Cette formation permettra aux participants de comprendre les aspects éthiques, juridiques et cliniques qui sont en jeu lors de l'évaluation de l'aptitude des personnes âgées présentant des atteintes cognitives. Les notions d'aptitude à consentir à un soin, à prendre soin de sa personne et à administrer ses biens seront définies pour bien les distinguer. Les éléments à évaluer pour déterminer l'aptitude à consentir à un soin seront présentés. Par ailleurs, une démarche d'évaluation interdisciplinaire de l'aptitude à prendre soin de sa personne et à gérer ses biens tenant compte des aspects éthiques, juridiques et cliniques sera présentée. Enfin, le projet de Loi 21 et l'impact sur la pratique des différents professionnels au regard de l'évaluation de l'aptitude seront aussi discutés.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de définir les notions d'aptitude et de consentement aux soins. Les enjeux éthiques, juridiques et cliniques liés à l'évaluation de l'aptitude seront présentés aux participants des démarches d'évaluation clinique seront proposées.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux professionnels de la santé appelés à documenter l'aptitude des personnes âgées à consentir à un soin, à prendre soin de leur personne et à administrer leurs biens.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants de...

- Décrire une situation complexe au regard de l'évaluation de l'aptitude qu'ils ont vécue, les questions soulevées et défis rencontrés
- Décrire leur rôle spécifique propre à leur profession au regard de l'évaluation de l'aptitude (consentement aux soins et aptitude à la personne et aux biens)
- Consulter les documents pertinents en lien avec les thèmes abordés dans ce cours (modules 2 et 5 particulièrement) disponibles sur le site du Curateur public du Québec via ce lien: <http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/reseau-sante/cahier-information.html>

PLAN DE LA JOURNÉE

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
8 h 30 – 8 h 40	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil et présentation des objectifs et des participants 			
8 h 40 – 10 h	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du consentement aux soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Description des soins nécessitant le consentement (intervention médicale; niveau de soin, mesure de contrôle, hébergement) • Critères d'évaluation pour déterminer l'aptitude à consentir • Consentement substitué • Situations d'urgence • Intervention du tribunal • Refus catégorique 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs • Discussions en groupe • Quiz sur le consentement aux soins 	
10 h – 10 h 15	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les différents concepts : aptitude; droits civils; capacité légale 	<ul style="list-style-type: none"> • Évolution du concept d'aptitude • Définition des concepts 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
		<ul style="list-style-type: none"> • Description des enjeux éthiques et juridiques pertinents 		
10 h 15 – 10 h 30	Pause			
10 h 30 – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les normativités en jeu en présence d'un questionnaire sur l'aptitude 	<ul style="list-style-type: none"> • Législation entourant l'évaluation de l'inaptitude • Loi 21 et impact sur les pratiques cliniques et le partage des rôles • Données probantes les plus récentes sur les meilleurs pratiques au regard de l'évaluation de l'inaptitude 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs • Discussions 	
12 h – 13 h	Dîner			
13 h – 13 h 10	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire la situation actuelle au regard de l'évaluation clinique de l'aptitude et définition du concept d'aptitude 	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiques sur la situation actuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs 	
13 h 10 – 14 h 30	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure lors de l'ouverture d'un régime de protection • Démarche d'évaluation clinique de l'aptitude 	<ul style="list-style-type: none"> • Description de la procédure pour la déclaration de l'inaptitude légale 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs • Discussions en équipe 	

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"> Description des mesures de protection 		
14 h 30 – 14 h 45	Pause			
14 h 45 – 15 h 45	<ul style="list-style-type: none"> Suite 	<ul style="list-style-type: none"> Description des différentes étapes à évaluer pour déterminer l'aptitude légale à prendre soin de sa personne et à administrer ses biens 	<ul style="list-style-type: none"> Suite 	
15 h 45 – 16 h 15	<ul style="list-style-type: none"> Expliquer les enjeux éthiques et décrire une démarche réflexive pour soutenir la prise de décision en équipe 	<ul style="list-style-type: none"> Discussion sur l'apport du dialogue éthique en présence de dilemmes Description d'une démarche réflexive éthique 	<ul style="list-style-type: none"> Exposés interactifs • Discussion à partir du vécu des participants lié aux enjeux éthiques 	
16 h 15 – 16 h 30	<ul style="list-style-type: none"> Conclusion et échanges 		Évaluation	

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2006). *La garde de la personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui: Guide d'application*. Montréal, QC: La direction des communications de l'AQESSS.
- Axson, S. A., et al. (2019). Evaluating nurse understanding and participation in the informed consent process. *Nursing Ethics* 26(4): 1050-1061.
- Barrak, Y., Léger-Riopel, N., (2017). Peut-on concilier réalité et enjeux éthiques, juridiques et scientifiques dans le processus d'évaluation médicale de l'inaptitude des personnes. *Revue canadienne du Barreau canadien*. 95, 413-457.
- Bærøe K. (2010). Patient autonomy, assessment of competence and surrogate decision-making: A call for reasonableness in deciding for others. *Bioethics*, 24, 87-95.
- Beaudry M. (2010). *Les critères qui guident le jugement professionnel de l'intervenant social dans l'évaluation de l'inaptitude de la personne âgée*. Sherbrooke: Université de Sherbrooke.
- Boldt, J., (2019). The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. *Philosophy, ethics and humanities in medicine*. 14(6).
- Brémault-Philips, S., Pike, A., Charles, L., Roduta-Roberts, M., Mitra, A., Friesen, S., Moulton, L., Parmar, J. (2018). Facilitating implementation of the Decision-Making Capacity Assessment (DMCA) Model : senior leadership perspectives on the use of the National Implementation Research Network (NIRN) Model and frameworks. *BNC research Notes*, 11, 607. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3714-x>
- Canuel, C.; Couturier, Y., Beaulieu, M., (2010). Le rôle des proches dans le processus de détermination de l'inaptitude de la personne âgée en perte d'autonomie du point de vue des professionnels. *Enfances, Familles, Générations*, 13, 97 – 115.
- 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
- Collège des médecins du Québec et Barreau du Québec. (2018). *Le médecin et le consentement aux soins*. Montréal, septembre. 79 p.
- Culo S. (2011). Risk assessment and intervention for vulnerable older adults. *BC medical journal*, 53, 421-5.
- Darby, R.R. Dickerson, B.C. (2017). Dementia, decision making and capacity. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(6), 270-278. doi: 10.1097/HRP.000000000000163.
- Douglas, A.M., Letts, L.J., Richardson, J.A., Eva, K.W. (2013). Validity of pre-discharge measures for predicting time to harm in older adults. *Canadian journal on occupational therapy*, 80, 19-27.
- Fetherstonhaubh, D., McAuliffe, L, Bauer, M., Shanley, C. (2017). Decision-making on behalf of people living with dementia: how do surrogate decision-makers decide? *Journal of Medical Ethics*, 43(1).
- Geneau, D. (2005). Évaluation clinique de l'inaptitude chez la personne âgée. *Objectif Prévention*, 28(4): 20-21.

- Giroux, D., Vallée, C., Provencher, V., Delli Colli, N., Poulin, V., Giguère, A., Careau, E. Carignan, M., (2019). A computerized and innovative tool go guide interdisciplinary assessment : Exploring the feasibility of the implementation of the Competency Assessment Tool (CAT). *Informatics for Health and Social Care*. DOI: [10.1080/17538157.2019.1656211](https://doi.org/10.1080/17538157.2019.1656211) (Facteur d'impact: 1,137)
- Giroux, D., Vallée, C., Provencher, V., Delli Colli, N., Poulin, V., Giguère, A., Careau, E. Carignan, M., (2019). A computerized and innovative tool go guide interdisciplinary assessment : Exploring the feasibility of the implementation of the Competency Assessment Tool (CAT). *Informatics for Health and Social Care*. DOI: [10.1080/17538157.2019.1656211](https://doi.org/10.1080/17538157.2019.1656211) (Facteur d'impact: 1,137)
- Giroux, D., Carignan, M. (2018). Personne âgée atteinte de démence : Vécu des proches aidants lorsque le besoin de protection est envisagé. *Enfance, Familles, Générations*. En ligne], 29 | 2018, mis en ligne le 15 mai 2018. URL : <http://journals.openedition.org/efg/1918>
- Giroux, D. (2015). L'évaluation clinique de l'inaptitude par les professionnels de la santé et des services sociaux : Un défi comportant de nombreux enjeux! Dans Service de la formation continue du Barreau du Québec, La protection des personnes vulnérables. (393, 35-59). Montréal, QC; Les Éditions Yvon Blais.
- Giroux, D., Stibre, D. (2015). Validation de l'Outil d'Évaluation de l'Aptitude (PÉA) : Une étude Delphi. *Canadian Journal on Aging*. 34(4), 1-8.
- Giroux, D., Tétreault, S., Landry, M-P. (2015). Evaluating adult's competency: Application of the Competency Assessment Process (CAP). *International Journal of Alzheimer's Disease*. Volume 2015. Article ID 753873, 7 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/753873>
- Giroux, D. et M. Carignan. (2015). «Évaluation clinique de l'inaptitude: Quels sont les principaux enjeux?», dans Expériences en ergothérapie (28^e série), sous la dir. de M. H. Izard, Montpellier, FR., Sauramps médical.
- Giroux, D., Tétreault, S., Langlois, L. (2013). Évaluation de l'aptitude d'une personne âgée atteinte de déficits cognitifs à prendre soin de sa personne et à gérer ses biens : outils et méthodes disponibles. *Canadian Journal on Aging*. 32(4), 1-17.
- Giroux, D., Tétreault, S., Langlois, L. (2012). Présentation d'un modèle décisionnel concernant l'aptitude d'une personne âgée atteinte de déficits cognitifs à gérer sa personne et ses biens. *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*. 19(186), 224-236.
- Grisso, T., Borum, R., Edens, J., Moye, J., et Otto, R. (2003). *Evaluating competency: Forensic assessments and instruments*. New York, NJ: Springer Science & Business Media.
- Gross AL, Rebok GW, Unverzagt FW, Sherry LW, 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, 129-46.
- Hegde S, Ellajosyula R. (2016). Capacity issues and decision-making in dementia. *Annals of Indian Acadademy of Neurology*, 19(5), 34-39.

- Lai, J., Karlawish J. (2007). Assessing the capacity to make everyday decisions: a guide for clinicians and an agenda for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(2),101-111. Consulté le 3 janvier 2013, sur http://www.uphs.upenn.edu/adc/pdf/ACED%20Packet_final.pdf.
- Le Curateur Public du Québec (2010). Le point sur le consentement aux soins. *Le Point*, 9(2), 1-8. sur <http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/reseau-sante/point/index.html>.
- Lee, G. P. (2013). Expanding Neuropsychology’s Assessment Net: Functional Capacity Evaluations to Assist Courts in Deciding Competency and Guardianship. *The Clinical Neuropsychologist*, 27(7), 1218–1220, <http://dx.doi.org/10.1080/13854046.2013.810857>
- Loi modifiant le Code des professions et d’autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, L.R.Q., Chapitre 28 C.F.R. (2009).
- Macciocchi, S. N., 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.
- Marson, D. (2001). Loss of financial competency in dementia: Conceptual and empirical approaches. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 8(3): 164-181.
- Marson, D.C., Moye, J., (2007) Empirical studies of capacity in older adults: Finding clarity amidst complexity. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B(1), P18-P19.
- McSwiggan, S., Meares, S., Porter, M. (2016). Decision-making capacity evaluation in adult guardianship: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 28(3), 373–384. doi:10.1017/S1041610215001490
- Moye, J., Marson, D.C. (2007). Assessment of decision-making capacity in older adults: An emerging area of practice and research. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 62B(1), p3-p11.
- Naik, A.D., Teal, C.R., Pavlik, V.N., Dyer, C.B., McCullough, L.B. (2008). Conceptual challenges and practical approaches to screening capacity for self-care and protection in vulnerable older adults. *Journal of American Geriatric Society*. 56 (S2), S266-S270.
- Newberry AM, Pachet AK. (2008). An innovative framework for psychosocial assessment in complex mental capacity evaluations. *Psychology, Health & Medicine*, 13, 438-49.
- Office des professions du Québec (2012). *Le projet de Loi 21: Guide explicatif*.
- Provencher V, Demers L, Gélinas I, Gagnon L. (2012). Impact of familiar and unfamiliar settings on cooking task assessments in frail older adults with poor and preserved executive functions. *International Psychogeriatrics*, 24, 775-83.
- Qualls, S.H., Smyer, M.A. (2007). *Changes in decision-making capacity in older adults*. Hoboken, NJ. John Wiley & Sons.
- Ramsdell JW, Jackson E, Harold JBG, Renvall MJ. (2004). Comparison of clinic-based home assessment to a home visit in demented elderly patients. *Alzheimer disease and associated disorders*, 18, 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.
- Roy, V., Carignan, M., Giroux, D. (2017). Validation of the Competency Assessment Tool (CAT). *Journal of Aging and Geriatric Psychiatry*. 1(1), 9-15.
- Ruchinkas RA. (2005). Risk assessment as an integral aspect of capacity evaluations. *Rehabilitation psychology*, 50, 197-2001.
- Sabat, S.R. (2005), Capacity for decision-making in Alzheimer’s disease: selfhood, positioning and semiotic people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 39, 1030-1035.
- Spreng, R.N., Karlawish, J., Marson, D.C. (2016). Cognitive, social, and neural determinants of diminished decision-making and financial exploitation risk in aging and dementia: A review and new model. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 28(4-5). 320-344.
- Tremblay, M., Vallée, C., Carignan, M., Provencher, V., Delli Colli, N., Poulin, V., Giguère, A., Careau, E., à ti, P.J. Giroux, D. (2018). Design and implementation of the Competency Assessment Tool : User experience considerations. *Informatics for Health and Social Care*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17538157.2018.1550414>
- Verma S, Silberfeld M. (1997). Approaches to capacity and competency: The Canadian view. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 35-46.
- Widera E, Steenpass V, Marson D, Sudore R. (2011). Finances in the older patient with cognitive impairment: “He didn't want me to take over”. *Journal of the American Medical Association*, 305, 698-706.
- Woods, B., & Pratt, R., (2005). Awareness in dementia: Ethical and legal issues in relation to people with dementia. *Aging and Mental Health*, 9(5), 423-429.

Formation continue
Formation de 7 h

Soutien à domicile et gestion des risques

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

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Les professionnels de la santé et des services sociaux sont confrontés régulièrement à des situations complexes nécessitant de juger des risques associés à la situation de vie de la personne en perte d'autonomie. Aussi, la volonté gouvernementale de privilégier le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie augmente parfois la complexité de la planification du congé de l'hôpital de celles-ci. De plus, cela a pour conséquence de hausser les demandes adressées aux intervenants œuvrant à domicile qui interviennent 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. Enfin, la capacité de la personne en perte d'autonomie à comprendre les risques liés à sa situation de vie doit aussi être considérée.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de mieux outiller les professionnels de la santé et des services sociaux (PSSS) œuvrant auprès des personnes en perte d'autonomie en vue du retour à domicile ou pour favoriser le maintien 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. L'évaluation de la capacité de la personne à comprendre sa situation et à consentir aux soins sera aussi abordée. Enfin, différents outils disponibles pour soutenir l'évaluation seront présentés et des stratégies pour juger le degré de risque et aider la prise de décision seront abordées.

CLIENTÈLE CIBLE

Cette formation s'adresse aux professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant auprès d'une clientèle demeurant à domicile.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants de lire l'article suivant : Clarke, C & Mantle, R 2016, « Using risk management to promote person-centred dementia care », Nursing Standard, vol. 30, no. 28, pp. 41-46. DOI: 10.7748/ns.30.28.41.s47, disponible à l'adresse suivante :

https://www.research.ed.ac.uk/portal/files/23006910/N_Standard_Risk_Management_v_17_7_15.pdf

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 du PSSS lors de l'évaluation et la gestion des risques	<ul style="list-style-type: none">• Notion de risque et de préjudice possible ou probable• Clarification de la notion « gestion des risques »	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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
		<ul style="list-style-type: none"> • Validité prédictive de certains outils • Identification des normativités en cause et influençant la décision (juridiques, éthiques, administratives) • 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"> • Évaluation du consentement aux soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Description des soins nécessitant le consentement (intervention médicale; niveau de soin, mesure de contrôle, hébergement) • Critères d'évaluation pour déterminer l'aptitude à consentir 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs et discussions en groupe Quiz sur le consentement aux soins • Exercices à partir de 3 vignettes cliniques 	
10 h 15 – 10 h 30	Pause			
10 h 30 – 10 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Obtention du consentement substitué 	<ul style="list-style-type: none"> • Consentement substitué • Situations d'urgence • Intervention du tribunal • Refus catégorique 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs et discussions en groupe 	
10 h 45 – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> • Estimer les risques liés au maintien à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • Démarche permettant d'identifier les risques et 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion à partir d'une mise en situation à résoudre 	

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
	d'une personne ayant des incapacités	leur impact sur la personne évaluée <ul style="list-style-type: none"> • 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	
12 h – 13 h	Dîner			
13 h – 13 h 30	• Déterminer les facteurs pouvant influencer le niveau de risques	• Facteurs importants à prendre en considération • Rôle des proches	• Échanges interactifs	
13 h 30 – 13 h 45	• Dépister les personnes âgées à risques de maltraitance	• Situation actuelle en lien avec cette réalité • Définition des types de maltraitance • Outils et ressources disponibles pour dépister les personnes victimes ou à risque de maltraitance	• Exposés interactifs et échanges	
13 h 45 – 15 h	• Déterminer les risques pour la santé et l'intégrité physique de la personne	• 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	• Exposés interactifs, échanges	

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
		<ul style="list-style-type: none"> • 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 		
15 h – 15 h 15	Pause			
15 h 15 – 16 h 15	<ul style="list-style-type: none"> • Exercice sur l'évaluation des risques 	<ul style="list-style-type: none"> • À partir d'une situation clinique présentée, les participants seront appelés à identifier les risques et à estimer leur 		
16 h 15 – 16 h 30	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusion et échanges 		<i>Évaluation</i>	

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., Wiggett, 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/rfre.v6n1.135

- Lee, L., Hilier, 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 Medecine 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 pression 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., Quénech'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 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.
- 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.
- Waring J, Marshall F, Bishop S, Sahota O, Walker M, Currie G, et al. An ethnographic study of knowledge sharing across the boundaries between care processes, services and organisations: the contributions to 'safe' hospital discharge. *Health Serv Deliv Res* 2014;2(29).
- 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

L'utilisation thérapeutique de l'activité adaptée auprès d'aînés atteints de troubles cognitifs

Dominique Giroux, erg. PhD, professeur titulaire, Faculté de médecine de l'Université Laval
Amélie Paquet, erg. M.erg., chargée d'enseignement à la Faculté de médecine de l'Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Les modèles de soins à préconiser auprès d'une clientèle présentant des troubles neurocognitifs ont bien évolué dans les dernières décennies. Alors que le modèle biomédical s'attardait au départ aux atteintes neurologiques, déficits de même qu'aux caractéristiques de la maladie, les soins étaient davantage orientés sur la tâche plutôt que la personne. Puis, la littérature a démontré qu'une compréhension des besoins uniques de chaque individu est essentielle pour la mise en place d'interventions adaptées et bénéfiques (Ducak, Denton et Elliot, 2018). La perspective de l'aîné et la connaissance de ses intérêts, forces et limites sont des aspects cruciaux reliés au bien-être et à la dignité, des éléments qui sont au premier plan dans les orientations ministérielles selon une approche adaptée à la personne âgée.

Les personnes âgées aux prises avec un trouble neurocognitif majeur hébergées passent une grande majorité de leur temps seules et inactives. À tort, leurs capacités fonctionnelles sont souvent sous-estimées, ce qui amène une privation occupationnelle, et donc un manque d'opportunité de se réaliser à travers des activités signifiantes et de vivre des contacts sociaux satisfaisants. Ceci a un impact important sur leur bien-être, et peut même déclencher l'apparition de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (Cohen-Mansfield, 2001). La privation occupationnelle amène une diminution du sentiment de compétence, de même qu'une atteinte à l'identité de la personne, et donc des répercussions sur la santé mentale et globale. Le schème des incapacités cognitives, bien connu des ergothérapeutes, propose l'évaluation des capacités fonctionnelles de la personne âgée dans le contexte des occupations et cible des interventions adaptées aux capacités résiduelles, tout en considérant les impacts environnementaux. Plusieurs approches utilisant l'activité adaptée comme le « Tailored activity program » et « l'approche Montessori », présentant des principes similaires ont été étudiées et ont démontré des résultats positifs en ce qui concerne notamment l'amélioration de la qualité de vie des aînés et de leurs proches et une amélioration de l'autonomie fonctionnelle

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'outiller les participants dans l'élaboration et la mise en place d'activités à visée thérapeutique permettant le maintien des capacités résiduelles des aînés présentant des troubles neurocognitifs majeurs, et donc, une amélioration de leur possibilité d'engagement occupationnel. Les participants auront la chance de pouvoir explorer le potentiel thérapeutique des occupations et adapter celles-ci aux capacités de leur clientèle tout en en considérant l'impact des facteurs environnementaux.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation interdisciplinaire vise tous les professionnels de la santé travaillant avec des personnes âgées désireuses de conserver Cette formation s'adresse aux intervenants impliqués dans la mise en place d'activités à visée thérapeutique ou de loisirs pour les personnes âgées présentant des troubles neurocognitifs majeurs. Il peut s'agir notamment d'ergothérapeutes, de récréologues, d'éducateurs spécialisés, de techniciens en loisirs, de préposées aux bénéficiaires, etc.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, les formatrices demandent aux participants de préparer un cas clinique à partir de leur expérience, sur lequel ils pourront s'investir au cours de la formation.

PLAN DE LA JOURNEE

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	<ul style="list-style-type: none">▪ Accueil et présentation des objectifs et des participants			
8 h 45 – 9 h 30	<ul style="list-style-type: none">▪ Expliquer les difficultés des personnes aux prises avec des troubles	<ul style="list-style-type: none">▪ Présentation sur les principaux TNC et les difficultés associées.	<ul style="list-style-type: none">▪ Exposés interactifs, vidéos, exemples cliniques	<i>Quiz sur les connaissances préalables</i>

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
	neurocognitifs majeurs et leur impact sur le fonctionnement et le bien-être	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interpréter les comportements des personnes avec des TNC et leur origine 		
9 h 30 – 10 h 15	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expliquer l'influence de l'environnement et des activités sur le fonctionnement, les comportements et le bien-être des personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présentations de modèles d'analyse des comportements (modèle des besoins non-satisfaits; modèle de la vulnérabilité environnementale et du seuil limite de stress (Reduced stress-Threshold model) ▪ Discussion sur le pouvoir de l'occupation (activités thérapeutiques vs non thérapeutiques) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs, échanges 	
10 h 15 – 10 h 30	Pause			
10 h 30 – 11 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expliquer l'influence de l'environnement et des activités sur le fonctionnement, les comportements et le bien-être des personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'adaptation de l'environnement physique et social aux capacités, aux besoins et aux intérêts de la personne ▪ Adaptation à un nouveau milieu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs, mises en situation 	
11 h 30 – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planifier des activités thérapeutiques (Choix, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation du schème des incapacités cognitives pour guider l'intervention 	<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 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
	adaptation et mise en œuvre)	auprès d'une personne avec un TNC		
12 h – 13 h	Dîner			
13 h – 14 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planifier des activités thérapeutiques (Choix, adaptation et mise en œuvre) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse de l'exigence d'une activité dans un environnement donné ▪ Approche relationnelle favorisant la participation ▪ Différentes approches connexes au schème des incapacités cognitives ▪ Montessori : Pourquoi? Qu'est-ce que ça apporte de plus? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs, discussions en équipe. 	
14 h 30 – 14 h 45	Pause			
14 h 45 – 15 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planifier des activités thérapeutiques (Choix, adaptation et mise en œuvre) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Différentes approches connexes au schème des incapacités cognitives ▪ Montessori (suite) <ul style="list-style-type: none"> • Principes • Développement d'activités répondant aux principes Montessori ▪ Autres types de programmes pour favoriser l'engagement occupation- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs, mises en situation, discussions en équipe 	Travail à partir d'une vidéo Planification d'une activité pour le cas clinique apporté en formation.

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
		nel, le maintien de l'identité, le bien-être et la qualité de vie (p.e. Tailored activity program)		
15 h 30 – 16 h 15	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimiser le potentiel des proches aidants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présentation de moyens permettant d'outiller les aidants pour qu'ils puissent utiliser l'activité avec leur proche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif 	
16 h 15 – 16 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conclusion et échange 			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- 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 Disease*, 11 (6), 10-19.
- Bennett, S., Laver, K., Voigt-Radloff, S., Letts, L., Clemson, L., Graff, M., Wiseman, J., & Gitlin, L. (2019). Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *Bmj Open*, 9(11), 026308. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026308>
- Booth, S., Zizzo, G., Robertson, J., & Goodwin, S. I. (2020). Positive interactive engagement (pie): a pilot qualitative case study evaluation of a person-centred dementia care programme based on montessori principles. *Dementia (London, England)*, 19(4), 975–991. <https://doi.org/10.1177/1471301218792144>
- Camp, C. J. (2001). From efficacy to effectiveness to diffusion: Making the transitions in dementia intervention research. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3-4), 495-517.
- Camp, C. J., Judge, K. S., Bye, C. A., Fox, K. M., Bowden, J., Bell, M., . . . Mattern, J. M. (1997). An intergenerational program for persons with dementia using Montessori methods. *Gerontologist*, 37(5), 688-692.
- Camp, C. J., & Spry, K. M. (2000). Montessori-based intergenerational programming for dementia: Effects on engagement and affect. *Neurobiology of Aging*, 21, 62-62.
- Camp, C. J., Vance, D, Kabacoff, M., Greenwalt, L. (1996). Montessori methods: Innovative interventions for adults with Alzheimer's disease. *Montessori Life*, 10, 12-13.
- Carsone Smith, B. et D'Amico, M. (2020). Sensory-based interventions for adults with dementia and Alzheimer's disease: A scoping review. *Occupational Therapy In Health Care*, 34(3), 171-201.
- Charlot, V. (2007). Mieux comprendre les besoins des personnes atteintes de démence. *La revue de l'aide et des soins à domicile*, 113, 17-18.
- Cline, J. (2006). Montessori-based dementia care. *The Kansas nurse*, 81(9), 14.
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia - A review, summary, and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(4), 361-381.
- Cohen-Mansfield, J., Jensen, B., Resnick, B., & Norris, M. (2012). Knowledge of and attitudes toward nonpharmacological interventions for treatment of behavior symptoms associated with dementia: A Comparison of physicians, psychologists, and nurse practitioners. *Gerontologist*, 52(1), 34-45.
- Cole, M. B., & Tufano, R. (2020). Allen's cognitive levels frame of reference. Dans M.B.Cole et R. Tufano (dir.), *Applied theories in occupational therapy: A practical approach (2^e éd., p.239-261)*. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Daly, L., Fahey-McCarthy, E. et Timmins, F. (2019). The experience of spirituality from the perspective of people living with dementia: A systematic review and meta-synthesis. *Dementia*, 8(2), 448-470.
- Douglas, N., Brush, J. et Bourgeois, M. (2018). Person-centered, skilled services using a Montessori approach for persons with dementia. *Seminars in speech and language*, 35 (3), 223-230.

- Ducak, K. Denton, M. et Elliot, G. (2018). Implementing Montessori methods for dementia in Ontario long-term care homes: Recreation staff and multidisciplinary consultant's perceptions of policy and practices issues. *Dementia*, 17(1), 5-33. DOI: 10.1177/1471301215625342
- Du Toit, S.H., Shen, X. et McGrath, M. (2019). Meaningful engagement and person-centered residential dementia care: A critical interpretive synthesis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(5), 343-355.
- Eron, K., Kohnert, L., Watters, A., Logan, C., Weisner-Rose, M. et Mehler, P.S. (2020). Weighted blanket use: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 74 (2), 1-14, <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.037358>
- Erkes, J., Camp, C.J., Raffard, S. Gély-Nargeot, M-C. et Bayard, S. (2017). Assessment of capabilities in persons with advanced stage of dementia: Validation of the Montessori assessment system (MAS). *Dementia*, 0(0), 1-18. DOI:10,1177/1471301217729533
- Eustache-Vallée, M.L., Laisney, M., Juskenaite, A., Letortu, O., Platel, H., Eustache, F. et Desgranges, B. (2017). Le sentiment d'identité au stade sévère de la maladie d'Alzheimer: une observation clinique. *Annales médico-psychologique*, 175(1), 756-762
- Eustache, F., Viard, A. et Desgranges, B. (2016). The MNESIS model: Memory systems and processes, identity and future thinking. *Neuropsychologia*, 87(1), 96-109.
- Eustache-Vallée, M.L., Laisney, M., Juskenaite, A., Letortu, O., Platel, H., Eustache, F. et Desgranges, B. (2017). Le sentiment d'identité au stade sévère de la maladie d'Alzheimer: une observation clinique. *Annales médico-psychologique*, 175(1), 756-762
- Erkes, J., Camp, C.J., Raffard, S. Gély-Nargeot, M-C. et Bayard, S. (2017). Assessment of capabilities in persons with advanced stage of dementia: Validation of the Montessori assessment system (MAS). *Dementia*, 0(0), 1-18. DOI:10,1177/1471301217729533
- Gueyraud, C., Anaut, M., Hedont-Hartmann, S., Krolak-Salmon, P., (2017). Jeu et maladie d'Alzheimer, pour une intervention psychosociale. *Gérontologie et société*, 39(3), 149-164.
- Gueyraud, C., Denormandie, P., Anaut, M., Bathsavanis, A., Krolak-Salmon, P., (2016). Jeu et maladie d'Alzheimer: le cadre ludique dans la prise en charge de la démence. *Empan*, 102, 116-122. DOI : 10.3917/empa.102.0116
- Giroux, D., Robichaud, L., & Paradis, M. (2010). Using the Montessori approach for a clientele with cognitive impairments: A quasi-experimental study design. *International Journal of Aging and Human Development*, 71(1), 23-41.
- Gozali, T., & Jarrott, S. (2002). Montessori-based activities for persons with dementia: Effects on engagement and affect in a small group setting. *Gerontologist*, 42, 146-146.
- Hitzig, S. L. Sheppard, C. L. (2017). Montessori Methods for Dementia: A Scoping Review. *The Gerontologist*, 57(5), 1758-5341. DOI : 10.1093/geront/gnw147
- Jakob, A. & Collier, L. (2017) Sensory enrichment for people living with dementia: increasing the benefits of multisensory environments in dementia care through design. *Design for Health*, 1 (1), 115-133, Doi: 10.1080/24735132.2017.1296274

- Lee, M. M., Camp, C. J., & Malone, M. L. (2007). Effects of intergenerational Montessori-based activities programming on engagement of nursing home residents with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 2(3), 477-483.
- Legere, L.E., McNeill, S., Schindel Martin, L., Acor, M., An, D. (2018). Nonpharmacological approaches for behavioral and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 1360-1376, doi: 10.1111/jocn.14007
- Lin, L.-c., Huang, Y.-j., Watson, R., Wu, S.-c., & Lee, Y.-c. (2011). Using a Montessori method to increase eating ability for institutionalised residents with dementia: A crossover design. *Journal of Clinical Nursing*, 20(21-22), 3092-3101. 3092-3101. doi: 10,0000/j.1365-2702,2011,03858.x
- Liu, W., Galik, E., Boltz, M., Nahm, E.-S. & Resnick, B. (2015). Optimizing eating performance for older adults with dementia living in long-term care: A systematic review. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 12 (4), 228-235.
- Marx, K.A., Scott, J.B. et Piersol, C.V. (2019). Tailored activities to reduce neuropsychiatric behaviors in persons with dementia: Case report. *The American Journal of Occupational Therapy*, 73(2), 1-9.
- Meyer, C. et O'Keefe, F. (2020). Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews. *Dementia*, 19(6), 1927-1954 doi: 10.1177/1471301218813234
- Möhler, R., Renom, A., Renom, H., & Meyer, G. (2020). Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in community settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010515.pub2>
- Morgan-Brown, M., Ormerod, M., Newton, R., Manley, D. (2011) An exploration of occupation in nursing home residents with dementia. *British Journal of Occupational Therapy*. 74 (5), 217-225
- Montessori, M. (1992). *L'esprit absorbant de l'enfant* (Desclée de Brouwer ed.): Desclée de Brouwer.
- Nomura, M., Makimoto, K., Kato, M., Shiba, T., Matsuura, C., Shigenobu, K., . . . Ikeda, M. (2009). Empowering older people with early dementia and family caregivers: A participatory action research study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 431-441.
- Orsulic-jeras, S., Judge, K. S., & Camp, C. J. (2000). Montessori-based activities for long-term care residents with advanced dementia: Effects on engagement and affect. *Gerontologist*, 40(1), 107-120.
- Regier, N.G. Hodgson, N.A. et Gitlin, L.N. (2017). Characteristics of activities for persons with dementia at mild, moderate and severe stages. *The Gerontologist*, 57(5), 987-997. doi:10.1093/geront/gnw133
- Scales, K., Zimmerman, S. et Miller, S.J. (2018). Evidence-based nonpharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia. *The Gerontologist*, 58(1), 88-102.
- Sheppard, C.L., McArthur, C. & Hitzig, S.L. (2016). A systematic review of Montessori-Based activities for persons with dementia. *Journal of Post-acute and Long-term Care Medicine*, 17(2), 117-122. doi: 10.1016/j.jamda.2015.10.006

- Smith, B.C. & D'amico, M. (2019). Sensory-based interventions for adults with dementia and Alzheimer's disease: A scoping review. *Occupational therapy in health care*. Doi: 10.1080/07380577.2019.1608488
- Van Haitsma, K., & Ruckdeschel, K. (2001). Special care for dementia in nursing homes: Overview of innovations in programs and activities. *Alzheimer's Care Quarterly*, 2(3), 49-56.

Délirium : prévenir, détecter, intervenir

Mireille Guillemette, inf.B.éd. formatrice et auteure, enseignante, Mire Formation Conseil inc.

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population, les maladies chroniques et la comorbidité sont aujourd'hui la source de troubles de santé importants, souvent méconnus, parmi lesquels figure le délirium. Il s'agit d'un trouble neuropsychiatrique assez fréquent chez la personne âgée en perte d'autonomie ou présentant plusieurs fragilités physiques et cognitives.

Le syndrome du délirium est important en gériatrie. Il est souvent la pointe de l'iceberg d'un problème de santé aigu et se présente comme un syndrome atypique d'une maladie grave comme la pneumonie ou l'infarctus du myocarde ou encore d'une multitude de symptômes qui dégradent l'état de santé de la personne âgée.

Ce syndrome a des conséquences importantes pour la personne atteinte. La perte d'autonomie et les séquelles cognitives à long terme augmentent la durée de séjour dans les établissements et les coûts des soins. D'où l'importance de dépister rapidement ce syndrome quand on sait que seulement une faible partie est détectée par les cliniciens.

Cette formation fera un bilan des dernières connaissances scientifiques et des résultats de plusieurs recherches réalisées au cours des dernières années. La prévalence du délirium, ses facteurs prédisposants et la façon de le détecter sont au centre de cette formation. Comment décrire ce syndrome avec précision et surtout fournir un vocabulaire sans équivoque pour évaluer l'état mental chez la personne âgée constitue un autre aspect important de cette formation sur le syndrome du délirium en gériatrie.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de détecter le délirium par la reconnaissance rapide de ses manifestations cliniques les plus importantes et de ses sous-syndromes.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux infirmières et infirmiers ainsi qu'à toutes les personnes impliquées dans les soins à l'aîné.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants de visionner la formation pour utiliser l'outil RADAR https://www.youtube.com/watch?v=7ytGymRNCUw&list=PLDeZyroxJyARCFQ3x1BB9p9T0iw1p_ipm&index=3

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 15	<ul style="list-style-type: none">Reconnaître la situation actuelle	<ul style="list-style-type: none">Définition du déliriumAmpleur du problèmeConséquences (chute, fugue, pneumonie d'aspiration, etc.)Facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none">PrésentationExposé interactifMise en situation	<i>Vidéo témoignage</i>
9 h 15 – 10 h	<ul style="list-style-type: none">Distinguer le vieillissement normal des manifestations anormales	<ul style="list-style-type: none">Vieillesse normaleManifestations cliniques du délirium et de ses sous-syndromesCauses les plus fréquentesLa prévention appliquée par l'équipe	<ul style="list-style-type: none">Exposés interactifsDiscussionÉtudes de cas	

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
		de soin, les proches et les bénévoles		
10 h – 10 h 15	Pause			
10 h 15 – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévoir la survenue et connaître les particularités de l'évaluation de l'état mental chez l'aîné 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Détection du délirium : <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les aînés à risque • Identifier les facteurs de risque individuels • Mettre en place les interventions thérapeutiques ▪ Évaluation de l'état mental : <ul style="list-style-type: none"> • Les composantes de l'état mental • Les symptômes du délirium • Les types de délirium 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif ▪ Études de cas ▪ Démonstrations 	<i>Présentation d'un programme de prévention</i>
12 h – 13 h	Dîner			
13 h – 14 h 45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaître les instruments de mesure adaptés à chaque milieu clinique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation des instruments de mesure pour détecter, évaluer et effectuer un suivi clinique sécuritaire : <ul style="list-style-type: none"> • CAM • MEEM • 4At 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démonstrations ▪ Études des différents instruments de mesure ▪ Études de cas ▪ Mise en situation 	<i>Vidéos démonstratifs</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
		• RADAR		
14 h 45 – 15 h	Pause			
14 h 30 – 16 h 20	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suite ▪ Sélectionner les interventions visant à prévenir et réduire les conséquences du délirium 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Milieu de soins palliatifs ▪ Spécificités de la fin de vie ▪ Faire plus de bien que de tort ▪ Interventions individuelles et sur l'environnement ▪ Traitements non pharmacologiques et pharmacologiques ▪ Rôle des proches aidants et des bénévoles ▪ Documentation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif ▪ Études de cas ▪ Présentation du document de référence pour les proches (P. Voyer, CIUSSSCN) 	
16 h 20 – 16 h 30	Conclusion et échange			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- AGS Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adult, American Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults, 2014
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al; American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2013
- Beauchamps, Yvon, Le délirium dans les maladies terminales, Palli-Science, 2018.
- Bush, Shirley H, et al, Quality of clinical practice guidelines in delirium: a systematic appraisal, Evidence based practice Research
- Canadian Patient Safety Institute, Delirium, march 2019, repéré à <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Delirium.aspx>
- Delisle, Sandra, Le delirium en soins palliatifs, Maison Victor Gadbois, 2018.
- Fouin, Camille et al., Effet de fréquence et d'âge d'acquisition dans une tâche de fluence verbale chez des francophones atteints de la maladie d'Alzheimer et des personnes âgées saines, Congrès Mondial de Linguistique Française – CMLF 2014 SHS Web of Conferences
- Gage L & Hogan DB. (2014). 2014 CCSMH Guideline Update: The Assessment and Treatment of Delirium. Toronto: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH), www.ccsmh.ca.
- Gesin G, Russell BB, Lin AP, Norton HJ, Evans SL, Devlin JW. Impact of a delirium screening tool and multifaceted education on nurses' knowledge of delirium and ability to evaluate it correctly. *Am J Crit Care.* 2012
- Gleason, J., et al., Effect of delirium and other major complications on outcomes after elective surgery in older adults, JAMA surgery, dec. 2015.
- Hawkins, M. Et Al., A rapid review of the pathoetiology, presentation, and management of delirium in adults with COVID-19, Elsevier février 2020, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110350>
- Jarvis, Carolyn, L'examen clinique et l'évaluation de la santé, 2e éd., 2015, Chenelière
- Kalish, V.,B., md, National Capitol Consortium, Delirium in older persons:Evaluation and management, Aug. 2014
- Kamdar BB, Yang J, King LM, et al. Developing, implementing, and evaluating a multifaceted quality improvement intervention to promote sleep in an ICU. *Am J Med Qual.* 2014
- Katarzyna Kotfis et Al., COVID-19: What do we need to know about ICU delirium during the SARS-CoV-2 pandemic? *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2020, DOI: 10.5114/ait.2020.95164
- Le grand livre des soins palliatifs, Quelques syndromes paranéoplasiques et métaboliques responsables de délirium, Palli-Science, https://palli-science.com/content/quelques-syndromes-paraneoplasiques-et-metaboliques_derniere_consultation_janvier_2021
- Makhzoum, J., Makhzoum, J.-P., Le délirium Chaz la personne âgée, Québec Pharmacie, Vol. 59, No 8, novembre 2012
- Marcantonio, Edward, Delirium in hospitalized older adults, clinical practice, New England Journal of Medicine, oct 2017

- Morendi, Alessandro et al. Visual and Hearing Impairment Are Associated With Delirium in Hospitalized Patients: Results of a Multisite Prevalence Study, *Journal of the American Medical Directors Association*, 2020
- Morendi, Alessandro et al., Understanding Factors Associated With Psychomotor Subtypes of Delirium in Older Inpatients With Dementia, *Journal of the American Medical Directors Association* Volume 21, Issue 4, April 2020, Pages 486-492.e7
- Raoux, N., et al, Fluences verbales sémantiques et littérales : normes en population générale chez des sujets âgés de 70 ans et plus issus de la cohorte PAQUID, *Revue Neurologique*, Volume 166, Issues 6–7, June–July 2010
- Rivosecchi, R., et al., Nonpharmacological Interventions to Prevent Delirium: An Evidence-Based Systematic Review, 2015 *American Association of Critical-Care Nurses*
- Robinson, T. Et al. Postoperative delirium is associated with decreased recovery of ambulation one-month after surgery, *The American Journal of Surgery*, 2020
- Stollings, J., et Al., Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Med.* DOI: 10.1007/s00134-021-06503-1, 2021, aug, 16.
- Tiegés, Z., Quinn, T., MacKenzie, L. et al. Correction to: Association between components of the delirium syndrome and outcomes in hospitalised adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 21, 490 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02419-z>
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. St-Laurent (QC) : PEARSON-ERPI.
- Voyer, P. (2020). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* 3e éd. ERPI
- Voyer, P. (2017). *L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique*. 2e édition Saint-Laurent : ERPI
- Wan, Marisa, md., et al., Delirium in older adults: diagnosis, prevention and treatment, *BCMJ Medical Journal*, vol 59, no 3 , April 2017
- Zhaosheng Jin et Al., Postoperative delirium: perioperative assessment, risk reduction, and management, 2020-08-11, Epub., DOI: 10.1016/j.bja.2020.06.063

Formation continue
Formation de 7 h

Dossier médical : La nouvelle approche

Mireille Guillemette, inf.B.éd. formatrice et auteure, enseignante, Mire Formation Conseil inc.

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Rédiger des notes modernes et actuelles. Écrire moins et communiquer plus d'informations pertinentes. Fournir le vocabulaire nécessaire et identifier les termes à oublier et les remplacer par d'autres, plus pertinents. Le dossier médical doit comprendre la justification des décisions cliniques et la démonstration d'un suivi sécuritaire et personnalisé des soins effectués. Ce cours comprend aussi la méthode à utiliser lors de l'examen clinique et comment documenter la contribution à l'évaluation de l'état de santé de la personne.

Plusieurs mises en situation touchant l'aîné permettront la formulation de notes d'évolution démontrant l'évaluation et la surveillance clinique dans différents contextes : santé cardiaque, santé respiratoire, santé mentale (délirium, dépression, SCPD) et des problématiques reliées au vieillissement (chute, douleur, dysphagie, symptômes atypiques et situations complexes).

Cette formation est dynamique et interactive. Plusieurs exemples seront utilisés (entre autres sur l'administration de médicaments PRN, le protocole de détresse respiratoire, la modification de l'état mental, les nouveaux symptômes, le suivi post-chute, le refus de soins et le consentement, les plaintes, le rapport incident-accident, etc.), avec exercices pratiques et échanges.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de formuler des notes d'évolution de qualité qui démontrent l'excellence des soins prodigués et du suivi clinique effectué.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation vise en particulier les infirmières et infirmiers, les infirmières et infirmiers auxiliaires, enseignants et personnel cadre. Tous les professionnels de la santé sont invités à participer à cette formation.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation la formatrice demande aux participants de visionner « Pour une vision commune des notes au dossier dans la pratique infirmière », présentation de Philippe Voyer : <https://www.youtube.com/watch?v=WdLlgrSTW5I>

PLAN DE LA JOURNÉE

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
8 h 30 – 9 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser le défi professionnel d'une rédaction rigoureuse des notes au dossier 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'obligation légale du dossier médical ▪ Les lois encadrant la rédaction du dossier la confidentialité et le secret professionnel ▪ Consentement et refus de soins ▪ Les liens avec le PTI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test de connaissances préalables ▪ Exposé interactif ▪ Mise en situation ▪ Discussion sur les enjeux éthiques et les obligations légales 	
9 h 30 – 10 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir ce qu'est une note d'évolution 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contenu d'une note d'évolution montrant l'évaluation, le suivi sécuritaire, la justification des décisions clinique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif ▪ Mises en situation ▪ Quiz... qui dit vrai? 	
10 h – 10 h 15	Pause			
10 h 15 – 11 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Écrire des notes conformes aux exigences déontologiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Code de déontologie ▪ Actes réservés ▪ Prescription infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Études de cas ▪ Exposé interactif 	
11 h – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formuler des notes d'évolution de qualité et sans équivoque sur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les éléments d'une note d'évolution de qualité: 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Études de cas ▪ Exposé interactif ▪ Mises en situation 	

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
	l'excellence des soins prodigués et du suivi clinique	claire, concise, ponctuelle et centrée sur la personne <ul style="list-style-type: none"> ▪ Termes à oublier et ceux à privilégier pour décrire les soins précis et personnalisés prodigués au client ▪ Noter un soin particulier ▪ Noter les étapes particulières de l'épisode de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quiz... trouver les erreurs ▪ Quiz... corriger cette note 	
12 h – 13 h	Dîner			
13 h – 14 h 15	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer les principes de rédaction des notes d'évolution selon les nouveaux standards de qualité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consignes générales de rédaction ▪ Abréviations dangereuses ▪ Correction d'erreur ▪ Note de tiers ▪ Processus de plainte ▪ Demande de correction réclamée par le client 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Études de cas ▪ Exposé interactif ▪ Mises en situation ▪ Quiz.... qui dit vrai 	
14 h 15 – 14 h 30	Pause			
14 h 30 – 16 h 20	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Écrire des notes d'évolution suivant une nouvelle approche fondée sur l'excellence du suivi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les données probantes ▪ Évaluation de l'état de santé physique et mentale (évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Études de cas reliées au plan thérapeutique infirmier Exposé interactif 	<i>Vidéo démontrant l'anamnèse, suivi d'un exercice pratique</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
	clinique et de l'évaluation de l'état de santé	initiale et évaluation continue) ▪ Méthode à utiliser lors d'un examen clinique et/ou de la contribution à l'évaluation de l'état de santé	▪ Études de cas : la note de l'infirmière auxiliaire et la note d'évolution de l'infirmière.	<i>Vidéos concernant un changement de l'état mental suivi d'un exercice pratique</i>
16 h 20 – 16 h 30	Conclusion et échange			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Amyot, Alice, Ma petite mémoire 4e édition, éd.Plume au vent, 2003
- Amziane, Sonia, Le dossier médical de l'infirmière en pratique privée, (2002) 32 R.D.U.S., article, Université Sherbrooke, 2002
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada, 2015. Repéré à <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/cadre-de-pratique-des-infirmieres-et-infirmiers-au-canada.pdf?la=fr>
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), Guide de gestion de l'urgence, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 200
- Agrément Canada, Livret sur les pratiques organisationnelles requises 2014, p.10
- AQESSS, Méthodes de soins infirmiers, 2014
- Avis conjoint, L'infirmière auxiliaire peut-elle administrer un médicament au besoin (PRN) de manière autonome?, OIIQ-OIIAQ, février 2019
- Brassard Y. (2013). Apprendre à rédiger des notes d'évolution au dossier. Volume 1 et 2. Loze-Dion éditeur.
- Bulletin de l'ISMP Canada, Éliminer l'utilisation dangereuse d'abréviations, de symboles, et de certaines inscriptions numériques <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2006-04.pdf>
- Beauvais,L. Et al., Communauté de pratique des conseillères en soins infirmiers de l'AQIISM, Notes de l'infirmière à l'admission et au transfert d'unité, 2008
- Bélanger, M.-C. Et al., CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal, Guide Tenue et gestion du dossier de l'utilisateur par les travailleurs sociaux excellent en groupe de médecine de famille (GMF), janvier 2016
- Brulé, Mario et Cloutier, Lyne, L'examen clinique dans la pratique infirmière, éd.ERPI, 2002
- Cadieux, Bernard, La note tardive : oui, mais quand et comment ? Revue L'inhalo • vol. 33, no 4 • janvier 2017
- Cadieux, Bernard, La note professionnelle au dossier, pour qui, pour quoi ?, OPIQ, chronique déontologique, Revue l'inhalo Vol. 33, No 2 • juillet 2016
- Cullen, Véronique md, Abréviations de médecine, Collège des médecins de famille du Canada, CMFC, 2017
- Cadieux, B. La note professionnelle au dossier: pour qui, pour quoi?, L'inhalo, Vol.33, No 2, juillet 2016
- Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, MSSS, 2015
- Chainé, L. et al., Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ), Guide des normes sur la tenue des dossiers et cabinets de consultation, 2007
- Chapados, C. et al., Savoir consigner ses notes d'observation au dossier, Perspective infirmière, janvier/février 2012, pp 45-49.
- Collège des médecins, La pratique médicale en soins de longue durée, Guide d'exercice 2015

- Cournoyer-Proulx, Magali, La note professionnelle au dossier, pour qui, pour quoi ? Encadrement juridique, OPIQ, chronique déontologique, Revue l'inhalo • Vol. 33, No 3, octobre 2016
- CSSS-IUGS, Gestion des dossiers des usagers, Directive DIR-DSPPM-08, 2014
- Code de déontologie des infirmières et infirmiers, OIIQ, Repéré à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/oiiq-code-deontologie.pdf/dcac917b-c471-7699-62aa-9fa4062cdda4>
- Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, OIIAQ, Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20153.1/>
- Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec, OIIAQ, Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20167/>
- Collège des médecins du Québec, (2017), Les ordonnances collectives 05/2017 Guide d'exercice
- College of Registered Nurses of Nova Scotia, Documentation Guidelines for Nurses, Repéré à : <https://crnns.ca/publication/documentation-guidelines-for-nurses/>
- College of Registered Nurses of Manitoba, Documentation Guidelines for Registered Nurses Repéré à : <https://www.crnmb.ca/uploads/ck/files/Documentation%20Guidelines%20for%20Nurses%20-%20web%20version.pdf>
- Comité national des archives de la santé et des services sociaux (CNASSS), Recueil des règles de conservation des documents des établissements de santé et de services sociaux du Québec, Bibliothèque et archives Nationales du Québec, décembre 2018
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, aide-mémoire relatif à la tenue du dossier de l'utilisateur par les travailleurs sociaux exerçant en groupe de médecine de famille (GMF), 2017
- CIUSSS Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Abréviations approuvées par le CMDP, repéré à <https://ciusssmcq.ca/informations/sigle-et-acronyme/>, dernière consultation février 2020
- Collège des médecins du Québec avec la collaboration du Barreau du Québec, Guide d'exercice la médecine d'expertise, l'évaluation médicale, éd. Direction des communications et des affaires publiques, juin 2021
- Constantinescu, C. et al. The Predictive Role of Modified Early Warning Score in 174 Hematological Patients at the Point of Transfer to the Intensive Care Unit, Journal of Clinical Medicine, 10.3390/jcm10204766, 10, 20, (4766), (2021).
- CSSS de Gatineau, Direction des soins infirmiers et pratiques professionnelles, Règle de soins infirmiers : Double vérification indépendante lors de la préparation de médicaments de risque ou de niveau d'alerte élevé, mars 2002
- D'Anjou, Hélène, dir. des services juridiques OIIQ, Avis concernant la signature des notes d'évolution rédigées par les étudiantes, les externes ou les candidates, 2005
- Deshaies C. et al., Lignes directrices, L'exercice infirmier en santé communautaire, Soutien à domicile, 2e édition, OIIQ, 2010, Repéré à : https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/295LD_doc.pdf
- Douville, F., et al. Entre pluralité et unicité : réflexion sur le concept de surveillance clinique en sciences infirmières, L'infirmière clinicienne, vol. 14, no. 1, 2017, <https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/>
- Doyon, O., Longpré, S., (2016), Évaluation clinique d'une personne symptomatique, Éd. Pearson

- Everett-Thomas, R., et Al., Using virtual simulation and electronic health records to assess student nurses' documentation and critical thinking skills, Nurse Education Today, Volume 99, April 2021
- Fortier, Dominique, À propos de la tenue des dossiers de vaccination, Perspectives infirmières Volume 12, No 4, sept.oct.2015
- Guide d'exercice, L'accès aux renseignements personnels contenus dans le dossier médical constitué par le médecin exerçant en cabinet, Collège des médecins du Québec, 2007
- Guide d'exercice, La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier, Collège des médecins du Québec, 2013
- Guillemette, Mireille, DOSSIER MÉDICAL GUIDE DE RÉDACTION POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, Mire Formation Conseil inc., 2019 ISBN 978-2-9818651-0-6
- Harvey, B. et Racine, S., Guide de rédaction des notes d'évolution à l'intention et des infirmières auxiliaires, CSSS Vieille-Capitale, mai 2013
- INESSS, Pharmacological therapy Alzheimer's disease and mix dementia, 2015
- INESSS, Usage optimal à long terme des inhibiteurs de la pompe à protons, mai 2016
- INESSS, Déprescription des antipsychotiques chez les personnes qui ont des SCPD et qui résident en CHSLD
- Jefferies, D., Johnson, M. et Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. International Journal of nursing Practice. 16,112-124.
- Jeune, Byanca, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Élaboration et mise à l'essai d'une grille d'évaluation de la qualité de documentation infirmière, novembre 2016
- Laflamme, France, Prévenir le suicide pour préserver la vie, Guide pratique de clinique, OIIQ, 2007
- Laurin, Josée, Aide-mémoire des abréviations médicales et paramédicales, éd.Guérin, 2009
- La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec, Les jugements en matière de responsabilité civile, les décisions disciplinaires et les rapports de coroners (rapports de coronerOIIQannex1.pdf)
- Le triage à l'urgence, Lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence, OIIQ, 2007, Repéré à : https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/230_doc.pdf
- Lévesque, H et al., Énoncés de principe sur la documentation des soins infirmiers, OIIQ, 2002
- Lévesque, E et Knoppers B M, La télésanté au Québec : quel est l'encadrement prévu pour la consultation vidéo?, 2019 49-1 Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke 77, 2019 CanLIIDocs 4542, <<https://canlii.ca/t/z1hw>>, consulté le 2022-02-18
- L'Homme, H.et al. , MSSS, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, Guide d'interprétation du formulaire TRAUMATOLOGIE notes d'évolution en soins infirmiers, 2011
- Les ordonnances collectives, Guide d'exercice 2017, Collège des médecins du Québec
- Loi sur les services de santé et les services sociaux. Repéré à http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2?langCont=fr#ga:l_i-gb:l_ii-h1
- Loi sur les archives. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/ cs/A-21.1>

- Loi sur la santé publique, Règlements concernant le registre de vaccination et les manifestations cliniques inhabituelles temporellement associées à une vaccination, Chapitre S-2.2,r.4, repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-2.2%2c%20r.%204>, abrogé le 17 octobre 2019
- Mayer, LeAnn DNP, RN, CNE; Xu, Dongjuan PhD, RN; Edwards, Nancy PhD, RN, APN; Bokhart, Gordon PharmD, BS A Comparison of Voice Recognition Program and Traditional Keyboard Charting for Nurse Documentation, CIN: Computers, Informatics, Nursing: February 2022 - Volume 40 - Issue 2 - p 90-94 doi: 10.1097/CIN.0000000000000793
- Ménard, Jean-Pierre, avocat, Réseau juridique du Québec, Le dossier du patient au Québec, <https://www.avocat.qc.ca/public/iidossiermedical3.htm#constitution>, dernière mise à jour 29 juin 2018
- Ménard, Jean-Pierre, Le dossier patient au Québec : Confidentialité et accès, 2012. Repéré à <https://www.avocat.qc.ca/public/iidossiermedical1.htm>, dernière consultation février 2020
- MSSS, Registre vaccination du Québec, Repéré à <http://www4.gouv.qc.ca/fr/Portail/citoyens/programme-service/Pages/Info.aspx?sqctype=sujet&sqcid=3052>
- MSSS, Liste des maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire (MADO) et signalements en santé publique, Repéré à : <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-a-declaration-obligatoire/mado/>, abrogé le 17 octobre 2019
- Normes pour la tenue de dossier, Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, 2015
- OIIAQ, Guide d'intervention de l'infirmière auxiliaire lors des chutes, 2021
- OIIQ, Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers, 2002
- OIIQ, Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers, 3e édition, 2016
- OIIQ, Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central, 2e édition, 2009
- OIIQ, Quel titre professionnel utiliser ? Chronique Actualité 9 mai 2018, repéré à <https://oiiq.org/quel-titre-utiliser->, dernière consultation 20 octobre 2019
- OIIQ, L'administration sécuritaire des médicaments, 2020, ISBN / 978-2-89229-734-8
- OPIQ, Les notes au dossier dans le secteur de l'assistance anesthésique et de la sédation analgésie — Guide de pratique, avril 2008. Repéré à : http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/01/OPIQ_Guide_TenueDossierAnesthesie_VF.pdf
- OPQ Guide d'application de l'arrêté ministériel n o 2021-003 du ministère de la Santé et des Services sociaux en date du 21 janvier 2021, COVID-19, Trousse de médicaments d'urgence en RPA et en RI, janvier 2021
- Ordre des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ), Dossier de l'utilisateur, Éléments généraux des normes de pratique, juin 2005
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, Guide de rédaction simplifiée des dossiers, repéré à <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Guide-redaction-simplifie-Tenue-des-dossiers.pdf>, dernière consultation février 2020
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice, les équipements et la cessation d'exercice des membres de l'OPPQ, Repéré à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20200.2/> mise à jour au 1^{er} décembre 2019, dernière consultation février 2020.
- Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario (OTSTTSO), Code de déontologie et manuel des normes d'exercice-deuxième édition, Dossier de travail social et de techniques de travail social, Repéré à :

- <http://www.ocswssw.org/pratique-professionnelle/code-de-deontologie-et-normes-dexercice/?lang=fr>, en vigueur 1er juillet 2008, comprend les modifications au 7 septembre 2018
- OTRO (Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario), Documentation Normes de pratique professionnelle, 2015
 - Palli-Sciences, VRCS (Victoria Respiratory Congestion Scale), Victoria Hospice society 2006.
 - Poitras, Marie-Ève et Al., Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire Dans une perspective de collaboration interprofessionnelle, MSSS, 2019
 - Potter, P. Et Perry, A., Soins infirmiers Fondements généraux, Éd. Chenelière, 2010
 - PRN Comprendre pour intervenir, Guide d'évaluation, de surveillance clinique et d'interventions infirmières, 2e édition, OIIQ, 2010
 - Registre de vaccination du Québec, consulté à www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/registre-vaccination, dernière consultation 21 octobre 2019
 - Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5,%20r.%205/>, à jour au 1er décembre 2019
 - Résidence Berthiaume du Tremblay, Notes su dossier du résident , Procédure PRO-DSH-209, Direction des services d'hébergement, 2015
 - Ricard, M., Simard, C., Commission scolaire des premières Seigneuries de Charlebourg, Lexique à l'intention des infirmières auxiliaires et infirmiers auxiliaires, Définitions, synonymes et abréviations, OIIAQ, 2005
 - Santé et services sociaux Québec, Plan de classification uniforme du MSSS, février 2011
 - Seaton PCJ, Cant RP, Trip HT. Quality indicators for a communitu-based wound care centre : An integrative review. Int Wound J. 2020 Jun ;17(3) :587-600. Doi : 10.1111/iwj.13308. Epub 2020 Feb 7. PMID : 32030879 ; PMID : PMC7949261.
 - St-Germain, Diane, Notes au dossier Guide de rédaction pour l'infirmière, éd.ERPI, 200
 - Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale, OIIQ, 2016
 - Standards de pratique de l'infirmière en santé scolaire, OIIQ, 2012
 - Thibault, Céline, Dépister la violence conjugale pour mieux la prévenir, Orientation pour la pratique infirmière, OIIQ, 2004
 - Utilisation des formulaires notes d'évolution 24 heures et notes d'évolution-hospit. Lignes directrices, CHUM, Direction des soins infirmiers, avril 2015
 - Voyer, Philippe, L'examen clinique de l'aîné Guide d'évaluation et de surveillance clinique 2e édition, éd.ERPI, 2017
 - Voyer, P. (2020). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie 3e éd. ERPI
 - Wood C, Chaboyer W, Carr P. How do nurses use early warning scoring systems to detect and act on patient deterioration to ensure patient safety? A scoping review. Int J Nurs Stud. 2019 Jun;94:166-178. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.012. Epub 2019 Mar 23.

Formation continue
Formation de 7 h

L'examen cognitif de la personne âgée

Mireille Guillemette, inf.B.éd. formatrice et auteure, enseignante, Mire Formation Conseil inc.

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Les professionnels de la santé en 1^{ère} ligne doivent connaître certains signaux d'alarmes que représentent une plainte mnésique ou encore de perte d'autonomie exprimée par les personnes à risque de déclin cognitif. Dans ce contexte, une démarche d'évaluation peut être proposée. Comme le dépistage systématique n'est pas recommandé, il faut cibler les personnes présentant ces symptômes et ouvrir le dialogue sur l'évaluation et le suivi à établir avec la personne au cœur du soin.

Ce dialogue ne peut se réduire à un simple questionnaire. L'examen de l'état mental et cognitif d'une personne âgée comporte des enjeux cliniques importants fondés sur les grands principes du consentement, du respect des droits de la personne et des réalités socioculturelles et du devoir de protection de ces personnes vulnérables. L'évaluation de la cognition est une part importante de l'évaluation fonctionnelle. Identifier toutes les composantes de l'état mental, incluant les types de mémoires, est le défi à la base de l'examen clinique pratiqué par l'infirmière. Savoir distinguer les éléments de santé normaux du vieillissement des différentes pathologies du vieillissement constitue l'essentiel de cette formation sur l'examen cognitif de la personne âgée.

La détérioration de la cognition d'une personne âgée est généralement due à l'une des trois causes suivantes : un trouble neuro cognitif, un délirium, une dépression. Cette formation présente les éléments pour identifier le détail des principaux troubles neuro cognitifs.

Identifier les conséquences du vieillissement sur la cognition et les types de mémoires. Définir les principaux TNCM (troubles neurocognitifs majeurs). Utiliser différents tests reconnus (MEEM MEEMS, Folstein, mini-cog, Mo-CA, les 5 mots de Dubois, fluence verbale, etc.) pouvant compléter l'évaluation de l'état mental par l'infirmière. Fournir aux participants des outils pour utiliser adéquatement les principaux tests servant au dépistage et au suivi de la personne atteinte d'un trouble neurocognitif.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'évaluer l'état mental d'un aîné symptomatique à l'aide de différents tests.

CLIENTÈLE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux infirmières et infirmiers. Les infirmières et infirmiers auxiliaires ainsi que les autres professionnels de la santé concernés sont aussi acceptés.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants de visionner la vidéo de formation à l'utilisation de l'outil R.A.D.A.R. <https://www.youtube.com/watch?v=7ytGymRNCUw&t=2s>, d'une durée de 30 minutes.

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 30	<ul style="list-style-type: none">▪ Distinguer les composantes de l'état mental	<ul style="list-style-type: none">▪ Présentation▪ Le fonctionnement de la mémoire▪ Les composantes de l'état mental▪ Les repères cliniques permettant de détecter un problème	<ul style="list-style-type: none">▪ Présentation▪ Exposé interactif▪ Mise en situation	
9 h 30 – 10 h	<ul style="list-style-type: none">▪ Identifier l'impact du vieillissement sur les fonctions cognitives	<ul style="list-style-type: none">▪ La plainte mnésique, en déterminer la normalité	<ul style="list-style-type: none">▪ Exposé interactif▪ Mises en situation, anamnèse et sélection d'un test cognitif	

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"> ▪ Le vieillissement normal, effet sur la cognition ▪ Indices pour distinguer les signes pathologiques 		
10 h – 10 h 15	Pause			
10 h 15 – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Différencier les principaux troubles neurocognitifs majeurs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les critères diagnostiques ▪ Les troubles cognitifs légers ▪ Les particularités gériatriques de l'examen de l'état mental ▪ TNCM de type Alzheimer ▪ TNCM de type vasculaire ▪ TNCM de type fronto-temporale ▪ TNCM de type corps de Lewy 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Études de cas ▪ Exposé interactif ▪ Exercices pratiques 	<i>Vidéos démonstratifs</i>
12 h – 13 h	Dîner			
13 h – 14 h 15	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir le jugement clinique par l'utilisation des échelles de mesure 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation cognitive à l'aide de différents tests ▪ Recommandations générales pour la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Études de cas ▪ Exposé interactif ▪ Mises en situation ▪ Démonstration et pratique 	<i>Exercices pratiques en équipe Vidéos démonstratifs</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
		passation d'un test cognitif ▪ L'examen clinique et différents tests cognitifs		
14 h 15 – 14 h 30	Pause			
14 h 30 – 15 h 15	▪ Évaluer l'état mental d'une personne en sélectionnant les meilleures échelles de mesure	▪ Test de l'horloge méthode Watson Fluence verbale Mini-Cog 5 mots de Dubois MEEM (Mini examen de l'état mental de Folstein) MEEM version CEVQ MEEMS (Mini examen de l'état mental pour cas sévère) MOCA (Montréal Cognitive Assessment) ▪ Interpréter les résultats obtenus et communiquer l'information Impacts du résultat pour la personne	▪ Démonstration ▪ Pratique des différents tests ▪ Suivi relié à la médication ▪ Suivi de l'état cognitif : grille QUOCO	<i>Vidéos démonstratifs</i>
15 h 15 – 16 h	▪ Utiliser un standard en situation de suivi	▪ L'examen clinique de suivi ▪ La surveillance et les standards de pratique	▪ Exposé interactif ▪ Mise en situation	

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
16 h – 16 h 20	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser un PTI et des notes d'évolution en lien avec l'évaluation de la condition mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situation de suivi ▪ Situation aiguë ▪ Notes au dossier, des exemples ▪ PTI, des exemples 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif ▪ Mise en situation 	
16 h 20 – 16 h 30	Conclusion et échange			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- AGS Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adult, American Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults, 2014
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al; American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2013
- Beauchamps, Yvon, Le délirium dans les maladies terminales, Palli-Science, 2018.
- Bergeron, D., Flynn, K., Verret, L., Poulin, S., Bouchard, R. W., Bocti, C., Laforce, R. J. (2017). Multicenter Validation of an MMSE-MoCA Conversion Table. *J Am Geriatr Soc*, 65(5), 1067-1072. doi:10.1111/jgs.14779
- CCCDTD, Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia. Montreal. 2008 repéré à <https://www.cmaj.ca/content/178/3/316>, dernière consultation février 2020
- Bush, Shirley H, et al, Quality of clinical practice guidelines in delirium: a systematic appraisal, Evidence based practice Research, Canadian Patient Safety Institute, Delirium, march 2019, repéré à <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Delirium.aspx>
- Colette, C., Robitaille, G., INESSS, Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs, Rapport d'évaluation des technologies de la santé, octobre 2015, mise à jour août 2017
- Douville, F., et al. Entre pluralité et unicité : réflexion sur le concept de surveillance clinique en sciences infirmières, *L'infirmière clinicienne*, vol. 14, no. 1, 2017, <https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/>
- Doyon, O., Longpré, S., (2016), Évaluation clinique d'une personne symptomatique, Éd. Pearson
- Eagles, D., et Al., Evaluation of the Ottawa 3DY as a screening tool for cognitive impairment in older emergency department patients, *The American Journal of Emergency Medicine* 20 December 2019
- Gauthier, S., et al., Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4), *Canadian Geriatrics Journal*, Published online 2012 Dec 4. doi: 10.5770/cgj.15.49
- Gage L & Hogan DB. (2014). 2014 CCSMH Guideline Update: The Assessment and Treatment of Delirium. Toronto: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH), www.ccsmh.ca.
- Gesin G, Russell BB, Lin AP, Norton HJ, Evans SL, Devlin JW. Impact of a delirium screening tool and multifaceted education on nurses' knowledge of delirium and ability to evaluate it correctly. *Am J Crit Care.* 2012
- Guichard-Gomez, Élodie, Hanh-Barma, V., Guide de diagnostic neuropsychologique : troubles neurocognitifs et comportementaux des maladies neurodégénératives, De Boeck, 2016
- Guillemette, Mireille, DOSSIER MÉDICAL GUIDE DE RÉDACTION POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, Mire Formation Conseil inc., 2019 ISBN 978-2-9818651-0-6
- Howard, h.Feldman et al. , Diagnosis and treatment of dementia: diagnosis. *Canadian Medical Association Journal*, CMAJ March 25, 2008 178 (7) 825-836; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.070798>

- Hugo, Julie MD, Ganguli, Mary, MD, Dementia and Cognitive Impairment, Epidemiology, Diagnosis and Treatment, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, August 2014
- INESSS, Fiche outil, TEST DE L'HORLOGE, octobre 2015, repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_Test_horloge.pdf
- INESSS, Fiche outil, L'ÉCHELLE MMSE échelle de statut mental, octobre 2015, repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_Echelle_MMSE.pdf
- Jarvis, Carolyn, L'examen clinique et l'évaluation de la santé, 2e édition, Chenelière, 2015
- Kalish, V.,B., md, National Capitol Consortium, Delirium in older persons:Evaluation and management, Aug. 2014
- Kamdar BB, Yang J, King LM, et al. Developing, implementing, and evaluating a multifaceted quality improvement intervention to promote sleep in an ICU. *Am J Med Qual.* 2014
- Kandasamy, D., et Al., The utility of the Montreal Cognitive Assessment in predicting need for fitness to drive evaluations in older adults, *Journal of Transport & Health* 16 March 2019
- Le grand livre des soins palliatifs, Quelques syndromes paranéoplasiques et métaboliques responsables de délirium, Palli-Science, https://palli-science.com/content/quelques-syndromes-paraneoplasiques-et-metaboliques_derniere_consultation_janvier_2021
- Maddison L. Et Al., How are combinations of physical activity, sedentary behaviour and sleep related to cognitive function in older adults? A systematic review, *Experimental Gerontology*, Volume 159, March 2022, 111698
- Makhzoum, J., Makhzoum, J.-P., Le délirium Chez la personne âgée, Québec Pharmacie, Vol. 59, No 8, novembre 2012
- Minchao, LI, et Al., Association Between the Self-reported Duration and Quality of Sleep and Cognitive Function Among Middle-aged and Older Adults in China, *Journal of Affective Disorders*, 14 February 2022
- Nicol-Clavet, Noémie, La pratique infirmière en groupe de médecine de famille dans le cadre du Plan Alzheimer Québec, Mémoire présenté à la Faculté des Lettres et des sciences humaines en vue de l'obtention du grade de maître ès arts (M.A.) en gérontologie, USherbrooke, novembre 2017
- Olanrewaju, O., et Al., Reducing sedentary behaviour and cognitive function in older people with Mild Cognitive Impairment: Results of a randomized feasibility study, *Aging and Health Research*, Volume 2, Issue 1, March 2022
- Ponsoye, M. (2019), Examen clinique et sémiologie, Interrogatoire et examen clinique-Sémiologie par appareil- Situations particulières, éd. Elsevier
- Phillips, J. Dr., Goode, S., Alzheimer, s Australia, Timely Diagnosis of Dementia: Can we do better? A report for Alzheimer's Australia, September 2011
- Rivosecchi, R., et al., Nonpharmacological Interventions to Prevent Delirium: An Evidence-Based Systematic Review, 2015 American Association of Critical-Care Nurse
- Saumur Mélanie (2016). Interventions pour soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation de la condition mentale des adultes avec trouble mental hospitalisés en soins physiques , Université de Montréal, faculté des sciences infirmières.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. St-Laurent (QC) : PEARSON-ERPI.

- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. 2e édition Saint-Laurent : ERPI
- Voyer, P. (2020). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie 3e éd. ERPI
- Wan, Marisa, md., et al., Delirium in older adults:diagnosis, prevention and treatment, BCMJ Medical Journal, vol 59, no 3 , April 2017

Formation continue
Formation de 7 h

L'examen clinique sommaire de la personne âgée

Mireille Guillemette, inf.B.éd. formatrice et auteure, enseignante, Mire Formation Conseil inc.

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

L'évaluation clinique de la personne âgée pose aujourd'hui de nombreux défis aux intervenants. La population vieillit et cela pose de nombreuses contraintes aux milieux de soins qui accueillent cette clientèle de plus en plus importante de personnes âgées souffrant de maladies chroniques et de pertes cognitives majeures. L'évaluation de l'état de santé physique et mentale de ces personnes et toutes les décisions cliniques qui en découlent doivent s'appuyer sur des données probantes dans un contexte où le vieillissement est hétérogène. Savoir reconnaître les effets normaux du vieillissement et ses manifestations physiques et mentales lors de l'examen clinique constitue en soi un défi. Et il l'est encore plus quand ces manifestations sont atypiques.

Cette formation permettra au participant :

- D'adapter l'anamnèse et l'examen clinique en tenant compte des difficultés à communiquer ou à se mobiliser.
- D'adapter la pratique au contexte actuel des soins et déterminer efficacement la gravité d'un état auprès d'une personne qui ne présente pas les symptômes habituels des manifestations cliniques courantes.
- D'adapter l'examen clinique au temps disponible en sélectionnant ce qui est le plus pertinent au niveau de l'évaluation clinique globale.

Cette formation est basée sur les enseignements de Philippe Voyer, les principales références sont ses derniers ouvrages. Les notions s'appuient sur les dernières données probantes. Des études de cas permettront aux participants d'évaluer les interventions les plus sécuritaires pour offrir un rétablissement rapide de l'état de santé.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'évaluer les manifestations cliniques chez l'ainé symptomatique dans le but d'établir un suivi clinique adapté à la gravité de ses symptômes.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux infirmières et infirmiers pratiquant auprès de personnes âgées de 65 ans et plus dans tous les milieux de soins. Les infirmier.ère.s auxiliaires sont aussi les bienvenu.e.s bien qu'une formation spécifique leur soit offerte au CEVQ.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants de visionner la vidéo PQRSTU

<https://www.youtube.com/watch?v=daLmz9b1d7Q>

Le visionnement des capsules web du professeur Philippe Voyer: 12b, 22, 31 et 34 est aussi requis

<https://www.youtube.com/channel/UCPzPWtIZMp9Odsz39AQTa6g>

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 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distinguer les particularités reliées au vieillissement normal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vieillesse normale Contexte de l'examen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif 	
9 h 30 – 10 h 15	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procéder à l'anamnèse chez un aîné symptomatique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Histoire de santé PQRSTU portant sur le malaise dominant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs. ▪ Démonstrations ▪ Mises en situations portant sur : <ul style="list-style-type: none"> • l'évaluation post-chute • un problème respiratoire • un problème cardiaque • un malaise abdominal 	<i>Vidéos situations réelles</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"> • l'évaluation de la déshydratation 	
10 h 15 – 10 h 30	Pause			
10 h 30 – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer l'état de santé en déterminant la normalité et la gravité des manifestations cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen physique (enseignement des techniques) <ul style="list-style-type: none"> • Inspection • Palpation • Auscultation ▪ Manifestations typiques et atypiques d'un problème cardiaque <ul style="list-style-type: none"> • Manifestations typiques et atypiques d'un problème pulmonaire ▪ Manifestations typiques et atypiques d'un problème abdominal <ul style="list-style-type: none"> • Manifestations typiques et atypiques d'un problème génito-urinaire ▪ Manifestations typiques et atypiques de la déshydratation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif. ▪ Vidéos démonstratifs ▪ Mises en situation portant sur : <ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation post-chute • La fonction respiratoire • La fonction cardiaque • L'abdomen ▪ Pratique en équipe 	<i>Vidéos de situations réelles</i>
12 h – 13 h	Dîner			

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
13 h – 14 h 15	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer l'état de santé en déterminant la normalité et la gravité des manifestations cliniques (SUITE) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen physique (enseignement des techniques) <ul style="list-style-type: none"> • Inspection • Palpation • Auscultation ▪ Manifestations typiques et atypiques d'un problème cardiaque ▪ Manifestations typiques et atypiques d'un problème pulmonaire ▪ Manifestations typiques et atypiques d'un problème abdominal ▪ Manifestations typiques et atypiques d'un problème génito-urinaire ▪ Manifestations typiques et atypiques de la déshydratation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif ▪ Vidéos ▪ Mises en situation portant sur : <ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation post-chute • La fonction respiratoire • La fonction cardiaque • L'abdomen ▪ Études de cas ▪ Pratique en équipe 	
14 h 15 – 14 h 30	Pause			
14 h 30 – 15 h 45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer l'état de santé en déterminant la normalité et la gravité des 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen physique (enseignement des techniques) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif ▪ Vidéos 	

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
	manifestations cliniques (SUITE)	<ul style="list-style-type: none"> • Inspection • Palpation • Auscultation ▪ Manifestations typiques et atypiques d'un problème cardiaque ▪ Manifestations typiques et atypiques d'un problème pulmonaire ▪ Manifestations typiques et atypiques d'un problème abdominal ▪ Manifestations typiques et atypiques d'un problème génito-urinaire ▪ Manifestations typiques et atypiques de la déshydratation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mises en situation portant sur : <ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation post-chute • La fonction respiratoire • La fonction cardiaque • L'abdomen ▪ Études de cas ▪ Pratique en équipe 	
15 h 45 – 16 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formuler un constat au PTI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La note au dossier Le PTI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif ▪ Écriture de notes au dossier et constat au PTI selon les mises en situation 	
16 h – 16 h 20	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sélectionner les interventions les plus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le suivi et les interventions prioritaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif ▪ Études de cas, travail en équipe 	

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
	appropriées incluant le suivi			
16 h 20 – 16 h 30	Conclusion et échange			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Agence de la santé publique du Canada, Vieillessement et maladies chroniques Profil des aînés Canadiens, déc.2020
- AQESSS, MSI, 2014, Méthode d'auscultation pulmonaire
- Brûlé M. et Cloutier L.(2002) L'examen clinique dans la pratique infirmière, ERPI
- Besdine, W.Richard, Présentations inhabituelles des maladies chez les personnes âgées, Merck Manuel, version pour les professionnels de la santé, Warren Alpert Medical School of Brown University,2016, repéré à <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/gériatrie/prise-en-charge-du-patient-gériatrique/présentations-inhabituelles-des-maladies-chez-les-personnes-âgées>
- Besdine, Richard W.MD, Warren Alpert Medical School of Brown University, Évaluation des personnes âgées, Merck Manuel, 2016
- Cloutier Lyne, Inspirez...expirez, Revue Perspective infirmière, OIIQ, 2010
- Cloutier L, Poirier L. éd. Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Montréal, Canada Société québécoise d'hypertension artérielle, 2011.
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), INSPQ ,Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée, 2014
- Constantinescu, C. et al, The Predictive Role of Modified Early Warning Score in 174 Hematological Patients at the Point of Transfer to the Intensive Care Unit, Journal of Clinical Medicine, 10.3390/jcm10204766, 10, 20, (4766), (2021).
- Coudert, M. Et al., Présentation clinique et performance de la bandelette urinaire pour le diagnostic d'infection urinaire en population gériatrique, La Revue de Médecine Interne Volume 40, Issue 11, November 2019, Pages 714-721
- Dellefield ME. Nursing Surveillance in Long-Term Care, J Gerontol Nurs. 2021 Dec;47(12):3-5. Doi:10.3928/00989134-20211109-01. Epub 2021 Dec 1. PMID: 34846254.
- Douville, F., et al. Entre pluralité et unicité : réflexion sur le concept de surveillance clinique en sciences infirmières, L'infirmière clinicienne, vol. 14, no. 1, 2017, <https://revue-infirmiereclinicienne.ugar.ca/>
- Doyon, O., Longpré, S., (2016), Évaluation clinique d'une personne symptomatique, Éd.Pearson
- Faselis, C. Et al., Loop Diuretic Prescription and Long-Term Outcomes in Heart Failure: Association Modification by Congestion, The American Journal of Medicine, janvier 2021
- Florence CS, Bergen G, Atherly A, Burns ER, Stevens JA, Drake C. Medical costs of fatal and nonfatal falls in older adults. Journal of the American Geriatrics Society 2018;66:693-8. <https://doi.org/10.1111/jgs.1530>
- Francis, D.C. et J.M. Lahaie. « Iatrogenesis: the nurse's role in preventing patient harm », in M. Boltz, E.Capezuti, T. Fulmer et D. Zwicker (ss la dir.de), Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice (4e éd.), New York (NY), Springer, 2012

- Gagnon, C., & Lafrance, M. (2011). Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique Institut national de santé publique & Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (Eds.), Repéré à https://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1241_PrevChutesPersAgeesAnalyseRecomm.pdf, dernière consultation février 2020
- Guillemette, Mireille, DOSSIER MÉDICAL GUIDE DE RÉDACTION POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, Mire Formation Conseil inc., 2019 ISBN 978-2-9818651-0-6
- Granat, C. Et al., La prescription médicamenteuse chez la personne âgée, Actualités Pharmaceutiques Volume 58, Issue 585, April 2019, Pages 42-48
- Hooper L et al., étude Cochrane 2015, Symptômes, signes et examens cliniques pour identifier une déshydratation par perte d'eau imminente ou actuelle chez les personnes âgées
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017). Infection urinaire chez l'adulte. Rapport rédigé par Fatiha Karam. Québec: INESSS.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2014). Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux d'hébergement et de soin de longue durée, rédigé par Villeneuve, Jasmin md.
- Jarvis, Carolyn, L'examen clinique et l'évaluation de la santé, 2e édition - éd. Chenelière, 2015
- Karakoumis J, et al. (2015). Emergency Presentations With Nonspecific Complaints-the Burden of Morbidity and the Spectrum of Underlying Disease: Nonspecific Complaints and Underlying Disease.
- Kellett J, Nickel CH. (2018). What are nonspecific complaints and what are their causes and outcomes? The common unknown unknowns of medicine, *European Journal of Internal medicine*, 2017, Repéré à [https://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(17\)30381-3/fulltext](https://www.ejinme.com/article/S0953-6205(17)30381-3/fulltext), dernière consultation février 2020
- Kelly, N., Winning, L., Irwin, C. et al. Periodontal status and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbations: a systematic review. *BMC Oral Health* 21, 425 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01757-z>
- Kozier, B. et al. (2005) , Soins infirmiers théorie et pratique, ERPI
- Lauzier, Madeleine, OIIQ, Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD, 2018
- OIIQ (2010), PRN comprendre pour intervenir, 2e édition
- OIIQ (2018), Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière
- Ryan, C. J., DeVan, H. A., & Johnson Zerwic, J. (2005). Typical and Atypical Symptoms. Diagnosing acute coronary syndromes accurately. *Beats & Breaths*, Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3102439/> , dernière consultation février 2020
- Plourde, P., OIIQ, Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en chsld, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016 ISBN 978-2-89229-700-3 (PDF)

- Sheikh, Fatima Nicole Brandt, Dominique Vinh, Rebecca D. Elon, Management of Chronic Pain in Nursing Homes: Navigating Challenges to Improve Person-Centered Care, Journal of the American Medical Directors Association, Volume 22, Issue 6, 2021, Pages 1199-1205, ISSN 1525-8610, <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.12.029>.
- Simo, N., Cesari, M., Tchiero, H. et al. Frailty Index, Hospital Admission and Number of Days Spent in Hospital in Nursing Home Residents: Results from the INCUR Study. J Nutr Health Aging 25, 155–159 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1561-7>
- Verloo, H., Goulet, C., Morin, D., & von Gunten, A. (2016). Association between frailty and delirium in older adult patients discharged from hospital. Clinical Interventions in Aging, Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26848261>
- Voyer Philippe (2017), L'examen clinique de l'aîné 2e édition, guide d'évaluation et de surveillance clinique, ERPI
- Voyer, P. (2021). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 3e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI.
- Voyer, P, Capsules web du professeur Philippe Voyer au www.philippevoyer.org
- Wallgren, U. M., Antonsson, V. E., Castren, M. K., & Kurland, L. (2016). Longer time to antibiotics and higher mortality among septic patients with non-specific presentations--a cross sectional study of Emergency Department patients indicating that a screening tool may improve identification. Scand J Trauma Resusc Emerg Med, 24, 1. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26733395>

Formation continue
Formation de 7 h

Soins palliatifs : accompagner la vie jusqu'à la fin

Mireille Guillemette, inf.B.éd. formatrice et auteure, enseignante, Mire Formation Conseil inc.

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le décès ou la perte d'un proche est l'expérience humaine à la fois la plus commune et la plus unique que nous aurons tous à traverser dans notre vie. Toute notre vie, nous transmettrons aux autres nos condoléances pour la perte d'un être cher sans que cela nous prépare vraiment à supporter le départ de l'un des nôtres. Et si le deuil, lorsqu'il nous touche de près, peut s'avérer une blessure de l'âme longue à guérir, il peut être plus facile à vivre si l'être cher a pu bénéficier de soins en fin de vie de qualité, selon les meilleurs standards en soins palliatifs. C'est ce que l'on identifie aujourd'hui comme l'approche palliative intégrée où la personne en fin de vie est placée au cœur du soin.

Les soins palliatifs ne sont pas seulement des soins d'accompagnement et de confort, ils doivent aussi être l'occasion de vivre cette expérience dans la plus grande sérénité et dignité possible pour la personne en fin de vie. Un accompagnement et des soins peuvent parfois être parsemés de situations qui viennent heurter nos valeurs et nos croyances. Côtayer la mort et la souffrance quotidiennement ne laisse personne indemne.

Pour le professionnel de la santé et le travailleur social appelés à vivre à répétition ces moments difficiles, l'usure de compassion est un des pièges à surveiller (et à éviter ?). La formation sur les soins palliatifs devient un outil essentiel pour améliorer cette prestation de soins. Elle permet aussi de réfléchir sur la pratique des soins palliatifs et de lui redonner sa pleine signification.

Cette formation dynamique et participative favorisera l'introspection et les échanges. Des études de cas (quoi dire et ne pas dire) seront effectuées pour une intervention permettant de conserver l'espoir. Plusieurs situations particulières seront discutées (suicide, deuil à la suite d'une relation conflictuelle, enfant, maladie dégénérative, tragédies, mort accidentelle, etc.).

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est « d'accompagner la mort » ou comment transformer cet épisode de soin et de la vie avec sérénité et dignité pour la personne en fin de vie.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux travailleurs sociaux, infirmières et infirmiers, tout professionnel et intervenants oeuvrant en soins de longue durée, CH et soins à domicile.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants de lire le document Approche palliative intégrée : Quand et comment (6 pages) https://palli-science.com/sites/default/files/approche_de_soins_palliatifs_6_pages_final.pdf

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	<ul style="list-style-type: none">Formuler la signification individuelle de la mort	<ul style="list-style-type: none">Le phénomène de la mortFaire cesser le tabou entourant la mortLa philosophie des soins palliatifsLes droits des personnes en fin de vieLa place de chacun des membres de l'équipe	<ul style="list-style-type: none">Exposé interactifDiscussions, réflexionsTechnique d'impact/notre rôle dans une équipeRéflexion personnelle : perception de la communication et du support dans mon milieu de travail.	

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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir un accompagnement qui assure la prise en charge des soins par la personne et ses proches 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La personne au cœur du soin ▪ Cultiver la bienveillance et la bientraitance ▪ Le vécu de la personne en fin de vie ▪ La communication thérapeutique/Quoi dire et ne pas dire ▪ La prise de décision partagée ▪ Consentement libre et éclairé ▪ Enjeux éthiques ▪ La confidentialité ▪ Accompagner les proches aidants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé ▪ Réflexions, mises en commun ▪ Réflexion sur la peine et la souffrance/technique d'impact ▪ Mises en situation quoi dire et ne pas dire 	
10 h 15 – 10 h 30	Pause			
10 h 30 – 11 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévenir et préparer la personne à affronter toutes les étapes de cette période irréversible 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'approche palliative intégrée ▪ Objectifs de soin ▪ Traitements de la maladie et des symptômes – L'intensité des soins ▪ Respect des choix ▪ Bientraitance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mises en situation ▪ Réflexion sur la perte ▪ Vidéos ▪ Activités : pleurer, ça fait du bien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vidéos témoignages

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 30 – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer des moyens pour permettre à la personne de reprendre le contrôle de sa vie durant cette période difficile 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La communication ▪ L'acceptation du pronostic ▪ La dignité ▪ Le deuil et les tâches du deuil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif ▪ Mises en situation ▪ Vidéos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vidéos témoignages
12 h – 13 h	Dîner			
13 h – 14 h 15	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenir dans les épisodes particuliers du deuil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suicide ▪ Décès multiples ▪ Fausse couche ▪ Enfants ▪ Comment vivent-ils le deuil ▪ L'accompagnement et son vocabulaire ▪ L'annonce du décès ▪ Les rites funéraires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif ▪ Mises en situation ▪ Vidéos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vidéos témoignages
14 h 15 – 14 h 30	Pause			
14 h 30 – 15 h 45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer des attitudes de protection pour contrer l'usure de compression 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL) ▪ L'usure de compassion ▪ Utiliser une communication professionnelle au travail ▪ Nos émotions sont contagieuses 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trousse de survie ▪ Exposé ▪ Mises en situation ▪ Technique d'impact ▪ Réflexions et mises en commun ▪ La borne de rechargement 	

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"> ▪ La communication claire évite les sources de conflits ▪ Conserver et retrouver son énergie ▪ La trousse de survie de l'intervenant ▪ Tai-chi versus autodéfense ▪ Le sentiment de compétence ▪ Le lâcher prise ▪ La borne de rechargement 		
15 h 45 – 16 h 20	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximiser les forces de l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser une communication professionnelle au travail ▪ Nos émotions sont contagieuses ▪ La communication claire évite les sources de conflits ▪ Conserver et retrouver son énergie ▪ Vivre avec les conséquences du deuil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposé interactif ▪ Activité « Les cartons de couleur » ▪ Activité réflexion ▪ Activité « mon équipe a besoin de moi » ▪ Photo-transformation 	
16 h 20 – 16 h 30	Conclusion et échange			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Abaoui, M., Dufour, N., et al. Guide de soutien aux proches aidants, accompagnement en soins palliatifs et de fin de vie pour ne pas seulement survivre mais vivre avec qualité !, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2019
- André, Christophe, Méditer jour après jour:25 leçons pour vivre en pleine conscience, L'iconoclaste, 2015
- ASTRAME, L'enfant en deuil, conseils aux parents et à l'entourage, 2020, disponible à https://www.astrame.ch/fileadmin/user_upload/as_trame/Deuil/Brochures/ASTRAME_BROCHURE_DEUIL-2020.pdf
- Bacqué, Marie-Frédérique, Apprivoiser la mort, éd. Odile Jacob Psychologie, 2018
- Bacqué, Marie-Frédérique, Les deuils après euthanasie des deuils à « haut risque » pour les familles, les soignants et ... la société, Études sur la mort 2001, no 120, p 113 à 127
- Bélanger, L., Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Programme de soins pour les personnes à risque ou présentant un état de confusion aiguë (ÉCA) , 2008
- Béliveau, J., Gingras, D., La mort, éd. Trecarré, 2010
- Ben Gaied, Nouha, Faire face au deuil blanc, entre émotions et solutions, CHU de Québec, 2021
- Bolt SR, van der Steen JT, Mujezinović I, Janssen DJA, Schols JMGA, Zwakhalen SMG, Khemai C, Knapen EPAGM, Dijkstra L, Meijers JMM. Practical nursing recommendations for palliative care for people with dementia living in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: A rapid scoping review. Int J Nurs Stud. 2021 Jan;113:103781. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103781. Epub 2020 Sep 30. PMID: 33080475; PMCID: PMC7526658
- Bouchaib, Moustache, CH Régional Universitaire de Lille, Mort et deuil à l'hôpital, enquête auprès des soignants, 2017
- Bouchard-Picard, R., Le cheminement d'un deuil, éd. Fides-Mediaspaul, 2003
- Bouchard-Picard Rosa, Le cheminement d'un deuil, Fides, 2003
- Brizac,A, CHUS, Palli-Science, <http://www.palli-science.com/le-grand-livre-des-soins-palliatifs>, 2015
- Browne B, Kupeli N, Moore KJ, Sampson EL, Davies N. Defining end of life in dementia: A systematic review. Palliative Medicine. June 2021. doi:10.1177/02692163211025457
- Chahraoui, K, et al. , Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation, Dunod, 2016
- Cherblanc, J., et al. Les étapes du deuil de Kübler-Ross sont un mythe : il y a plus qu'une façon de faire son deuil, 2021-04-12 repéré à <https://theconversation.com/les-etapes-du-deuil-de-kubler-ross-sont-un-mythe-il-y-a-plus-quune-facon-de-faire-son-deuil-157504> dernière consultation 2022-01-17
- Chevolet, Jean-Claude, Les soins palliatifs : l'affaire de tous ? », Revue internationale de soins palliatifs, 2010/3 (Vol. 25), p. 121-125. DOI : 10.3917/inka.103.0121.
- Combien de temps reste-t-il? dans L'infirmière du Québec, janvier/février, 2013, vol.10 no 1, p.29 à 31

- Côté, Marlène, Coordo au deuil Maison Victor-Gadbois, Le deuil adulte et les particularités engendrés par la COVID, conférence <https://palli-science.com/videos/le-deuil-adulte-et-les-particularites-engendrees-par-la-covid>
- Cristia Célia, « Décisions prises à la place d'autrui : les zones grises de l'intention », Revue internationale de soins palliatifs, 2021/2 (Vol. 35), p. 53-54. DOI : 10.3917/inka.212.0053.
- DeHennezel, Marie. La mort intime, Ed.Pocket, 2007
- DeHennezel, Marie. Mourir les yeux ouverts, Ed.Pocket, 2007
- Delieutraz, Séverine, Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé, Cliniques, 2012, No 4, p 146 à 162
- B.Hudnall, Stamm, Échelle de qualité de vie professionnelle, ProQOL, Satisfaction par la compassion et usure de la compassion, version 5 , 2009, repéré à http://www.proqol.org/uploads/ProQOL-5_French.pdf
- Faucault, C.(2011). L'art de soigner en soins palliatifs dans Perspective infirmière, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Fortier Madeleine, Usure de compassion, jusqu'où aller sans se bruler ? 2ième édition, Presses Inter Universitaires, 2018
- Gagnon-Béland, Camille, La résilience familiale dans le processus du deuil de la famille cheminant ou ayant chemin dans un milieu de fin de vie, Mémoire de maîtrise, UQTR, 2019
- Guillemette, Mireille, Les pertes multiples en fin de vie, comment faciliter le lâcher-prise, Bulletin, vol.24, no 2 , automne 2016, pp 21-24.
- Grief Support for staff, Quality palliative care in long term alliance / toolkit, version 1 spring 2012, repéré à www.palliativealliance.ca
- Harriëtte J. van Esch, MD; Lia van Zuylen, MD, PhD; Eric C. T. Geijteman, MD, PhD; et al , Effect of Prophylactic Subcutaneous Scopolamine Butylbromide on Death Rattle in Patients at the End of Life, The SILENCE Randomized Clinical Trial, JAMA, oct.2021
- Hiratsuka Y, Suh S-Y, Kim S-H, et al. Factors related to spiritual well-being in the last days of life in three East Asian countries: An international multicenter prospective cohort study. Palliative Medicine. June 2021. doi:[10.1177/02692163211022179](https://doi.org/10.1177/02692163211022179)
- Hospital friendly hospitals programme, End-of-life care supporting staff : a literature review, 2013, repéré à http://www.virtualhospice.ca/fr_CA
- Inzitari M, Risco E, Cesari M, Buurman BM, Kuluski K, Davey V, Bennett L, Varela J, Prvu Bettger J. Editorial: Nursing Homes and Long Term Care after COVID-19: A New Era? J Nutr Health Aging. 2020;24(10):1042-1046. doi: 10.1007/s12603-020-1447-8. PMID: 33244558; PMCID: PMC7353831.
- Kübler-Ross, Elisabeth «Sur le chagrin et le deuil», Ed.JCLattès, 2009
- Kübler-Ross, Elisabeth, Accueillir la mort, éd.Pocket, 2018
- L'avant-Garde, Le journal des soins infirmiers du CHUM, Vol.6 No 1/Printemps 2005 p.2 à 12
- Lamarre, Dolores « Le temps de lâcher prise», Ed.Québecor, 2012

- Lebel, Gérard, Traumatisme vicariant ou usure de compassion Méfiez-vous !, Perspectives infirmières mars-avril 2015, vol.12, no2
- Lemay, Benoit, L'usure de compassion, 17^e Congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec , mai 2007
- Maison Victor-Gadbois, Mini-Guide Palliscience 20e édition, 2021
- Marcella, Jill, Frontline Staff Grief and Loss in Long Term Care, McMaster University, 2012
- Masson, Josée, Derrière mes larmes d'enfant, Éd. Ressources, 2006
- Masson, Josée, Mort mais pas dans mon coeur, Guider un jeune en deuil, éd. Logiques, 2010
- Monbourquette, Jean «Excusez moi, je suis en deuil!», Ed.Novalis, 2011
- Naitre et grandir comment parler d'une catastrophe aux enfants 3.30 min. https://www.youtube.com/watch?v=uFVdJm3Bg_k , dernière consultation février 2020
- Margot Phaneuf (2014). Le vécu de la soignante devant la mort <http://www.prendresoins.org/>, dernière consultation février 2020
- Palli-Science, Fin de vie d'insuffisance rénale, <https://palli-science.com/fin-de-vie-non-cancers/fin-de-vie-dinsuffisance-renale> , dernière consultation janvier 2021
- Keraudren, Virginie, Parler de la mort à l'enfant https://www.youtube.com/watch?v=TCs2b_ZdKBs, dernière consultation février 2020
- Sadler, Kim, Le poids de la compassion—Comment faire le deuil de ses idéaux afin de mieux soigner? Can Oncol Nurs J. 2016 Summer
- Sarthou-Lajus, Nathalie. Sauvez nos vies, Albin-Michel, 2013
- Schützenberger, Anne Ancelin et al., Sortir du deuil, Payot, 2008
- Seipp H, Haasenritter J, Hach M, et al. How can we ensure the success of specialised palliative home-care? A qualitative study (ELSAH) identifying key issues from the perspective of patients, relatives and health professionals. Palliative Medicine. June 2021. doi:[10.1177/02692163211026516](https://doi.org/10.1177/02692163211026516)
- Seow H, Tanuseputro P, Barbera L, et al. Development and validation of a prediction model of poor performance status and severe symptoms over time in cancer patients (PROVIEW+). Palliative Medicine. June 2021. doi:[10.1177/02692163211019302](https://doi.org/10.1177/02692163211019302)
- Thibault, M., et al., Service de psychologie et d'orientation de l'Université de Sherbrooke, Pavillon de la vie étudiante, Sherbrooke, 2017, dernière consultation 2022-01-17
https://www.usherbrooke.ca/etudiants/fileadmin/sites/etudiants/documents/Psychologie/Brochure_deuil_2021_finale_01.pdf
- Vadeboncoeur, Alain, Les acteurs ne savent pas mourir : récits d'un urgentologue, Stanké, 2019
- Veras SMCB, Menezes TMO, Guerrero-Castañeda RF, Soares MV, Anton Neto FR, Pereira GS. Nurse care for the hospitalized elderly's spiritual dimension. Rev Bras Enferm. 2019 Nov;72(suppl 2):236-242. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0685. PMID: 31826216.

- Yang F, Ji M, Wu Y, Feng Y, Li J, Ren D, Ely EW. Delirium screening for patients in the intensive care unit: A prospective validation study of the iCAM-ICU by nurse researchers and bedside nurses in routine practice. *Int J Nurs Stud.* 2021 May;117:103886. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103886. Epub 2021 Jan 26. PMID: 33631399.
- Zawieja, Philippe, *Fatigue compassionnelle*, Dictionnaire des risques psychosociaux, Le Seuil, pp.316-319, 2014, 978-2-02-110922-1. hal-0087229

Formation continue
Formation de 7 h

L'infirmière auxiliaire et le suivi clinique de l'ainé

Mireille Guillemette, inf.B.éd. formatrice et auteure, enseignante, Mire Formation Conseil inc.

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

L'infirmière auxiliaire pratique dans des milieux variés, la profession est valorisée, le rôle est élargi et l'autonomie augmentée. Dans plusieurs milieux de soins, elle a comme clientèle des personnes âgées de plus de 65 ans. L'ainé présente le plus souvent des symptômes atypiques, ce qui représente un défi.

La contribution à l'évaluation et à la surveillance clinique demande des connaissances particulières en ce qui a trait aux principaux problèmes de santé touchant l'ainé et à leurs manifestations. Cette formation traite du rôle de collaboration au niveau de l'évaluation de l'état de santé, du vieillissement normal, de la détection rapide des principaux problèmes de santé affectant l'ainé et ses symptômes atypiques.

L'infirmière auxiliaire aura plus d'outils pour détecter rapidement des problèmes de santé graves et référer dans un délai optimal et sécuritaire. Cette formation spécialisée très concrète, dynamique, est basée sur les dernières connaissances et données probantes concernant l'ainé.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de contribuer pleinement à l'évaluation clinique et au suivi de l'état de santé de la personne âgée.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux infirmières et infirmiers auxiliaires, et aux enseignants en formation professionnelle du programme SASI.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants de lire les articles parus dans la revue Santé Québec, OIIAQ, hiver et printemps 2017, vol.26 et 27
 LE SUIVI CLINIQUE DES AÎNÉS PARTIE 1
 et
 LE SUIVI CLINIQUE DES AÎNÉS PARTIE 2

<https://mireformations.com/articles/>

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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distinguer le champ d'exercice de l'infirmière auxiliaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Champs d'exercice, activités réservées et activités autorisées ▪ Contexte de soin (CH, CHSLD, SAD, GMF) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs ▪ Contexte de travail et limites professionnelles 	
9 h – 10 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distinguer les particularités reliées au vieillissement normal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vieillesse normale ▪ Contexte de l'examen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs ▪ Mises en situation 	
10 h – 10 h 15	Pause			
10 h 15 – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procéder à l'anamnèse chez un aîné symptomatique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Histoire de santé ▪ PQRSTU portant sur le malaise dominant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PowerPoint avec exposé. Mises en situation portant sur : <ul style="list-style-type: none"> - l'évaluation post-chute - un problème respiratoire - un problème cardiaque - un malaise abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démonstrations à l'aide de vidéos ▪ Pratique

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
			- l'évaluation de la déshydratation	
12 h – 13 h	Dîner			
13 h – 14 h 15	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuer à l'évaluation de l'état de santé en déterminant la normalité et la gravité des manifestations cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manifestations atypiques au niveau du système respiratoire ▪ Manifestations atypiques au niveau du système cardiaque ▪ Manifestations atypiques au niveau du système digestif, ▪ Détection de la déshydratation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PowerPoint avec exposé ▪ Mises en situation portant sur des malaises avec symptômes atypiques touchant les différents systèmes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démonstrations à l'aide de vidéos
14 h 15 – 14 h 30	Pause			
14 h 30 – 14 h 50	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formuler une note d'évolution 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La note au dossier 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PowerPoint avec exposé ▪ Écriture de notes au dossier 	
14 h 50 – 16 h 20	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sélectionner les interventions les plus appropriées incluant la référence adéquate 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La référence, le suivi et les interventions prioritaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PowerPoint avec exposé ▪ Mises en situation 	
16 h 20 – 16 h 30	Conclusion et échange			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Agence de la santé publique du Canada, Vieillesse et maladies chroniques Profil des aînés Canadiens, déc. 2020
- AQESSS, MSI, 2014, Méthode d'auscultation pulmonaire
- Brûlé M. et Cloutier L.(2002) L'examen clinique dans la pratique infirmière, ERPI
- Besdine, W.Richard, Présentations inhabituelles des maladies chez les personnes âgées, Merck Manuel, version pour les professionnels de la santé, Warren Alpert Medical School of Brown University,2016, repéré à <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/gériatrie/prise-en-charge-du-patient-gériatrique/présentations-inhabituelles-des-maladies-chez-les-personnes-âgées>
- Besdine, Richard W.MD, Warren Alpert Medical School of Brown University, Évaluation des personnes âgées, Merck Manuel, 2016
- Cloutier Lyne, Inspirez...expirez, Revue Perspective infirmière, OIIQ, 2010
- Cloutier L, Poirier L. éd. Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Montréal, Canada Société québécoise d'hypertension artérielle, 2011.
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), INSPQ ,Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée, 2014
- Constantinescu, C et al. The Predictive Role of Modified Early Warning Score in 174 Hematological Patients at the Point of Transfer to the Intensive Care Unit, Journal of Clinical Medicine, 10.3390/jcm10204766, 10, 20, (4766), (2021).
- Coudert, M. Et al., Présentation clinique et performance de la bandelette urinaire pour le diagnostic d'infection urinaire en population gériatrique, [La Revue de Médecine Interne Volume 40, Issue 11](#), November 2019, Pages 714-721
- Dellefield ME. Nursing Surveillance in Long-Term Care. J Gerontol Nurs. 2021 Dec;47(12):3-5. doi: 10.3928/00989134-20211109-01. Epub 2021 Dec 1. PMID: 34846254.
- Florence CS, Bergen G, Atherly A, Burns ER, Stevens JA, Drake C. Medical costs of fatal and nonfatal falls in older adults. Journal of the American Geriatrics Society 2018;66:693-8. <https://doi.org/10.1111/jgs.1530>
- Francis, D.C. et J.M. Lahaie. « Iatrogenesis: the nurse's role in preventing patient harm », in M. Boltz, E.Capezuti, T. Fulmer et D. Zwicker (ss la dir.de), Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice (4e éd.), New York (NY), Springer, 2012
- Gagnon, C., & Lafrance, M. (2011). Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique Institut national de santé publique & Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (Eds.), Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1241_PrevChutesPersAgeesAnalyseRecomm.pdf, dernière consultation février 2020
- Guillemette, Mireille, Le suivi clinique des aînés partie 1, revue Santé Québec, OIIAQ, vol.26, hiver 2017
- Guillemette, Mireille, Le suivi clinique des aînés partie 2, revue Santé Québec, OIIAQ, vol.27, printemps 2017

- Guillemette, Mireille, DOSSIER MÉDICAL GUIDE DE RÉDACTION POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, Mire Formation Conseil inc., 2019 ISBN 978-2-9818651-0-6
- Granat, C. Et al., La prescription médicamenteuse chez la personne âgée, [Actualités Pharmaceutiques Volume 58, Issue 585](#), April 2019, Pages 42-48.
- Hooper L et al., étude Cochrane 2015, Symptômes, signes et examens cliniques pour identifier une déshydratation par perte d'eau imminente ou actuelle chez les personnes âgées
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017). Infection urinaire chez l'adulte. Rapport rédigé par Fatiha Karam. Québec: INESSS.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2014). Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux d'hébergement et de soin de longue durée, rédigé par Villeneuve, Jasmin md.
- IUGM, L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, Cadre de référence, Janvier 2010
- Karakoumis J, et al. (2015). Emergency Presentations With Nonspecific Complaints-the Burden of Morbidity and the Spectrum of Underlying Disease: Nonspecific Complaints and Underlying Disease.
- Jarvis, Carolyn, L'examen clinique et l'évaluation de la santé, 2e édition - éd.Chenelière, 2015
- Jacques, Marie-Claire Dr., Service de gériatrie, Constipation du sujet âgé : Quelles spécificités? Revue médicale suisse, 2014
- Kellett J, Nickel CH. (2018). What are nonspecific complaints and what are their causes and outcomes? The common unknown unknowns of medicine, European Journal of Internal medicine, Repéré à [https://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(17\)30381-3/fulltext](https://www.ejinme.com/article/S0953-6205(17)30381-3/fulltext), dernière consultation février 2020
- Kelly, N., Winning, L., Irwin, C. et al. Periodontal status and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbations: a systematic review. BMC Oral Health 21, 425 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01757-z>
- Kozier, B. et al.(2005) , Soins infirmiers théorie et pratique, ERPI
- Lauzier, Madeleine, OIIQ, Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD, 2018,
- OIIAQ, Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire, Champs d'exercice et activités réservées et autorisées, dernière mise à jour 30 septembre 2011
- OIIQ (2010), PRN comprendre pour intervenir, 2e édition
- Ryan, C. J., DeVan, H. A., & Johnson Zerwic, J. (2005). Typical and Atypical Symptoms. Diagnosing acute coronary syndromes accurately. Beats & Breaths, Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3102439/> , dernière consultation février 2020
- Sheikh, Fatima, Nicole Brandt, Dominique Vinh, Rebecca D. Elon, Management of Chronic Pain in Nursing Homes: Navigating Challenges to Improve Person-Centered Care, Journal of the American Medical Directors Association, Volume 22, Issue 6, 2021, Pages 1199-1205, ISSN 1525-8610, <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.12.029>.

- Simo, N., Cesari, M., Tchiero, H. et al. Frailty Index, Hospital Admission and Number of Days Spent in Hospital in Nursing Home Residents: Results from the INCUR Study. *J Nutr Health Aging* 25, 155–159 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1561-7>
- Verloo, H., Goulet, C., Morin, D., & von Gunten, A. (2016). Association between frailty and delirium in older adult patients discharged from hospital. *Clinical Interventions in Aging*, Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26848261>
- Voyer Philippe (2021), L'examen clinique de l'aîné 3e édition, guide d'évaluation et de surveillance clinique, ERPI
- Voyer, P., Capsules web du professeur Philippe Voyer au www.philippevoyer.org
- Wallgren, U. M., Antonsson, V. E., Castren, M. K., & Kurland, L. (2016). Longer time to antibiotics and higher mortality among septic patients with non-specific presentations--a cross sectional study of Emergency Department patients indicating that a screening tool may improve identification. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 24, 1. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26733395>

Formation continue
Formation de 7 h

Optimiser ses pratiques de collaboration interprofessionnelle et apprivoiser les différends

Formation élaborée par Line Paré, travailleuse sociale, M.S.S., professionnelle conseil et responsable de la coordination du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), Centre d'expertise sur la collaboration interprofessionnelle, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale et professeure titulaire de clinique, Faculté de médecine, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Saviez-vous que de travailler en collaboration interprofessionnelle (CIP) est reconnue comme ayant des retombées positives sur les soins et les services offerts dans le domaine de la santé et des services sociaux? En effet, la CIP, en plus d'offrir une réponse mieux adaptée aux besoins des usagers et de leurs proches, permet une meilleure complémentarité des expertises professionnelles ainsi qu'une augmentation de la satisfaction au travail. Pour les organisations, la CIP assure une plus grande efficacité et efficacité de l'offre des soins et des services. Mais pour ce faire, cela exige que nos pratiques de collaboration soient adaptées aux diverses situations cliniques rencontrées selon l'intensité des besoins de la clientèle.

La journée de formation permettra aux participants de cibler leurs forces ainsi que leurs compétences à consolider pour représenter de bons collaborateurs. La présentation des notions clés liées à la collaboration interprofessionnelle sera accompagnée d'exercices variés, de mises en situation et d'activités favorisant le partage des expériences des participants. Il s'agit ainsi d'amorcer une réflexion pour repérer certaines priorités à travailler et identifier des stratégies à privilégier en vue de l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle dans son milieu.

Seront également discutés durant la journée les aspects liés aux situations à risque de tensions ou de conflits afin de mieux les reconnaître et explorer différentes avenues pour les résoudre.

LES BUTS DE LA FORMATION

Cette formation vise à outiller les professionnels de toutes les disciplines ainsi que les gestionnaires en vue d'amorcer une réflexion sur leurs pratiques de collaboration interprofessionnelle au sein de leur équipe; de s'approprier une démarche visant l'optimisation de

la collaboration interprofessionnelle dans son contexte de pratique ainsi que d'identifier des leviers favorisant les changements à apporter.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux professionnels, médecins et gestionnaires œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les membres d'une même équipe interprofessionnelle sont également invités.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

En préparation à la journée de formation, les participants sont invités à réaliser deux activités d'apprentissage totalisant 30 minutes ayant pour objectifs de :

- Reconnaître ses forces ainsi que les compétences à consolider ou à développer pour être un bon collaborateur
- Amorcer l'identification de leviers contribuant à l'optimisation de la collaboration interprofessionnelle dans son milieu I

Les activités d'apprentissage consistent à :

- 1) compléter la «Grille d'auto-évaluation de l'atteinte de ses compétences à la collaboration interprofessionnelle : cibler ses objectifs de développement personnel» et
- 2) identifier des situations/problématiques pour lesquelles il serait souhaitable de réviser sa collaboration interprofessionnelle.

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	Cibler ses forces ainsi que les compétences à consolider pour représenter un bon collaborateur	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil et présentation des participants; • Activité brise-glace; • Présentation des objectifs de la formation • Retour sur Activité préparatoire et objectifs de développement personnel 	<i>Activité brise-glace :</i> partage des participants sur leurs forces en CIP Partage sur les objectifs prioritaires ciblés par les participants à partir de la «Grille d'auto-évaluation de l'atteinte de ses compétences à la collaboration interprofessionnelle : cibler ses objectifs de développement personnel»	Les participants sont invités à faire une analyse de leurs compétences à la CIP
9 h 15 – 10 h	Identifier des leviers contribuant à l'optimisation de la CIP	Présentation des principaux concepts incontournables liés à la CIP : <ul style="list-style-type: none"> • Déterminants de la CIP • Définition de la CIP; • Continuum des pratiques de CIP et illustrations à partir d'exemples • Référentiel national des compétences en matière d'interprofessionnalisme 	Exposé interactif suivi des activités suivantes : « <i>Se connaître et se reconnaître</i> » « <i>La CIP dans mon milieu</i> » <ul style="list-style-type: none"> • Les participants sont invités à reconnaître les pratiques utilisées dans leur contexte d'intervention 	<i>La CIP dans mon milieu</i> comprend : réflexion individuelle et partage en équipe suivis d'une plénière

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"> • Liens avec l'activité brise-glace et les forces CIP des participants 	
10 h – 10 h 15	Pause			
10 h 15 – 11 h 15	Expérimenter des stratégies d'amélioration de la CIP dans son milieu	Clarification des rôles : optimisation de la CIP à partir de situations identifiées par les participants	Réflexion individuelle et partage en équipe suivis d'une plénière : « <i>Mon rôle et mes attentes</i> » Démarche proposée comprend : <ul style="list-style-type: none"> • identification des responsabilités et tâches; attentes réciproques; ajustements souhaités; • révision/bonification des modalités de communication 	Occasion de : <ul style="list-style-type: none"> • apprendre les uns des autres; • repérer les zones de chevauchement; • identifier le travail de négociation à entreprendre au besoin.
11 h 15 – 11 h 40	Expérimenter des stratégies d'amélioration de la CIP dans son milieu	Travail d'équipe – partie 1 Activité « <i>Jeu de ballons</i> »	Processus et composantes du travail d'équipe sous l'angle de la réalité clinique créée autour de ballons	
11 h 40 – 12 h	Choisir des priorités de travail pour améliorer la CIP au sein de son équipe (1 ^{ère} partie)	Démarche réflexive afin de repérer des priorités à travailler au sein de son équipe	L'activité « <i>Projet d'amélioration de la CIP au sein de mon équipe</i> » - 1 ^{ère} étape	À partir des échanges, les participants sont invités à compléter leur projet d'amélioration
12 h – 13 h	Dîner			

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 – 13 h 30	Identifier des leviers contribuant à l'optimisation de la CIP	Travail d'équipe- partie 2 Présentation des principales notions avec l'emphase sur : <ul style="list-style-type: none"> • communication; • étapes de développement d'une équipe; • conditions d'une animation efficace Définition du leadership collaboratif et ses particularités au sein des équipes interprofessionnelles	Exposé interactif	
13 h 30 – 14 h 30	Expérimenter des stratégies d'amélioration de la CIP	Gestion des conflits interprofessionnels et concepts-clés : <ul style="list-style-type: none"> • facteurs et impacts; • étapes de progression; • stratégies gagnantes 	1 ^{ère} partie <ul style="list-style-type: none"> • Visionnement d'un extrait vidéo présentant une situation à risque de conflits • Échange en plénière permettant d'aborder les concepts clés 	Visionnement et partage d'expériences centrés principalement sur: <ul style="list-style-type: none"> • Identification des facteurs de risque de conflits; • Reconnaissance stratégies favorables à la gestion des conflits
14 h 30 – 14 h 45	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
14 h 45 – 15 h 45	Expérimenter des stratégies d'amélioration de la CIP	Suite La gestion des conflits	2 ^{ème} partie Application des notions abordées précédemment à partir de l'Activité « <i>Apprivoiser nos différends</i> » : Différentes stratégies à privilégier discutées en plénière	
15 h 45 – 16 h 10	Choisir des priorités de travail pour améliorer la CIP au sein de son équipe (2 ^{ème} partie)	Suite de la démarche réflexive afin de repérer des priorités à travailler au sein de son équipe	L'activité « <i>Projet d'amélioration de la CIP au sein de mon équipe</i> » - 2 ^{ième} étape et Plénière	À partir des échanges, les participants sont invités à compléter leur projet d'amélioration
16 h 10 – 16 h 30	Conclusion et évaluation de la formation	Synthèse des contenus de la journée	L'activité « <i>Démarche réflexive</i> » est réalisée pour cibler les apprentissages des participants. Partage en plénière	Évaluation est complétée avec l'outil du CEVQ et celui du RCPI.

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Adekpedjou, R./ Stacey/ D./ Brière, N./ Freitas/ A., M.Garvelink, M./ Dogba, I.V.I.J., Durand/ P. J., Desroches, S./ Croteau, J./ Rivest/ LP.,
- Légaré/ F. (mai 2019). Engaging caregivers in health-related housing decisions for older adults with cognitive impairment : a cluster randomized trial. *The gerontological society of America*, vol XX, No XX 1-11.
- Bainbridge, L., & Wood, V.I. (2012). The power of prepositions : Learning with, from and about each others in the context of interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 26(6) : 452-8.
- Bergeron-Leclerc, C., Milot, E. et Museux, A.-C. (2019) Conjuguer les expertises afin d'optimiser la collaboration interprofessionnelle en santé mentale. Dans M.-H. Morin et C. Bergeron-Leclerc, H. Dallaire & C. Cormier (dir.), *La pratique du travail social en santé mentale: Apprendre, comprendre, s'engager*. Québec, Qc.: Presses de l'Université du Québec, 376 p.
- Brander, R., MacPhee, M., Careau, E., Tassone, M., Verma, S., Paterson, M. et Berry, S., (2015). Collaborative leadership for the transformation of health systems. Dans D. Foreman, M. Jones et J. Thistlewaite (dir.), *Leadership and collaboration : Further developments for interprofessional education* (p. 153-166). Basomgsteple. Royaume-Uni : Palgrave Macmillan.
- Careau, E., Bainbridge, L., Steinberg, M. et Lovato, C. (2016). Improving interprofessional education and collaborative practice through evaluation : an exploration of current trends. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 31(1), 1-17..
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M. Museux, A.-C. (2014 et rev.2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). Université Laval et CSSS de la Vieille-Capitale. 23 pages.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M. Museux, A.-C. (2014 et rev. 2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux- Schéma*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). Université Laval et CSSS de la Vieille-Capitale.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Vincent, C., Swaine, B. (2015). Interprofessional collaboration : Development of a tool to enhance knowledge translation. *Disability and Rehabilitation*, 37 (4) : 372-8.
- Consortium canadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS). (2010). Cadre national de définition des compétences en matière d'interprofessionnalisme: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf (consulté le 27 novembre 2017)
- Champagne, E. et F. Gaudreault. 2019. Étude sur la collaboration interprofessionnelle et interordres au Québec, Cahiers de recherche du Centre d'études en gouvernance, No. 01/19/FR
- Cramm, Susan. (2014). How to get along with frenemies. *Harvard Business Review OnPoint*. pp. 17-19
- Côté, L., Normandeau, M., Maheux, B., Authier, L., Lefort, L. (2013). Collaboration between family physicians and community pharmacists. *Le médecin de famille canadien*, 59 (9) : e413-e420.

- Couturier, Y. et Belzile, L. (2018). *La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*. Les Presses de l'Université de Montréal, 187 pages.
- D'Amour, D. et Oandasan Y. (2005). Interprofessionality as a field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of interprofessional care*. Supplement 1: 8-20.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional Care*, 19(2), 116-131.
- Dogba J, Menear M, Brière N, Freitas A, Emond E, Stacey D, Légaré F. (2019). Enhancing interprofessionalism in shared decision making training within homecare settings: a short report. *Journal of Interprofessional Care*, June 11, 1-4.
- Doll, J., Packard, K., Furze, J., Huggett, K., Jensen, G., Jorgensen, D, Wilken, M., Chelal, H, Maio, A.(2013). Reflections from an interprofessional education experience : Evidence for the core competencies for interprofessional collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 27 : 194-196.
- Donnelly C, Ashcroft R, Mofina A, Bobbette N, Mulder C. (2019) Measuring the performance of interprofessional primary health care teams: understanding the teams perspective. *Primary Health Care Research & Development* 20(e125): 1–8. doi: 10.1017/S1463423619000409
- Dumont, S., Adekpekjou, R., Stacey, D., Brière, N., Freitas, A., Garvelink, M.M., Dogba, M.J., Durand, P.J., Desroches, S., Croteau, J., Rivest, L-P., Légaré, F. (2019). Engaging Caregivers in Health-Related Housing Decisions for Older Adults With Cognitive Impairment: A Cluster Randomized Trial. *The gerontologist*. DOI: 10.1093/geront/gnz045.
- Dumont S., Careau E, Milot E., Paré L, Rainville F., Vézina C.(Automne 2012). Cahier d'exercices - Travail interdisciplinaire en équipe : Une forme de collaboration à expérimenter dans le cadre du Cours FIS-2001 : Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 2: Travail en interdisciplinarité-.Université Laval.
- FORTIN, Gabrielle et Dumont, Serge.(2018). La formation à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient : synthèse des connaissances sur les stratégies pédagogiques à privilégier. *Cahiers francophones de soins palliatifs*. vol. 18 (1), p.1-14.
- Johnson, Whitney. Collaboration is risky. Now get on with it. *Harvard Business Review OnPoint*. Spring 2014: 16-17.
- Julien, N. (2016). Le partenariat avec les adultes ayant une déficience intellectuelle en contexte de rencontre interprofessionnelle. *Essai de maîtrise, École de Service Social, Université Laval, Québec, Canada*, 54 pages.
- Kackman, J. Richard. (2014). Six common misperceptions about teamwork. *Harvard Business Review onPoint*. pp.11-13.
- Manning, M. L. (2006). Improving clinical communication through structured conversation. *Nursing Economics*, 24(5) : 268-271.
- McCaffrey, R., Hayes, R. M., Cassel, A., Miller-Reyes, S., Donaldson, A., & Ferrell, C. (2012). The effect of an educational program on attitudes of nurses and medical residents towards the benefits of positive communication and collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2) : 293–301.
- Milot, E., Fortin, G., Noël, J. et Careau, E. (2016). FIS-4001 et FIS-6101. Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 1: Capsule narrée sur les indicateurs de transition. *Faculté des sciences infirmières, Université Laval*.

- Milot E., Fortin G., Noël J., et Careau E. (2019) Partenariat avec [l'utilisateur et ses proches dans un contexte de collaboration interprofessionnelle: Proposition d'indicateurs d'engagement. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles de l'Université Laval.
- Milot É, Fortin G, Brière N, Dogba MJ, Aubin, M, Careau E. (2017). Démarche systématique de création d'une trousse pédagogique facilitant l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle. *Pédagogie médicale*, Nov; 17(4) : 233-41. [Doi.org/10.1051/pmed/2017012](https://doi.org/10.1051/pmed/2017012) publié en ligne 4 septembre 2017
- Mitchell, R., Parker, V., Giles, V., & Boyle, B. (2013). The ABC of health care team dynamics: Understanding complex affective, behavioral, and cognitive dynamics in interprofessional teams. *Health Care Manage Rev*, 00(0).
- Museux AC, Dumont S, Careau E, Milot É. (2016 Jul). Improving interprofessional collaboration: The effect of training in nonviolent communication. *Soc Work Health Care*.55(6):427-39. doi: 10.1080/00981389.2016.1164270.
- Oandasan, I., Ross Baker, G., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., Way, D. (2006). Teamwork in Healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada. Policy synthesis and recommendations (pp. 33). Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD – Collaboration interprofessionnelle – CHSLD. 40 pages. Lien URL : <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. OMS, 64 p.
- Paré L. et Maziade Jean . (2014). Adapté de Careau E., Paré L., Maziade J. et Dumont S. (2013). Questionnaire sur l'atteinte des compétences à la collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Outil développé à partir de Casimiro, MacDonald, Archibald, Trumpower, Jelly, Cragg et Johnstone (2009). SACCI- Sondage sur l'atteinte des compétences de collaboration interprofessionnelle; Casimiro, MacDonald, Archibald, Trumpower, Jelly, Cragg et Johnstone. (2009).
- PARÉ, Line, MAZIADÉ Jean, PELLETIER, F., HOULE, N., ILIKO-FUNDI, M. (2012). Program Description : Pedagogic Innovation in Family medicine Units. «Canadian Family Physician», vol.(4) : e203-e209.
- Paré L. et Maziade J. (2014). Projet d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle-Accompagnement d'une équipe : Recueil de présentations et d'activités. Exercice «Mon rôle et mes attentes» adapté de Lebel, Paule et Massé-Thibaudeau, Ghislaine. (1999), Université Laval et CSSS de la Vieille-Capitale, Québec.
- Paré, L. (2019). Des indicateurs de transition: Aide-mémoire pour cibler un changement de pratique de CIP au bon moment. RCPI. Adaptation de Milot É., Fortin, G., Noël, J. et Careau, E. (2016). Capsule narrée sur les indicateurs de transition. Faculté des sciences infirmières, Université Laval.
- Poder, T., G., Carrier, N., Bédard, S.,K. (2018) Measuring interdisciplinarity in clinical practice with IPC59, a modified and improved version of IPC65. *PLoS ONE* 13(7): e0197484. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197484>

- Reeves S et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). The Cochrane Library 2013.
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux. Prévention et résolution de conflits en contexte interprofessionnel. Québec: RCPI. 2014.
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et en services sociaux . Accompagner les équipes vers la collaboration interprofessionnelle-Guide du formateur, Québec: RCPI. 2012
- Richard A, Gagnon M, Careau E. (2019 Sep-Oct)). Using reflective practice in interprofessional education and practice: a realist review of its characteristics and effectiveness. J Interprof Care, 33(5): 424-436. doi: 10.1080/13561820.2018.1551867.
- Savard, I, Richard, A, Careau, E, Perreault, K, Pinard, A-M (sous presse 2019). Démarche de design pédagogique pour outiller l'évaluation, l'enseignement et l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle en situation authentique. Dans Les environnements d'apprentissage et d'évaluation en éducation médicale. Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- Thomas, K.W. (1992). Conflict and negotiation processes in organizations. Journal of Organizational behavior, vol. 13 : 265-274. Tuckman, Bruce. (1965). Developmental sequence in small groups, Psychological bulletin, 63 : 384-389.
- WEISS, Jeff and HUGHES Jonathan. (2014). Want Collaboration ? Accept and actively Manage-Conflict. Harvard Business Review OnPoint. pp. 35-44.

Communiquer avec une personne ayant des troubles sévères de la communication suite à une atteinte neurologique

Marie Julien, M.O.A. Orthophoniste à l'Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay; Chargée de cours, École d'orthophonie-audiologie, Faculté de Médecine, Université de Montréal ; Membre clinicienne du CRIR

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

La communication est l'outil privilégié pour interagir avec autrui. Cependant, pour les intervenants qui œuvrent auprès de personnes qui présentent des troubles de la communication tels que l'aphasie, la dysarthrie, les troubles du langage associés à l'hémisphère droit ou à de la démence, intervenir auprès d'eux devient un défi quotidien. Comment peut-on garder des liens avec des personnes peu communicantes, comprendre leurs besoins et leur permettre de prendre part aux décisions qui les concernent ?

Malgré la grande variété et la gratuité des aides de suppléance à la communication disponibles (www.pmatcom.qc.ca), celles-ci ne conviennent pas à tous les individus ayant des incapacités communicatives. Devant ces faits, les intervenants se sentent démunis pour communiquer avec plusieurs usagers ayant un trouble de la communication et réclament des outils qui les aideront à mieux interagir avec cette clientèle (Beaudoin et coll., 2016 ; O'Halloran et al, 2012; Prorok et al, 2013 ; Radtke et al, 2012 ; Julien et Dechelette, 2012 ; Le Dorze et al, 1994). Cela nuit non seulement aux relations interpersonnelles qu'elles essaient d'établir avec ces usagers mais affecte également leur travail quotidien et la qualité des soins (Beaudoin et coll, 2016; Le Dorze et al, 2000 ; Kagan, 1995). Inspiré d'études récentes (Julien, 2014 ; LLPA, 2011; Simmons-Mackie, 2009; Généreux et al, 2004) visant à identifier les difficultés vécues par les professionnels de la santé, nous proposons un support à la communication afin d'aider les intervenants à interagir avec les usagers (Beaudoin et coll., 2016 ; Julien, 2015 ; De Serres et coll. 2014 ; Julien et Dechelette, 2012 ; Julien, 2009 ; Simmons-Mackie et al., 2007 ; Généreux et al., 2004).

Le matériel et les stratégies de communication proposés s'adresse directement aux membres du personnel soignant, aux médecins et autres professionnels qui ont à prodiguer des soins et à communiquer avec cette clientèle.

Au cours de la formation, on fera une distinction entre les différents troubles acquis de la communication ainsi que leurs conséquences tant pour les personnes qui en sont affectées que pour les intervenants qui ont à travailler auprès d'eux. De plus, on mettra en pratique les stratégies enseignées et on se familiarisera avec le matériel de communication proposé.

LES BUTS DE LA FORMATION

Sensibiliser les intervenants aux impacts des troubles de la communication sur le vécu de la personne atteinte mais aussi sur l'efficacité de leur travail clinique. Proposer aux intervenants du matériel et des stratégies de communication adaptées aux personnes ayant des troubles acquis de la communication suite à un AVC.

CLIENTELE CIBLE

À toute personne travaillant auprès de personnes ayant des troubles de la communication que ce soit à l'hôpital, en centre de réadaptation, au soutien à domicile, en centre d'hébergement ou en soins palliatifs.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants **de consulter les différents documents de l'«Outils d'évaluation du niveau d'intervention médicale (NIM) et de la RCR» disponible gratuitement sur Internet du CSSS Jeanne-Mance, sous l'onglet votre CSSS, documentation, Publications cliniques :**

<https://jeannemance.ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/votre-csss/documentation/publications-cliniques/>

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	<ul style="list-style-type: none">• Décrire les différents troubles acquis de la communication chez la personne âgée et leur impact sur les services que nous offrons.	<ul style="list-style-type: none">• Les troubles de l'audition• Aphasie• Dysarthrie• Atteinte du langage hémisphère droit• Démence	<p>Exposés interactifs, discussions</p> <p>Identifier et reconnaître les différents troubles de la communication.</p>	<p>Inviter les participants à identifier dans leur travail clinique des personnes ayant des incapacités à communiquer.</p>

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"> Description de l'impact de ces troubles sur la qualité des soins et services 		
9 h – 9 h 30	<ul style="list-style-type: none"> Connaître et mesurer l'impact d'un trouble de l'audition sur la qualité de nos services Connaître les différentes aides et stratégies de communication auprès de cette clientèle 	<ul style="list-style-type: none"> Cause et description des principaux troubles de l'audition chez l'adulte Les différentes aides à l'audition Les stratégies de communication avec cette clientèle 	<p>Exposés interactifs, discussions, démonstrations</p> <p>Identifier les situations problématiques vécues dans votre milieu de travail avec des personnes ayant une perte auditive et les moyens d'y remédier</p>	<p>Inviter les participants à identifier l'impact direct des troubles de l'audition sur leur travail auprès de cette clientèle</p> <p>Discussion sur la possibilité d'avoir de telles aides dans vos milieux de travail</p>
9 h 30 – 10 h	<ul style="list-style-type: none"> Connaître et mesurer l'impact d'un trouble sévère de la parole (dysarthrie) sur la qualité de nos services. 	<ul style="list-style-type: none"> Cause et description des principaux troubles de la parole d'origine neurologique chez l'adulte 	<p>Exposés interactifs, discussions, démonstrations, vidéos de différentes personnes ayant une dysarthrie</p> <p>Identifier les personnes ayant une dysarthrie dans votre milieu</p>	<p>Inviter les participants à identifier l'impact direct des troubles de la parole sur leur travail auprès de cette clientèle.</p>
10 h – 10 h 15	Pause			
10 h 15 – 10 h 45	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les différentes aides techniques à la communication pour les personnes dysarthriques Connaître le mécanisme d'attribution gratuite des 	<ul style="list-style-type: none"> Aperçu des différents types d'appareils de haute et de basse technologie qui suppléent à la communication orale 	<p>Exposés interactifs, vidéos d'utilisateurs d'aide technique à la communication</p>	<p>Discussion avec les participants d'exemples cliniques qu'ils ont vécus</p>

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
	aides techniques à la communication	<ul style="list-style-type: none"> Présentation du mécanisme d'attribution du Programme ministériel des aides techniques à la communication (PMATCOM) 	Connaître les différentes familles d'aides techniques et les façons de se les procurer pour votre clientèle Savoir où référer pour obtenir une aide à la communication	Discussion sur la possibilité d'avoir de telles aides dans vos milieux de travail Discussion sur l'expérience des participants face à ce programme
10 h 45 – 11 h 15	<ul style="list-style-type: none"> Connaître et mesurer l'impact d'un trouble du langage (aphasie) sur la qualité de nos services 	<ul style="list-style-type: none"> Cause et description des principaux troubles acquis du langage d'origine neurologique 	Exposés interactifs, discussions, vidéos de différentes personnes ayant une aphasie Identifier les personnes ayant une aphasie dans votre milieu	Inviter les participants à identifier l'impact direct des troubles du langage sur leur travail auprès de cette clientèle
11 h 15 – 11 h 45	<ul style="list-style-type: none"> Ressentir les différentes situations de handicap vécues par la clientèle aphasique ainsi que par celles qui ont à intervenir auprès d'elle 	<ul style="list-style-type: none"> impacts d'avoir de la difficulté à exprimer ses besoins dans la vie quotidienne 	Jeux de rôles Évaluer, lors d'une activité de simulation, l'habileté du participant à comprendre une personne ayant des troubles de la communication	Retour sur le vécu et le ressenti d'être soi-même atteint d'une incapacité à s'exprimer Retour sur les sentiments vécus par les intervenants qui travaillent auprès de ces personnes
11 h 45 – 12 h 45	Dîner			

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
12 h 45 – 13 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les stratégies et outils de communication afin de mieux interagir avec les personnes ayant une aphasie sévère 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé des différentes stratégies de communication verbales et non verbales à utiliser par les intervenants lors de leurs interactions avec la clientèle 	Présentation théorique, présentation de vidéos et de cas cliniques Reconnaitre les stratégies de communication aidantes	Discussions concernant des vidéos illustrant les stratégies inadéquates et adéquates de communication
13 h 45 – 14 h 15	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître les troubles du langage associé à l'hémisphère droit • Reconnaître les troubles de la communication des personnes ayant une démence 	<ul style="list-style-type: none"> • Cause et description des principaux troubles du langage reliés à une atteinte à l'hémisphère droit • Les différents troubles de la communication d'une personne ayant une démence 	Exposés interactifs, discussions Identifier les troubles spécifiques d'une atteinte à l'hémisphère droit et leurs impacts sur la communication Distinguer les troubles de la communication des autres troubles cognitifs reliés à la démence dans votre milieu	Inviter les participants à identifier l'impact direct des troubles associés à l'hémisphère droit et à la démence sur leur travail auprès de cette clientèle
14 h 15 – 14 h 30	Pause			
14 h 30 – 16 h	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer l'utilisation des différentes stratégies de communication dans son travail quotidien • Aider la personne ayant un trouble sévère de la communication à 	<ul style="list-style-type: none"> • La communication en CHSLD • Établir un plan de communication personnalisé (PCP) • Participer aux décisions qui les concernent : 	Compte rendu de recherches cliniques, discussion de groupe et histoires de cas Identifier ce qui facilite la communication pour chaque usager	Inviter les participants à identifier la spécificité des stratégies de communication de leur clientèle selon leur milieu de travail

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
	participer aux décisions qui la concernent	<ul style="list-style-type: none"> - en réadaptation - en CHSLD • sur le plan médical 	Capsules d'exemples cliniques Présentation du formulaire imagé de Niveau d'intervention médicale (NIM) et de réanimation cardio-respiratoire (RCR) Identifier ce qui facilite la communication pour chaque usager	Retour sur la maîtrise des stratégies proposées et le réalisme de leur application en milieu de travail
16 h – 16 h 30	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusion 	<ul style="list-style-type: none"> • Matériel disponible • Liste des références 	Présentation du matériel disponible sur le marché ou en ligne Savoir où se référer pour obtenir du matériel et de l'information complémentaire	Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Références citées

- Aziosa, J-H., Jack S. Damico, J.S. (2020). Clinical Practice Recommendations for Improving Life Participation for People With Aphasia in Long-Term Care. *Perspectives of the ASHA Special 384 Interest Groups*, 5; 384-396.
- Beaudoin, N., De Serres, L., Forté, D., Julien, M. et Bouchard, D. (2016) La communication avec la personne handicapée. Dans Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (Édit), *La communication professionnelle en santé*. Montréal : Éditions du nouveau pédagogique (ERPI).
- Bourgeois, M., Fried-Oken, M., and Rowland, C. (2010) AAC Strategies and tools for persons with dementia. *The ASHA Leader*, 15, 3.
- Bowers, B. J., Chu, C. H., Wu, B., Thompson, R. A., Lepore, M. J., Leung, A. Y., ... & McGilton, K. S. (2021). What COVID-19 innovations can teach us about improving quality of life in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(5), 929-932.
- De Serres, L. Julien, M. & Beaudoin, N. (Mai 2014). *Communication multimodale et accès aux technologies chez deux personnes présentant une dysarthrie sévère acquise et des problèmes moteurs complexes*. Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ), Laval.
- Downs, M., Collins, L. (2015). Person-centred communication in dementia care *Nurs. Stand.*, 30 (11) pp. 37–46
- Gagnon, J-D. (2020) La Navrure. Roman autobiographique. Éd. VLB. <https://www.leslibraires.ca/livres/la-navrure-jean-daniel-gagnon-9782896498277.html>
- Généreux, S., Julien, M., Larfeuil, C., Lavoie, V., Soucy, O. & Le Dorze, G. (2004). Using communication plans to facilitate interactions with communication-impaired persons residing in long-term care institutions. *Aphasiology*, 18, (12) 1161-1175.
- Jensen, L.R., Løvholt, A.P., Sørensen, I.R., Blüdnikow, A.M., Iversen, H.K., Hougaard, A., Mathiesen, L.L. & Forchhammer, H.B. (2015) Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia, *Aphasiology*, 29:1, 57 80, DOI: 10.1080/02687038.2014.955708
- Julien, M., MacMahon, M. Fortin, J.-M. Lamarre, C., Beaudoin, N., Barthelemy, D.. (2021). Immediate effects of postural repositioning on maximum phonation duration tasks in seated individuals with acquired dysarthria: a pilot study. *Disability and Rehabilitation*. DOI: 10.1080/09638288.2020.1867905
- Julien, M. (2009) Améliorer les échanges communicatifs en centre d'hébergement. *Rééducation orthophonique : Revue de la fédération nationale des orthophonistes de France*, 240, pp. 83-117.
- Julien, M. (2014). Intégrer la personne avec aphasie sévère aux décisions qui la concernent. Dans M.H. Gerber et coll. *Approche thérapeutique neuro-environnementale après une lésion cérébrale*. Paris : De Boeck-Solal. 348p. (p.105-118)
- Julien, M. et Dechelette, L. (2012, réactualisé 2017 sur le site du CIUSSS Centre-sud de l'île de Montréal). *Formulaire multimodal des niveaux d'intervention médicale et de la réanimation cardiorespiratoire*. Site Internet du CSSS Jeanne-Mance.

<https://ccsmtlpro.ca/medecins-pharmaciens-et-professionnels/documentation-par-sujets/outils-d-evaluation-du-niveau-d-intervention-medicale-nim-et-de-la-reanimation-cardiorespiratoire-rcr/>. Consulté mai 2022. <https://ccsmtlpro.ca/medecins-pharmaciens-et-professionnels/documentation-par-sujets/outils-d-evaluation-du-niveau-d-intervention-medicale-nim-et-de-la-reanimation-cardiorespiratoire-rcr/>

- Julien, M. Casseus, E. (2003) Redonner à la personne aphasique du pouvoir sur sa vie : une question d'éthique. *Revue Intervention de l'ordre des travailleurs sociaux du Québec*, vol 117.
- Kong, A. P. H. (2021). COVID-19 and Aphasia. *Current neurology and neuroscience reports*, 21(11), 1-8.
- Kong, A. P. H. (2021). ACNR ARTICLES Keeping people with aphasia worldwide “COVID-informed” amid and after the pandemic. *Stroke*, 11, 1.
- LaBorde, P. J., & Williams, V. (2022). The Surprising Effects of Social Isolation and Loneliness on Physical Health in Older Adults. *Advances in Family Practice Nursing*, 4(1), 13-25.
- Leaman M.C., Azios, J.H. (2021) Experiences of Social Distancing During Coronavirus Disease 2019 as a Catalyst for Changing Long-Term Care Culture. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30; 318–323.
- Le Dorze, G., Julien, M., Brassard, C., Durocher, J., Boivin, G. (1994) An analysis of the communication of adult residents of a long-term care hospital as perceived by their caregivers. *European Journal of Disorders of Communication*, 29, 241-267.
- Le Dorze, G., Julien, M., Généreux, S., Larfeuil, C., Navenec, C., Laporte, D., Champagne, C. (2000). The development of a procedure for the evaluation of communication occurring between residents in long-term care and their caregivers. *Aphasiology*, 14, 17-52.
- Liu Y, Chen Y, Wang Q, et al. One-Year Trajectory of Cognitive Changes in Older Survivors of COVID-19 in Wuhan, China: A Longitudinal Cohort Study. *JAMA Neurol.* 2022;79(5):509–517. doi:10.1001/jamaneurol.2022.0461
- Group Project (Chapey, R., Duchan, J., Elman, R.J., Garcia, L.J., Kagan, A., Lyon, J., Simmons Mackie, N.) (2001) Life Participation Approach to Aphasia. in R. Chapey (ed.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*, (4th. Ed. pp 235-245). Baltimore : Lippincott Williams and Wilkins.
- McGilton, K.S., Sorin-Peters, R., Rochon, E., Boscart, V., Chu, C.H., Stewart, S.C., Sidina, S., (2018). The effects of an interprofessional patient-centered communication intervention for patients with communication disorders. *Applied Nursing Research*, 39, 189-194.
- McGilton, K.S., Rochon, E., Sidani, S., Shaw, A., Ben-David, B.M., Saragosa, M., Boscart, V.M., Wilson, R., Galimidi-Epstein, K.K. & Pichora-Fuller, M.K. (2017). Can We Help Care Providers Communicate More Effectively With Persons Having Dementia Living in Long-Term Care Homes? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 32(1) 41-50.
- OOAQ (2017). *Les meilleures pratiques des orthophonistes et audiologistes en CHSLD et en soutien à domicile*. Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et la collaboration de Marie Julien, Guylaine Le Dorze, Claire Croteau, Jean-Pierre Gagné, Linda Gagnon, Monique Bois, Sophie Chesneau-Faure et Laura Monetta Commentaires de l'OOAQ soumis au Ministre de la santé et des services sociaux.

- OOAQ (2018). Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec. Élaboration du plan d'action 2018-2023. Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec avec la participation de Guylaine Le Dorze, Jonathan Côté, Linda Gagnon, Marie Julien et Suzanne Généreux.
- Page, C.G., Marshall, R.C., Howell, D. & Rowles, G.D. (2017). Use of communication plans by certified nursing assistants: little things mean a lot, *Aphasiology*, DOI: 10.1080/02687038.2017.1376307
- Prorok, J.C. Horgan, S. Seitz, D.P. (2013) Health care experiences of people with dementia and their caregivers: a meta-ethnographic analysis of qualitative studies. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* September 3, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24003093> Consulté le 16 janvier 2019.
- Shrubsole, K., Worrall, L., Power, E. & O'Connor, D.A. (2017) Recommendations for post-stroke aphasia rehabilitation: an updated systematic review and evaluation of clinical practice guidelines, *Aphasiology*, 31:1, 1-24.
- Simmons-Mackie, N. (2009). Thinking Beyond Language: Intervention for Severe Aphasia. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 19, 15-22.
- Sorin-Peters, R. & Patterson, R. (2014) The implementation of a learner-centred conversation training programme for spouses of adults with aphasia in a community setting. *Aphasiology*, 28:6, 731-749, DOI: 10.1080/02687038.2014.891094.
- Taillefer, D., & Geneau, D. (1999). Stratégies de diversion dans la gestion des réactions catastrophiques chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer lors d'actes de soins critiques: un cadre théorique et pratique. *Centre de consultation et de formation en psychogériatrie*.
- Terada, S., Oshima, E., Ikeda, C., Hayashi, S., Yokota, O., & Uchitomi, Y. (2015). Development and evaluation of a short version of the quality of life questionnaire for dementia. *International psychogeriatrics*, 27(01), 103-110
- Wallace, S.E., Donoso Brown, E.V., Saylor, A., Lapp, E., Eskanderb, J. (2020) Designing Occupational Therapy Home Programs for People With Aphasia: Aphasia-Friendly Modifications. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5; 425-434.

Modèle conceptuel et références connexes

- Kagan, A. (1995) Revealing the competence of aphasic adults through conversation: A challenge to health professionals. *Topics in Stroke*
- Kagan, A., Leblanc, K. (2002) Motivating infrastructure change: toward a communicatively accessible, participation-based stroke care system for all those affected by aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 35, (2), 153-170.

Matériel de communication

- Collectif (2^e éd., 2012). *Les Mains Animées 2: Répertoire des pictogestes de la banque Les Mains Animées*. Montréal : Centre de suppléance à la communication orale et écrite du Québec <https://recitas.ca/parlerpictos/> . Consulté mai 2022.

- Collectif (2^e éd., 2012). *Parlerpictos 2: Répertoire des pictogrammes de la Banque Parlerpictos*. Montréal : Centre de suppléance à la communication orale et écrite du Québec <https://recitas.ca/parlerpictos/> . Consulté, mai 2022.
- Kagan, A., Shumway, E. (2003). *Talking To Your Doctor - Help Your Doctor To Help You*. Aphasia Institute, Toronto. 79 p. [Traduction 2008 par M. Julien]
- Kagan, A., Shumway, E., DeBrito, C., Julien, M. & Le Dorze, G. (2003). *Talking To Your Occupational Therapists - Help Your Occupational Therapist To Help You*. Aphasia Institute, Toronto. 123 p. [Traduction 2008 par M. Julien]
- Kagan, A., Shumway, E., DeBrito, C., Julien, M. & Le Dorze, G. (2003). *Talking To Your Nurse - Help Your Nurse To Help You*. Aphasia Institute, Toronto. 79 p. [Traduction 2008 par M. Julien]
- Kagan, A., Shumway, E., Julien, M. & Des Ormeaux, N. (2003). *Talking To Your Physiotherapist - Help Your Physiotherapist To Help You*. Aphasia Institute, Toronto. 79 p. [Traduction 2008 par M. Julien]
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N. (2007) **Application of the ICF in Aphasia**. *Semin Speech Lang*, 28, 244-253.
- Kagan, A., Winckel, J. & Shumway, E. (1996). *Pictographic Communication Resources Binder (PCR)*. Aphasia Institute, Toronto. [Traduction 2007 par A.-M. Gérin-Lajoie et M. Julien: *Recueil de communication pictographique – Établir des rampes d'accès à la communication.*]
- Kagan, A., Bindman, B. & Cohen-Schneider, R. (2003). What is Aphasia? Aphasia Institute, Toronto. 79 p. [Traduction 2008 par J. Winckel et M. Julien].

Autres publications de la formatrice

- Julien, M. et Gerber, M.H. (2014). Évolution d'une personne présentant une dysarthrie et dysphagie sévères de type ataxique : Approche NER21 en binôme physio-orthophoniste sur plusieurs années. Dans M.H. Gerber et coll. *Approche thérapeutique neuro-environnementale après une lésion cérébrale*. Paris : De Boeck-Solal. 348p.
- Julien, M. (2012). Un cheminement à maintes intersections. Dans F. Vander Linden et F. Estienne (dir.). *Pratiquer l'orthophonie* (p. 145-152) Paris : Elsevier-Masson.

Formation continue
Formation de 7 h

La prise en charge infirmière en contexte de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

France Lafrenière inf., B.Sc., M.Sc., B.A. équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

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

Andrée-Anne Rhéaume, inf., B.Sc., M.B.A., M.Sc. (c), équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

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

Collaboration

Eve Daepfen, T.S., APPR, équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Noémie Robert, erg. DESS andragogie, équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

La complexité des soins gériatriques requiert des connaissances de pointe sur la spécificité de l'aîné. Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont au nombre de ces affections complexes qui méritent une attention particulière et une démarche clinique rigoureuse.

L'évaluation gériatrique systémique est primordiale dans la démarche de gestion des SCPD. En effet, selon la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec, il incombe à l'infirmière d'évaluer toute personne symptomatique et d'assurer la surveillance clinique de son état de santé. Pour cela, elle doit détenir des compétences qui incluent le suivi et l'analyse des données objectives pour permettre un raisonnement diagnostique et éclairer la prise de décision. Elle doit aussi posséder des compétences pour entretenir une communication optimale avec les équipes de soins, les professionnels, les usagers et leurs proches. L'infirmière doit pouvoir être un chef de file essentiel au succès des initiatives de soins aux patients visant la gestion des SCPD. Elle doit pouvoir exercer une influence significative sur la coordination du travail d'équipe et sur les efforts individuels et collectifs pour atteindre des objectifs cliniques communs. Son leadership est déterminant pour la qualité et la sécurité des soins dispensés aux usagers.

LES BUTS DE LA FORMATION

Cette formation vise le développement de l'expertise gériatrique chez l'infirmière par l'appropriation de connaissances basées sur les données probantes, au regard de la démarche réflexive du processus clinique infirmier en contexte de TNCM et de SCPD. Des connaissances spécifiques sur le vieillissement normal permettront à l'infirmière d'évaluer la gravité des signes et symptômes atypiques chez la clientèle; d'anticiper et de dispenser des soins appropriés avant même la manifestation des besoins de l'aîné; d'exercer pleinement son leadership; et de communiquer efficacement les constats infirmiers tout en coordonnant le travail d'équipe **CLIENTELE CIBLE**

Cette formation s'adresse particulièrement aux infirmières et infirmiers (infirmières, ASI, AIC, conseillères en soins, gestionnaires, etc.) œuvrant auprès d'aînés atteints d'un TNCM et présentant des SCPD, peu importe leur milieu de pratique.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux infirmières et infirmiers (infirmières, ASI, AIC, conseillères en soins, gestionnaires, etc.) œuvrant auprès d'aînés atteints d'un TNCM et présentant des SCPD, peu importe leur milieu de pratique.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, il est demandé aux participants de :

- Faire les lectures préalables suivantes :
 - Approche adaptée à la personne âgée p. 19 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>
 - Approche non-pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence p. 4 à 9 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>
 - Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence p. 3 et 5 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-07W.pdf>
- Compléter une activité réflexive et l'avoir en main lors de l'activité de formation :
 - Nommer les outils de communication utilisés dans le milieu clinique pour transmettre l'information (ex. PTI, notes au dossier, PSTI).
 - Nommer les canaux de communication présents dans le milieu clinique (ex. salle de communication, caucus, rencontre interdisciplinaire).
 - Nommer les obstacles et facilitateurs à la communication dans le milieu clinique.

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 10	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguer les principaux troubles neurocognitifs majeurs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Différentes mémoires ▪ Principaux troubles neurocognitifs majeurs <ul style="list-style-type: none"> - De type Alzheimer - De type vasculaire - De type frontotemporale - De type corps de Lewy 	Exposé interactif	Quiz Mise en situation
9 h 10 – 9 h 30	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, identifier leurs causes et expliquer la démarche de prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Symptômes comportementaux : <ul style="list-style-type: none"> - Agitation physique agressive et non agressive - Agitation verbale agressive et non agressive ▪ Symptômes psychologiques : <ul style="list-style-type: none"> - Hallucinations - Illusions - Idées délirantes - Dépression - Anxiété ▪ Définition du besoin compromis 	Exposé formel	

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"> ▪ Étapes de l'arbre décisionnel de la gestion optimale des SCPD 		
9 h 30 – 9 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Définir le rôle et les responsabilités de l'infirmière dans son champ d'exercice lors de la gestion des SCPD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadre légal de l'exercice infirmier ▪ Étapes de la démarche clinique infirmière dans l'arbre décisionnel de gestion des SCPD : évaluation-intervention-réévaluation 	Exposé interactif	
9 h 45 – 10 h 15	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les signes gériatriques atypiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vieillesse normale ▪ Signes gériatriques atypiques : <ul style="list-style-type: none"> - Changement de l'état mental - Perte d'autonomie - Changement de comportement 	Exposé interactif	
10 h 15 – 10 h 30	Pause			
10 h 30 – 11 h 30	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les composantes de base de l'examen clinique et leur utilité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen clinique : <ul style="list-style-type: none"> - Anamnèse (PQRS TU) - Examen physique : inspection, auscultation, percussion, palpation 	Exposé interactif	Repris en étude de cas (après-midi) pour consolider l'objectif

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"> ▪ Défis de l'examen physique en présence de SCPD et stratégies d'approche 		
11 h 30 – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les outils d'évaluation et les instruments de mesure appropriés en contexte de SCPD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Description des comportements : <ul style="list-style-type: none"> - Note d'évolution - CMAI - NPI ▪ Outils <ul style="list-style-type: none"> - Examen physique infirmier : - Examen clinique infirmier de 1ère ligne - Histoire biographique - MMSE, MoCA - PACSLAC/PAINAD - EDG /Cornell - CAM/4AT - Habitude d'hygiène antérieure - Échelle de Zarit - Grille d'observation comportementale 	Exposé interactif	Repris en étude de cas (après-midi) pour consolider l'objectif
12 h – 13 h	Dîner			

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 h	<ul style="list-style-type: none"> • Interpréter les résultats des évaluations 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constats découlant de l'évaluation clinique SCPD : <ul style="list-style-type: none"> - Examen physique - Outils d'évaluation 	Exposé interactif Étude de cas (en sous-groupe)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier et coordonner les interventions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions non pharmacologiques en lien avec les constats de l'évaluation ▪ Personnalisation des interventions selon l'histoire biographique ▪ Interventions pharmacologiques ▪ Mobilisation de la collaboration interprofessionnelle 	Exposé interactif Étude de cas (en sous-groupe)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer les interventions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Outils et instruments de mesure utilisés lors de l'évaluation ▪ Efficacité des interventions non-pharmacologiques ▪ Efficacité et effets secondaires de la médication ▪ Suivi avec les professionnels 	Exposé interactif Étude de cas (en sous-groupe)	

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
		de l'efficacité de leurs interventions		
15 h – 15 h 15	Pause			
15 h 15 – 16 h 15	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguer les différentes dimensions de la communication 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication formelle et informelle ▪ Communication verbale et non verbale ▪ Communication écrite ▪ Outils de communication 	Exposé interactif	Activité réflexive Quiz
	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les composantes de la communication interprofessionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Savoir : <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des zones de compétences communes - Ouverture au chevauchement des rôles - Négociation et réorganisation des contributions de chacun - Facilitateurs et obstacles au travail d'équipe ▪ Savoir-être : <ul style="list-style-type: none"> - Communications interpersonnelles 	Exposé interactif	Quiz

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"> - Engagement des membres de l'équipe - Décisions partagées ▪ Savoir-faire : <ul style="list-style-type: none"> - Techniques pour favoriser les communications au sein des réunions - Stratégies pour améliorer les rencontres d'équipe 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser son leadership infirmier dans les communications 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notion de leadership ▪ Éléments-clés pour susciter le changement 	Exposé interactif	Présentation d'images signifiantes
	<ul style="list-style-type: none"> • Traduire les constats infirmiers et les propositions d'interventions en éléments de communication 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication: <ul style="list-style-type: none"> - Usager / personne proche aidante - Équipes de soins, de professionnels et de soutien 	Exposé interactif Étude de cas (en sous-groupe)	
16 h 15 – 16 h 30	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusion et échange 			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., Herr, K. (2020). Pain in dementia. PAIN Reports Volume 5 - Issue 1 - p e803. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7004504/>
- Agata, E. D., Loeb, M. B., & Mitchell, S. L. (2013). Challenges in assessing nursing home residents with advanced dementia for suspected urinary tract infections. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(1), 62-66.
- Agence de la santé publique du Canada (2020). Une stratégie sur la démence pour le Canada – Rapport annuel de 2020. (Publication no. 200080). Repéré à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/strategie-demence.html>
- Agit, A., Balci, C., Balam Yavuz, B., Cankurtaran, E., Emin Kuyumcu, M., Halil, M., Arıogul, S., et Cankurtaran, M. (2018). An Iceberg Phenomenon in Dementia: Pain. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, Vol. 31(4) 186-193. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0891988718785765>
- Atfee, M., Morris, T., Macfarlane, S. & Cunningham, C. (2021). Pain in Dementia: Prevalence and Association With Neuropsychiatric Behaviors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 6(6)1215-1226. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.011>.
- Albers, G., Froggatt, K., Van den Block, L., Gambassi, G., Berghe, P.V., Pautex, S., et Van Den Noortgate, N. (2016). Une exploration qualitative du travail collaboratif entre soins palliatifs et médecine gériatrique: barrières et facilitateurs dans une perspective européenne. *Soins palliatifs BMC*, 15 (1), 47.
- Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., et Jones, E. (2011). La maladie d'Alzheimer. *Lancet* (Londres, Angleterre), 377 (9770), 1019-1031.
- Bandstein, N., Ljung, R. Johansson, M. Holzmann, M.J. Undetectable High-Sensitivity Cardiac Troponin T Level in the Emergency Department and Risk of Myocardial Infarction. (2014). *Journal of the American College of Cardiology*, 63(23), p. 2569-2578.
- Bandstein, N., Rickard, L., Holzmann, M.J. Risk of revisits to the emergency department in admitted versus discharged patients with chest pain but without myocardial infarction in relation to high-sensitivity cardiac troponin T levels. (2016). *International Journal of Cardiology*, 203, p. 341-346.
- Berger, V., & Ducharme, F. (2019). Le leadership infirmier: un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession. *Recherche en soins infirmiers*, (1), 6-6.
- Bhalla, M.C., Wilber, S.T., Stiffler, K.A., Ondrejka, J.E., Gerson, L.W. Weakness and fatigue in older ED patients in United States. (2014). *American Journal of Emergency Medicine*, 32, p. 1395-1398.
- Bjerre, L. M., Farrell, B., Hogel, M., Graham, L., Lemay, G., McCarthy, L., ... & Welch, V. (2018). Déprescription des antipsychotiques pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'insomnie: Guide de pratique clinique fondé sur des données probantes. *Canadian Family Physician*, 64(1), e1-e12.
- Blazer, D. (2013). Troubles neurocognitifs dans le DSM-5. *Journal américain de psychiatrie*, 170 (6), 585-587.

- Braaten, AJ, Parsons, TD, McCUE, ROBERT, Sellers, A., et Burns, WJ (2006). Diagnostic différentiel neurocognitif des maladies démentielles: démence d'Alzheimer, démence vasculaire, démence frontotemporale et trouble dépressif majeur. *Journal international des neurosciences* , 116 (11), 1271-1293.
- Breeuwsma, A. C., Hartog, L. C., Kamper, A. M., Groenier, K. H., Bilo, H. JG., Kleefstra, N., Van Hateren, K. JJ. (2017). Standing orthostatic blood pressure measurements cannot be replaced by sitting measurements. *Hypertension Research*. 40, p. 765-770.
- Bunn. K.D. et Hooper, L. (2019). Signs and Symptoms of Low-Intake Dehydration Do Not Work in older Care Home Residents : DRIE Diagnostic Accuracy Study. *JAMDA*, 20 (2019) 963e970. Repéré à : <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.01.122>
- Calvet, B. (2019). Doit-on utiliser les psychotropes dans le traitement des troubles psychologiques et comportementaux associés aux troubles neurocognitifs majeurs?. *French Journal of Psychiatry*, 1, S47.
- Canadian Alliance of Community Health Centre Associations. (2007). Building Better Teams : A Toolkit for Strengthening Teamwork in Community Health Centres. Repéré à : <https://www.allianceon.org/sites/default/files/documents/Building%20Better%20Teams%20Toolkit%20--%202007.pdf>
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014 et rev. 2018). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). Repéré à https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Actualites/Guide_explicatif-Continuum_vFR_18-07-31.pdf
- Centre pour l'éducation et l'échange de connaissances dans le domaine du vieillissement, Baycrest. (2012). Trousse d'outils pour l'éducation et les soins interprofessionnelles Baycrest. Repéré à : [https://www.baycrest.org/Baycrest/Education-Training/Centre-for-Learning,-Research-innovation/Our-Programs/Baycrest-Toolkit-for-Interprofessional-Educational-\(1\).aspx](https://www.baycrest.org/Baycrest/Education-Training/Centre-for-Learning,-Research-innovation/Our-Programs/Baycrest-Toolkit-for-Interprofessional-Educational-(1).aspx)
- Chua, W. L., & Liaw, S. Y. (2016). Assessing beyond vital signs to detect early patient deterioration. *Evidence-Based Nursing*, 19(2), 53-53.
- Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M. , Marx, MS., Thein, K. & Regier, NG. (2015). Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? *Psychiatry Res*. 2015 Jul 30;228(1):59-64.
- Collins, M., et Claros, E., (2011). Recognizing the face of dehydration. *Nursing* , 41(8):26-31; quiz 31-2. Repéré à : https://journals.lww.com/nursing/fulltext/2011/08000/Recognizing_the_face_of_dehydration.10.aspx
- 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.
- Covelet, R. (2007). Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 30(4), 249-262.
- Coventry, L. L., Bremner, A. P., Williams, T. A., Celenza, A., Jacobs, I. G., Finn, J. Patients with and without chest pain : A cohort study. (2015). *Heart, Lung and Circulation*, 24, p. 796-805.

- Deardorff, W.J., Grossberg, G.T. (2019) Chapter 2 Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer’s dementia and vascular dementia, *Handbook of Clinical Neurology*, 165, 5-32.
- Douglas, C., Booker, C., Fox, R., Windsor, C., Osborne, S., & Gardner, G. (2016). Nursing physical assessment for patient safety in general wards: reaching consensus on core skills. *Journal of clinical nursing*, 25(13-14), 1890-1900.
- Egilsdottir , H.O., Byermon, K.R., Moen, A., Eide, H. (2019). Revitalizing physical assessment in undergraduate nursing education – what skills are important to learn, and how are these skills applied during clinical rotation? A cohort study. *BMC Nursing*, 18(41), 1-11.
- Ellis, G., et Sevdalis, N. (2019). Comprendre et améliorer l'équipe multidisciplinaire travaillant en médecine gériatrique. *Âge et vieillissement* , 48 (4), 498-505.
- Godbole, G., Cerruto, N., & Chavada, R. (2020). Assessment and management of urinary tract infections in older adults.
- Haber, N., Paute, J., Gouot, A., Garcia, J. S., Rouquet, M. L., Sahraoui, L., ... & Cambau, E. (2007). Incidence et caractéristiques cliniques des infections urinaires symptomatiques dans un hôpital gériatrique. *Médecine et maladies infectieuses*, 37(10), 664-672.
- Heppner, H. J., Cornel, S., Peter, W., Philipp, B., Katrin, S. (2013). Infections in elderly. *Critical care clinic*. 29, p. 757 -774
- Hofman, M.R., van den Hanenberg, F., Sierevelt, I.N., Tulner, C.R. Elderly patients with an atypical presentation of illness in the emergency department. (2017). *The Netherlands Journal of medicine*, 75(6), p. 241-246.
- Hooper et al. (2015) Clinical symptoms, signs and tests for identification of impending and current water-loss dehydration in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4. Art. No.: CD009647. doi: 10.1002/14651858.CD009647.pub2.
- Husebo, B.S., Achterberg, W. et Flo., E. (2016). Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer’s Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. *CNS Drugs*, 30:481–497. doi: 10.1007/s40263-016-0342-7
- Institut canadien pour la santé des patients. Module 3 : Communications : Favoriser l’entente avec les patients et les aidants naturels, révisé septembre 2017. Repéré à : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/PatientSafetyEducationCurriculum/Pages/Module-3-Communication.aspx>
- Institut canadien pour la santé des patients. Module 4 : Le travail d’équipe : Être un coéquipier efficace. Révision septembre 2017. Repéré à : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/PatientSafetyEducationCurriculum/Pages/Module-4-Teamwork.aspx>
- Jenny Wei, Y. J., Chen, C., Fillingim, R. B., DeKosky, S. T., Schmidt, S., Pahor, M., Solberg, L., & Winterstein, A. G. (2021). Uncontrolled Pain and Risk for Depression and Behavioral Symptoms in Residents With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(10), 2079–2086.e5.
- John M. Travaline, Robert Ruchinskis et Gilbert E. D’Alonzo, Jr.(2005), [Patient-Physician Communication: Why and How](#) , *JAOA*, vol. 105, no 1 (janvier 2005), p. 13-18.

- Johnson, P. Et Hahn, R.G. (2018). Signs of Dehydration in Nursing Home Residents. Journal of the American Medical Directors Association, Volume 19, Issue 12, Pages 1124-1128. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S152586101830416X?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS152586101830416X%3Fsho-wall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F30228079%2F>
- Kennedy, K. J., Forsythe, D., Wagner, J., & Eckert, M. (2021). Clinical pathways for the evidence-based management of behavioural and psychological symptoms of dementia in a residential aged care facility: A rapid review. *Australasian journal on ageing*, 40(4), 347–355. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1111/ajag.12990>
- Liljas, A. E., Jones, A., Cadar, D., Steptoe, A., & Lassale, C. (2020). Association of Multisensory Impairment With Quality of Life and Depression in English Older Adults. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 146(3), 278-285.
- MacLaughlin, E.J. Slaton, J.F., Young, R.B., DePalma, S.M. Blood pressure targets : How low should you go (and for whom)? *The Journal of Family Practice*, July 2018, 67 (7), p. 416-425.
- M. A. Stewart (1995), [Effective physician-patient communication and health outcomes: a review](#) , JAMC, vol. 152, no 9 (mai 1995), p. 1423-33.
- Mager, D. R., & Lange, J. (2014). Teambuilding across healthcare professions: the ELDER project. *Applied Nursing Research*, 27(2), 141-143.
- Mayne, S., Bowden, A., Sundvall, P. D., & Gunnarsson, R. (2019). The scientific evidence for a potential link between confusion and urinary tract infection in the elderly is still confusing-a systematic literature review. *BMC geriatrics*, 19(1), 32.
- Mélissa, P., Franck, D., De La Sayette, V., Francis, E., Desgranges, B., & Laisney, M. (2017). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence: au-delà du syndrome frontal. *Revue Neurologique*, 173, S36.
- Mentès, C.G. et Wang, J. (2011). Measuring Risk for Dehydration in Nursing Home Residents: Evaluation of the Dehydration Risk Appraisal Checklist. *Gerontological Nursing*. 2011;4(2):148-156. <https://doi.org/10.3928/19404921-20100504-02>.
- 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>
- MSSS, 2014. Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (Publication no : 14-829-06W). Repéré sur le site du Gouvernement du Québec : www.msss.gouv.qc.ca
- MSSS, 2014. Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (Publication no : 14-829-08W). Repéré sur le site du Gouvernement du Québec : www.msss.gouv.qc.ca
- MSSS, 2014. Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (Publication no : 14-829-07W). Repéré sur le site du Gouvernement du Québec : www.msss.gouv.qc.ca
- MSSS, 2015. Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (Publication no : 14-829-05W). Repéré sur le site du Gouvernement du Québec : www.msss.gouv.qc.ca

- Nemec, M., Koller, M.T., Nickel, C.H., Maile, S., Winterhalder, C., Karrer, C., Laifer, G., Bingisser, R. (2010). Patients Presenting to the Emergency Department With Non-Specific Complaints (BANC Study), *Academic Emergency Medicine*, 17(3), p. 284-292.
- Nitchingham, A., & Caplan, G. A. (2021). Current Challenges in the Recognition and Management of Delirium Superimposed on Dementia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 17, 1341–1352. [https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.2147/NDT.S247957](https://doi.org/acces.bibl.ulaval.ca/10.2147/NDT.S247957)
- Oates L. et al. (2017) A protocol for assessing the risk of dehydration in older people. *Nursing Times*, 113: 1, 37-40. Repéré à: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/nutrition/a-protocol-for-assessing-the-risk-of-dehydration-in-older-people-03-01-2017/>
- Oates, L.L. et Price C.J., (2017). Clinical assessments and care interventions to promote oral hydration amongst older patients: a narrative systematic review. *BMC Nursing*, 16:4. Repéré à: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-016-0195-x>
- Odell, M., Victor, C., & Oliver, D. (2009). Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: systematic literature review. *Journal of advanced nursing*, 65(10), 1992-2006.
- OIIAQ, Profil des compétences de l'infirmière et de l'infirmier auxiliaire. Repéré à : <https://www.oiiq.org/files/content/Public/Inspection-professionnelle/OIIAQ-2020-PROFIL-COMPETENCES-FR-FINAL.pdf>
- 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.
- Poulin, A. (2019). Validation d'une grille d'observation des comportements de douleur chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs.(Mémoire de maîtrise). Université Laval, Québec, Québec.
- Piirainen P, Pesonen H-M, Kyngäs H, Elo S. (2021) Challenging situations and competence of nursing staff in nursing homes for older people with dementia. *Int J Older People Nurs*. 00:e12384. <https://doi.org/10.1111/opn.12384>
- Quality Improvement & Innovation Partnership (QIIP). (2010). Team Building Part A : Ressource Guide. Repéré à : <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qi-rg-team-building-part-a-0901-en.pdf>
- Sachdev, P.S., Blacker, D., Blazer, D.G., Ganguli M., Jeste, D.V., Paulsen J.S. & Petersen, R.C. (2014). Classifying neurocognitive disorders : the DSM-5 approach. *Nature reviews neurology*, 10, 634-642. published online 30 September 2014; doi:10.1038/nrneurol.2014.181
- Sauer, J., Rabelo, E. R., Castro, R. A., Goldraich, L. Rohde, L. E., Clausell, N., Beck-da-Silva, L. (2010). Nurses' performance in classifying heart failure patient based on physical exam : comparaison with cardiologist's physical exam and levels of N-terminal pro-B-type natriuretic peptide. *Journal of clinical Nursing*. 19, p. 3381-3389.
- Scully, N. J. (2015). Leadership in nursing: The importance of recognising inherent values and attributes to secure a positive future for the profession. *Collegian*, 22(4), 439-444.

- Shenvi, C. L., & Platts-Mills, T. F. (2019). Managing the elderly emergency department patient. *Annals of emergency medicine*, 73(3), 302-307.
- Shirey, M. R. (2020). Self-Efficacy and the Nurse Leader. *Nurse Leader*, 18(4), 339-343.
- Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, Vol. 15, no 3, mai 2006 mis-à-jour en mars 2016 version québécoise, La communication. Repéré à **Erreur! Référence de lien hypertexte non valide.** <https://cnps.ca/wp-content/uploads/2020/03/Communication-fr-QC2016.pdf>
- Stanley, D., & Stanley, K. (2018). Clinical leadership and nursing explored: A literature search. *Journal of clinical nursing*, 27(9-10), 1730-1743.
- Tay, H.S., Harwood, R. (2020). Atypical presentation of COVID-19 in a frail older person. *Age and Ageing*, p. 1-2
- Thomas, M. (2020) Why is dehydration a problem in older patients and care home residents? *Nursing Times*, 116: 8, 45-48. Repéré à : <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/nutrition-and-hydration/why-is-dehydration-a-problem-in-older-patients-and-care-home-residents-06-07-2020/>
- Tible, P.O., Riese, F., Savaskan, E. et Von Gunten, A. (2017) Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, Vol. 10(8) 297–309. Repéré à https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5518961/pdf/10.1177_1756285617712979.pdf
- Vanathy D.A., Markocic, S., Wilson, V., Mikleus, R., Madathikudiyil, P.L., Olga, T. Et Nicole. D. (2019). Is this pain? *Australian Nursing & Midwifery Journal*. Volume 26, No.7. Repéré à : <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=458209101026983;res=IELHEA>
- Vivanti, A., Harvey, K., Ash, S., Battistutta, D. (2008). Clinical assessment of dehydration in older people admitted to hospital What are the strongest indicators? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 47 (2008) 340–355. Repéré à : <https://www.clinicalkey.com#!/content/playContent/1-s2.0-S0167494307001884?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0167494307001884%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F17996966%2F>
- Volkert, D., Beck, A-M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Doisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C.C., Sobotka, L., Van Asselt, D., Wirth, R., Bischoff, S.C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38 (2019) 10e47. Repéré à : <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
- Voyer, P. Pour une reconnaissance de la complexité des soins infirmiers gériatriques. *L'infirmière du Québec*. Mars-Avril 2020, p. 12-18.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Dans L. Thouin et P. Voyer, *L'interdisciplinarité* (p. 661-668). St-Laurent (QC) : PEARSON-ERPI
- Voyer, P. (2021) *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* 3e édition. Les éditions du renouveau pédagogique: Montréal.

- Wachelder JJH, Stassen PM, Hubens LPAM, Brouns SHA, Lambooi SLE, Dieleman JP, et al. (2017) Elderly emergency patients presenting with non-specific complaints: Characteristics and outcomes. PLoS ONE 12(11): e0188954. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188954>
- Wary, B (2010). Utilisation des échelles Algoplus et Doloplus; recommandations du collectif Doloplus. Document pdf Récupéré de : http://www.mobiqua.org/douleur/SOURCES/SHARED-OUTILS-EVALUATION/COLLECTIF_2010_RECO_ALGO_DOLOPLUS.pdf
- West, S. L. (2006). Physical assessment: whose role is it anyway?. Nursing in critical care, 11(4), 161-167.
- Woo, B. K., Daly, J. W., Allen, E. C., Jeste, D. V., & Sewell, D. D. (2003). Unrecognized medical disorders in older psychiatric inpatients in a senior behavioral health unit in a university hospital. Journal of geriatric psychiatry and neurology, 16(2), 121-125.
- Wu, M. L., Pu, L., Grealish, L., Jones, C., & Moyle, W. (2020). The effectiveness of nurse-led interventions for preventing urinary tract infections in older adults in residential aged care facilities: A systematic review. Journal of Clinical Nursing, 29(9-10), 1432-1444
- Zúñiga, F., De Geest, S., Guerbaai, R. A., Basinska, K., Nicca, D., Kressig, R. W., ... & Desmedt, M. (2019). Strengthening Geriatric Expertise in Swiss Nursing Homes: INTERCARE Implementation Study Protocol. Journal of the American Geriatrics Society, 67(10), 2145-2150.

L'éthique en gériatrie : aider la résolution des dilemmes fréquemment rencontrés

Docteur Félix Pageau, MD, FRCPC, gériatre, M.A. philosophie, **professeur de clinique**, Faculté de médecine de l'Université Laval, Chercheur régulier au CEVQ et VITAM – centre de santé durable, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Université Laval, Responsable de l'Axe éthique et santé de l'Institut d'éthique appliquée, Faculté de philosophie de l'Université Laval, Chercheur associé de l'Institut de bioéthique de Bâle en Suisse et *fellow* d'éthique clinique du Centre MacLean à Chicago aux États-Unis

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

L'éthique en gériatrie, tout comme cette surspécialité de la médecine interne, est en plein essor. Le vieillissement de la population, au Québec comme ailleurs dans le monde, couplé à une rationalisation des ressources mèneront à de plus en plus d'enjeux éthiques. Les situations risquant de créer des dilemmes sont variées en gériatrie. L'intervention de plusieurs soignants, de nombreux membres de famille et de la personne âgée amène des perspectives qui peuvent être totalement opposées.

Cette formation vise à outiller les professionnels et travailleurs de la santé qui s'intéressent aux questions éthiques. Nous discuterons des principes éthiques, des valeurs et des émotions pour mettre la table aux débats qui suivent. Les grandes théories éthiques contemporaines seront présentées telle l'éthique du care, narrative, clinique, appliquée, et la bioéthique. Des enjeux précis en gériatrie seront discutés en profondeur (par exemple : le niveau de soins, la maltraitance, la déclaration d'inaptitude, la conduite automobile et l'euthanasie).

LES BUTS DE LA FORMATION

Nous souhaitons contribuer au développement de l'esprit critique des participants ; les informer par rapport à l'éthique clinique en gériatrie et leur permettre de débattre des enjeux actuels pour améliorer leur manière d'en discuter éthiquement.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux cliniciens qui travaillent en gériatrie et aux intervenants en santé œuvrant auprès des personnes âgées en général. Selon le nombre d'inscriptions, les membres du public avec un intérêt pour l'éthique sont aussi les bienvenus à participer à un groupe distinct de formation.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants d'effectuer quelques lectures préparatoires obligatoires (fournies 2 semaines avant l'atelier), dont une section du document, *Plan d'action du gouvernement pour contrer la maltraitance des personnes âgées, 2017-2022*. Il sera suggéré aux participants d'amener trois textes scientifiques, éthiques ou philosophiques pour soutenir leur point de vue sur l'aide médicale à mourir en gériatrie particulièrement pour les patients inaptes.

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 30	Connaitre les notions associées aux grandes théories très citées actuellement en éthique clinique	Nous aborderons les grandes théories récentes. Elles seront énoncées et expliquées brièvement soit: l'éthique du care, narrative, clinique, appliquée et la bioéthique Les notions de valeurs, principes et émotions	Un exposé formel sera présenté aux participants	<i>La présentation sera faite par le formateur</i> <i>Les questions des participants seront répondues au fur et à mesure de l'exposé</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
		en éthique seront définis		
9 h 30 – 10 h 30	Faire ressortir les principes éthiques d'une situation particulière en éthique clinique : le niveau de soins	Des cas cliniques avec des conflits en lien avec le niveau de soins seront exposés	Études de cas et travail en sous-groupe	<i>Exercices en sous-groupe</i> <i>Discussion en groupe</i>
10 h 30 – 10 h 45	Pause			
10 h 45 – 11 h 45	Reconnaître les divers types de maltraitance Discuter les cas particuliers de la maltraitance physique et financière	Les notions éthiques de protection et d'autonomie seront mises en perspective dans le contexte de maltraitance par des discussions sur des cas spécifiques de maltraitance financière et physique	Études de cas et discussion en groupe	Lectures préparatoires de certaines sections du Plan d'action du gouvernement pour contrer la maltraitance des personnes âgées, 2017-2022 <i>Puis un exercice de réflexion aidera à la compréhension de la tension éthique entre protection et autonomie.</i>
11 h 45 – 12 h 45	Dîner			
12 h 45 – 13 h 45	Connaître le processus de déclaration à la SAAQ, les données en lien avec les conducteurs âgés, ainsi que les risques et bénéfices associés à la	Conduite automobile : discussion sur les notions de sécurité d'autonomie fonctionnelle.	À la suite d'un jeu-questionnaire, un exposé interactif sera fait et une discussion éthique suivra	<i>Questions « quizz » pour reprendre l'après-midi.</i> <i>Discussion sur les conséquences et bienfaits de la</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
	déclaration d'inaptitude à la conduite automobile	Statistiques en lien avec les accidents chez les personnes âgées		<i>déclaration d'inaptitude à conduire.</i>
13 h 45 – 14 h	Pause			
14 h – 15 h 10	Connaître le processus de déclaration d'inaptitude et ses risques et bénéfices généraux	Déclaration d'inaptitude : conséquences et bienfaits	Études de cas et présentation interactive	<i>Problèmes à résoudre après une mise en situation</i>
15 h 10 – 16 h 20	Réfléchir aux critiques et arguments en faveur de l'aide médicale à mourir (euthanasie) en gériatrie	Discussion des grands arguments en faveur et contre l'euthanasie en gériatrie	Discussions en équipe suivie de débats en groupe	<i>Exercice réflexif avant l'atelier suivi d'un débat en groupe. Lecture facultative du Rapport de la Commission spéciale sur l'évolution de la loi concernant les soins de fin de vie. AssNatQuébec. 2021</i>
16 h 20 – 16 h 30	Conclusion et échange			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Association médicale mondiale. 2006. «International Code of Medical Ethics.» Pilanesberg : 57e assemblée générale de l'AMM.
- Assemblée nationale du Québec. 2021. Rapport de la Commission spéciale sur l'évolution de la loi concernant les soins de fin de vie. ANQ.
- Beauchamp, Tom L., et James Childress. 2009. *Principles of Biomedical Ethics 7e edition*. 7e. New-York: Oxford University Press.
- Bouchard, Sylvie [dir.], Lucy Boothroyd, Michel Rossignol, André Jean, Renée Latulippe, et Annie Tessier. 2015. *Les niveaux d'intervention médicale – niveaux de soins. Portrait de la situation et revue de la littérature*. Portrait de la situation, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Québec: INESSS, 60.
- Chan, Margarette. 2016. *Rapport mondial sur le vieillissement en santé*. Rapport mondial, OMS, vii.
- Comité national d'éthique sur le vieillissement. Sommaire exécutif « Pour lutter contre la maltraitance financière : accompagner l'autonomie de la personne âgée », Gouvernement du Québec. Octobre 2018, Québec, Canada.
- Collège des médecins du Québec. 2021. Aide médicale à mourir : Le Collège des médecins du Québec est favorable à un élargissement lors de troubles neurocognitifs et propose des balises pour les cas de santé mentale. Accès le Décembre 12, 2021. http://www.cmq.org/page/fr/college-favorable-elargissement-troubl...aspx?utm_source=Openfield&utm_medium=email&utm_campaign=B2719767
- 2021. Sondage du CMQ – Les médecins et la population favorables à l'aide médicale à mourir. Accès le Novembre 19, 2021. http://www.cmq.org/cm.q.org/page/fr/sondage-medecins-la-populati...spx?utm_source=Openfield&utm_medium=email&utm_campaign=B2719757
- 2021. Recommandation de positionnement du groupe de réflexion sur l'aide médicale à mourir et les soins de fin de vie. CMQ, 10 décembre 2021. 14 pages
- 2017. Le Consentement – Qu'est-ce que le consentement libre et éclairé ? Accès le Janvier 24, 2017. <http://aldo.cmq.org/fr-CA/GrandsThemes/Consentement/DefConsentement.aspx>.
- 2017. Qui peut inscrire le niveau d'intervention médical au dossier du patient ? Accès le Janvier 23, 2017. <http://www.cmq.org/pdf/banque-info/binfo526.pdf>.
- 2017. Les enjeux de fin de vie – La futilité et l'acharnement thérapeutique. 24 Janvier. <http://aldo.cmq.org/fr-CA/GrandsThemes/EnjeuxFinVie/FutiliteAcharnem.aspx>.
- 2019. Sécurité routière. 17 janvier. <http://www.cmq.org/page/fr/securite-routiere.aspx>.
- 2020. Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec. CMQ. Novembre (mise à jour), Québec, Canada.
- Curateur public, Formulaire « Évaluation médicale dans le cadre d'une demande d'ouverture d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat », Gouvernement du Québec. Septembre 2017, Québec, Canada.
- Collège royale des médecins et chirurgiens du Canada. 2015. «Normes spécifiques d'agrément pour les programmes de résidence en gériatrie.» 6

- Commission spéciale sur mourir dans la dignité (CSMD). Mourir dans la dignité - Rapport 2012. Publication officielle du gouvernement du Québec, Québec, Canada. Mars 2012.
- Gouvernement du Québec. 2020. chapitre C-24.2, r. 40.1 **Règlement relatif à la santé des conducteurs. À jour au 14 juin.** Code de la sécurité routière (chapitre C-24.2, a. 619, par. 2 et 8). **Éditeur officiel du Québec.**
- Halter, Jeffrey B., Joseph G. Ouslander, Stephanie Studenski, Kevin P. High, Sanjay Asthana, Mark A. Supiano, Christine. « Ethics », dans *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 7^e consulté le 12 juin 2019, sur AccesMedicine.
- Hippocrate, *Épidémies*, I, 5.
- Jongsma KR, et coll. 2019. "Dementia and advance directives: some empirical and normative concerns", dans *J Med Ethics*, 45(2); 10.1136/medethics-2018-104951
- Kant, Emmanuel. 1993. *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Paris: Librairie Générale Française.
- Mill, John Stuart. 1988. *L'utilitarisme*. Paris: Flammarion.
- Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînés. 2017. Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées. Québec. Accessible dans le site du ministère de la Famille : mfa.gouv.qc.ca.
- Morais, J.A., P.J. Durand, F. Pageau, « Notre inquiétude face à l'aide médicale à mourir », sur le site LeDevoir.com, 26 février 2021, URL : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/595951/notre-inquietude-face-a-l-aide-medicale-a-mourir>.
- Pageau, Félix. La responsabilité de protéger les personnes âgées vulnérables, 20 juin 2020, PUL, Québec, Canada, 60 pages.
- Plaisance, Ariane et al. 2022. "Quebec population highly supportive of extending Medical Aid in Dying to incapacitated persons and people suffering only from a mental illness: Content analysis of attitudes and representations » dans *Ethics, Medicine and Public Health* 21 (2022) 100759. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2022.100759>.
- Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie [RUSHGQ]. 2013. *Enquête auprès des responsables des Unités de courte durée gériatriques (UCDG) sur leurs ressources professionnelles : ratios actuels et niveau de satisfaction*. Enquête, Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie (RUSHGQ), Québec: Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Bibliothèque et Archives du Canada.
- Roy, David J. 1995. *La bioéthique ses fondements et ses controverses*. Montréal: ERPI.
- Shalowitz, David I., Elizabeth Garette-Mayer, David Wendler. 2006. «The Accuracy of Surrogate Decision Makers – A Systematic Review.» *Archive of Internal Medicine*.
- Schuchter, Patrick & Andreas Heller. 2017. "The Care Dialog: the "ethics of care" approach and its importance for clinical ethics consultation" dans *Med Health Care and Philos*, 21:51-61; DOI 10.1007/s11019-017-9784-z
- Snallow, L. et coll. 2022. "Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life", dans *Lancet*. 399: 837–84; [https://doi.org/10.1016/ S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/ S0140-6736(21)02314-X)
- Sohi, Gurmeet K, Genevieve M. Casey, Jocelyn Chase (2022), Medical Assistance in Dying in older Adults: Having the conversation about Frailty, Dementia, and Advance Requests. *CGS Journal of CME*, 11(2), p.0-11
- Srivastava, Ranjana. 2010. «The power of proxy .» *NEJM*, 4 Novembre.

- —. 2015. *Opinion -- Oliver Saks, who has taught us so much, now teaches us the art of dying*. Juillet. Accès le Novembre 4, 2016. <http://www.theguardian.com/commentisfree/2015/jul/25/oliver-saks-who-has-taught-us-so-much-now-teaches-us-the-art-of-dying>.
- Walsh, Emily. 2020. Cognitive Transformation, Dementia, and the Moral Weight of Advance Directives”, dans *he American Journal of Bioethics*, 20:8, 54-64, DOI: 10.1080/15265161.2020.1781955

Comprendre les comportements défensifs exprimés par les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer

Sylvie Rey, inf. Ph.D., professeure suppléante, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Cette formation est centrée sur les situations des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer qui expriment des comportements protecteurs ou défensifs face à autrui. En apportant une meilleure compréhension de ces comportements, la formation permet à l'apprenant de changer de perspective, soit de passer d'un comportement perçu comme perturbateur et agressif à la compréhension d'un comportement étant réactif et défensif.

En effet, les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ont de la difficulté à comprendre le monde qui les entoure et à exprimer clairement leurs besoins et leurs émotions. Elles sont plus sensibles à la perception de menace et peuvent mal interpréter certains comportements des personnes de son entourage ou certains événements. De ce fait, elles peuvent adopter des comportements pour se protéger ou pour se défendre contre ce qu'elles perçoivent comme une menace.

Les références principales de cette formation sont basées sur les théories expliquant la raison d'être des comportements plutôt que sur les théories de la crise et la gestion des comportements. De plus, l'approche centrée sur la relation entre le soignant et la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est au cœur de la formation. Les fondements théoriques et pédagogiques de l'approche douce et persuasive sont également des références. Bien évidemment, les caractéristiques des capacités et des besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont discutées.

Cette formation implique la participation active des apprenants en mobilisant leurs savoirs théoriques et expérientiels. Aussi, des exercices d'appropriation des différentes techniques seront réalisés. Chaque contenu s'appuie sur des exemples concrets et des vignettes cliniques. Les temps d'échanges entre les apprenants et avec la formatrice permettent de partager et revisiter des situations vécues.

LES BUTS DE LA FORMATION

Cette formation a deux buts principaux :

1. Expliquer pourquoi les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer adoptent des comportements protecteurs et défensifs souvent désignés comme étant perturbateurs et agressifs.
2. Acquérir un ensemble de connaissances utiles, d'outils concrets et de techniques efficaces pour prévenir l'expression de comportements défensifs ou pour les gérer de façon positive et respectueuse.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse à tous les soignants et tous les professionnels qui exercent auprès de personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui vivent à domicile, en résidence privée, en centre d'hébergement et de soins de longue durée ou qui sont hospitalisés.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants de visionner la capsule « Communiquer avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer :

<https://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/cevq/capsules-web#communicationalzheimer>

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"> ▪ Chaque participant est accueilli et intégré au groupe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accueil ▪ Présentation de la formatrice ▪ Tour de salle ▪ Présentation des objectifs et de l'horaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Échanges ▪ Exposés 	
8 h 40 – 9 h 10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprendre les mécanismes des comportements agressifs 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Différencier entre agitation, agressivité, résistance aux soins : pourquoi est-ce indispensable ? 2. A quoi sert l'agressivité ? Contrôle et défense 3. Contexte de l'agressivité: personne, environnement et autrui 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs ▪ Discussions en équipe 	<i>Mises en situation, questions « quizz »</i>
9 h 10 – 9 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaître les spécificités des réactions comportementales et troubles neurocognitifs majeurs 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Atteintes dues à la maladie neurocognitive : <ul style="list-style-type: none"> - 5 A (aphasie, apraxie, agnosie, amnésie et autres) - Défense, impulsivité et désinhibition - Perception de la menace et réponse à la peur - Troubles psychiatriques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs ▪ Discussions en équipe ▪ Études de cas 	<i>Mises en situation, questions « quizz »</i>
9 h 30 – 10 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprendre le but des comportements défensifs 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Perception et situation vécue : les deux perspectives <ol style="list-style-type: none"> a. Perspective de la situation vécue par l'aidant : la personne est agressive ! 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs ▪ Discussions en équipe ▪ Études de cas 	<i>Mises en situation</i>

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
		b. Perspective de la situation vécue par la personne : perception, évaluation et réponse comportementale 6. Le traitement de l'information avec l'acronyme SPEED : Sensation, perception, Émotion, Évaluation et Démonstration comportementale 7. Comportements agressifs = comportements réactifs et défensifs		
10 h – 10 h15	Pause			
10 h 15 – 11 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer les comportements 	8. Communication et comportements - Catégories : comportements verbaux, vocaux et physiques - Escalade : de la protection à la défense	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs ▪ Discussions en équipe ▪ Études de cas 	<i>Mises en situation,</i>
11 h – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévenir les situations d'agressivité 	9. Connaître la personne, ses capacités et ses besoins 10. Approche de base (rappel) : - Communication verbale, vocale et physique - Proxémie : distances relationnelles - Zones de sensibilité corporelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposés interactifs ▪ Discussions en équipe ▪ Études de cas ▪ Mise en pratique 	<i>Mises en situation, Problèmes à résoudre</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
		- Gestes de recherche de lien, de sollicitation et d'offrande : les calories relationnelles ! - Environnement : la gestion des stimuli		
12 h – 13 h	Dîner			
13 h – 14 h 15	▪ Éviter l'escalade	11. Comportements de protection : signes d'alerte 12. Phénomène de crise 13. Pacification 14. Méthode STOP and GO 15. Chercher la signification des comportements avec l'acronyme PIECES : Physique, Intellectuel, Émotionnel, Capacités, Environnement et Social 16. Techniques : - Utiliser le main-pouce - Réflexe de préhension et agrippement : action et dégagement - Position de réassurance	▪ Exposés interactifs ▪ Discussions en équipe ▪ Études de cas ▪ Démonstration ▪ Mise en pratique	<i>Mises en situation</i> <i>Exercices sur les techniques</i>
14 h 15 – 14 h 30	Pause			
14 h 30 – 16 h	▪ Appliquer les techniques d'autoprotection	17. Ne rien faire et sécuriser 18. Techniques de réorientation et de protection 19. Agir en équipe et code blanc	▪ Exposés interactifs ▪ Discussions en équipe ▪ Études de cas ▪ Démonstration ▪ Mise en pratique	<i>Mises en situation</i> <i>Exercices sur les techniques</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
		20. Gérer l'après : rassurer, soutenir, faire un retour post-événement et éviter la propagation		
16 h – 16 h 20	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reprise des apprentissages principaux de la journée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussions en équipe ▪ Études de cas 	<i>Problèmes à résoudre</i>
16 h 20 – 16 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conclusion et échanges 			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Algase, D. L., Beck, C. H., 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 and Other Dementias*, 11(6), 10 - 19.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (2016). Le code blanc Intervenir avec efficacité en cas d'urgence (Vol. Fiche technique 15). Montréal (QC): ASSTSAS.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (2017). Être en relation (Vol. Fiche technique 19 - ARS). Montréal (QC): ASSTSAS.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (2018). Crise de violence (Vol. Fiche technique 24). Montréal: ASSTSAS.
- ASSTSAS – 2020 – 43(2) – La distanciation physique, une compétence transférable
- Boettcher, E. G. (1983). Preventing violent behavior. An integrated theoretical model for nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 21(2), 54-58.
- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., & Malmedal, W. (2020). Resident-to-resident aggression in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Geriatrics*, 20(1), 222. doi: 10.1186/s12877-020-01623-7
- Bourbonnais, A., Goulet, M. H., Landreville, P., Ellefsen, E., Larue, C., Lalonde, M. H., & Gendreau, P. L. (2019). Physically aggressive behaviors in older people living with cognitive disorders: a systematic scoping review protocol. *Syst Rev*, 8(1), 164. doi: 10.1186/s13643-019-1091-8
- Brodaty, H., & Low, L. F. (2003). Aggression in the elderly. *The Journal of clinical psychiatry*, 64 Suppl 4, 36-43.
- Bourbonnais, A., Auclair, I., & Lalonde, M.-H. (2020). Les comportements des personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif : l'approche centrée sur les relations pour améliorer l'expérience de tous. *Recherche en Soins Infirmiers*, 143(4), 92-105. <https://doi.org/10.3917/rsi.143.0092>
- Calvet, B., & Clément, J. P. (2015). Les cris récurrents chez le patient atteint de démence. *Presse Medicale*, 44(2), 150-158. doi:10.1016/j.lpm.2014.05.029
- Davies, S. J., Burhan, A. M., Kim, D., Gerretsen, P., Graff-Guerrero, A., Woo, V. L., Rajji, T. K. (2018). Sequential drug treatment algorithm for agitation and aggression in Alzheimer's and mixed dementia. *J Psychopharmacol*, 32(5), 509-523. doi:10.1177/0269881117744996
- Dimitriou, T. D., Verykoui, E., Papatriantafyllou, J., Konsta, A., Kazis, D., & Tsolaki, M. (2018). Non-pharmacological interventions for agitation/aggressive behaviour in patients with dementia: a randomized controlled crossover trial. *Functional Neurology*, 33(3), 143-147.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.

- Ferrah, N., Murphy, B. J., Ibrahim, J. E., Bugeja, L. C., Winbolt, M., LoGiudice, D., . . . Ranson, D. L. (2015). Resident-to-resident physical aggression leading to injury in nursing homes: a systematic review. *Age and Ageing*, 44(3), 356-364. doi:10.1093/ageing/afv004
- Finfgeld-Connett, D. (2009). Model of therapeutic and non-therapeutic responses to patient aggression. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(9), 530-537. doi: 10.1080/01612840902722120
- Fitzwater, E. L., & Gates, D. M. (2002). Testing an intervention to reduce assaults on nursing assistants in nursing homes: a pilot study. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 23(1), 18-23.
- Fitzwater, E., & Gates, D. M. (2004). How do you manage the aggressive behavior of cognitively impaired patients? *Rehabilitation Nursing*, 29(1), 5, 13. doi: 10.1002/j.2048-7940.2004.tb00291.x
- Johnson, D. E. (1980). The Behavioral System Model for Nursing. Dans J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual Models for Nursing Practice* (2 ed.) (pp. 207-216). New York (NY): Appleton-Century-Crofts.
- Jutkowitz, E., Brasure, M., Fuchs, E., Shippee, T., Kane, R. A., Fink, H. A., Kane, R. L. (2016). Care-Delivery Interventions to Manage Agitation and Aggression in Dementia Nursing Home and Assisted Living Residents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(3), 477-488. doi:10.1111/jgs.13936
- Magierski, R., Sobow, T., Schwertner, E., & Religa, D. (2020). Pharmacotherapy of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: State of the Art and Future Progress. *Frontiers in Pharmacology*, 11, 1168. doi:10.3389/fphar.2020.01168
- Rey, S. (2014). Description du processus de prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence par des infirmières. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières. Sous la direction de Philippe Voyer. Québec (CA): Université Laval: Faculté des sciences infirmières.
- Rey, S. (2016). La construction des concepts. L'inconfort comme expérience vécue au cours des soins corporels. [Travail non publié]. Québec (QC): Université Laval: Faculté des sciences infirmières.
- Rey, S. (2017). *Communiquer avec les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer*. Québec (QC): CIUSSS de la Capitale-Nationale : Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.
<https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/cevq/capsules-web#communicationalzheimer>
- Rey, S., Voyer, P., Bouchard, S., & Savoie, C. (2019). Finding the fundamental needs behind resistance to care: using the Fundamentals of Care Practice Process. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/jocn.15010
- Rey, S., Savoie, C., Voyer, P., Ahoosi, E., Bouchard, S., Dallaire, C., Cohen, C. (2020). Fondamentaux des soins : un cadre et un processus pratique pour répondre aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels des personnes soignées. *Recherche en Soins Infirmiers*, 3(142), 7-30.
- Rey, S. (2021). Expérience vécue au cours des soins corporels : le concept émergent de l'inconfort. *Revue de la Pratique avancée*, 2(3), 156-159. <https://www.edimark.fr/revue-pratique-avancee/experience-vecue-cours-soins-corporels-concept-emergent-inconfort>

- Rey, S., Dallaire, C., Hardy, M. S., Voyer, P., Bouchard, S., Gauthier, M., & Savoie, C. (2021). Caring for People with Alzheimer's Disease Who Show Defensive Behaviours. Part 1: Four essential pieces of nursing knowledge. *Journal of Nursing and Practice*, 4(1), 249-264. <https://doi.org/10.36959/545/392>
- Rey, S., Voyer, P., Gauthier, M., Savoie, C., Hardy, M. S., Bouchard, S., & Dallaire, C. (2021). Caring for People with Alzheimer's Disease Who Show Defensive Behaviours. Part 2: Situation-Specific Fundamentals of Care Practice Process. *Journal of Nursing and Practice*, 4(1), 279-289. <https://doi.org/10.36959/545/395>
- Rosen, T., Pillemer, K., & Lachs, M. (2008). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 77-87.
- Ryden, M. B., & Feldt, K. S. (1992). Goal-directed care: caring for aggressive nursing home residents with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(11), 35-42.
- Schindel Martin, L., Loïselle, L., Montemuro, M., Cowan, D., Crane, R., Dempsey, M., Tassonyi, A. (2016). ADP. Approches Douces et Persuasives dans les soins aux personnes atteintes de démence. *Soutien aux personnes ayant des comportements réactifs* (3 ed.). Hamilton (ON): Avancées Gériatrique Éducation (AGE) Inc.
- Snellgrove, S., Beck, C., Green, A., & McSweeney, J. C. (2015). Putting Residents First: Strategies Developed by CNAs to Prevent and Manage Resident-to-Resident Violence in Nursing Homes. *Gerontologist*, 55 Suppl 1(Suppl 1), S99-107. doi: 10.1093/geront/gnu161
- Talerico, K. A. (1999). Correlates of aggressive behavioral actions of older adults with dementia. Dissertation. Philadelphia (PA): University of Pennsylvania. Dissertations available from ProQuest. Paper AAI9953602.
- Talerico, K. A., & Evans, L. K. (2000). Making Sense of Aggressive/Protective Behaviors in Persons with Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4), 77-88.
- Talerico, K. A., Evans, L. K., & Strumpf, N. E. (2002). Mental health correlates of aggression in nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 42(2), 169-177.
- Teresi, J. A., Silver, S., Ramirez, M., Kong, J., Eimicke, J. P., Boratgis, G. D., Meador, R., Schultz, L., Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2020). Resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) intervention for direct care staff in assisted living residences: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 710. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04580-z>
- Thomas, P. (2019). Agitation et agressivité chez la personne âgée démente. *Soins Gerontologie*, 24(140), 29-31. doi: 10.1016/j.sger.2019.09.007
- Vickland, V., Chilko, N., Draper, B., Low, L. F., O'Connor, D., & Brodaty, H. (2012). Individualized guidelines for the management of aggression in dementia - Part 1: key concepts. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1112-1124. doi: 10.1017/s1041610212000014
- Vickland, V., Chilko, N., Draper, B., Low, L. F., O'Connor, D., & Brodaty, H. (2012). Individualized guidelines for the management of aggression in dementia - Part 2: appraisal of current guidelines. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1125-1132. doi: 10.1017/s104161021200004x
- Volicer, L., & Mahoney, E. (2002). Are nursing home residents with dementia aggressive? *Gerontologist*, 42(6), 875-876; author reply 876.

- 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. doi: 10.1016/j.jamda.2018.07.014
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed.). Saint-Laurent (CA): Éditions du renouveau pédagogique.
- Whall, A. L., Colling, K. B., Kolanowski, A., Kim, H., Son Hong, G. R., DeCicco, B., . . . Beck, C. (2008). Factors associated with aggressive behavior among nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 48(6), 721-731.
- Wharton, T. C., & Ford, B. K. (2014). What is known about dementia care recipient violence and aggression against caregivers? *J. Gerontol Soc Work*, 57(5), 460-477. doi: 10.1080/01634372.2014.882466
- Wolf, M. U., Goldberg, Y., & Freedman, M. (2018). Aggression and Agitation in Dementia. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 24(3), Behavioral Neurology and Psychiatry, 783-803. doi: 10.1212/CON.0000000000000605
- Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I., & Halfens, R. J. (2012). Factors associated with resident aggression toward caregivers in nursing homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 249-257. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01459.x
- Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2009). Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 30(3), 174-187. doi: 10.1016/j.gerinurse.2008.09.002

VOIR :

<https://dailycaring.com/14-ways-of-dealing-with-aggressive-behavior-in-dementia/>

<https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/symptoms-and-diagnosis/symptoms/responding-aggression#content-start>

Cinq étapes fondamentales pour répondre aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels de la personne âgée

Sylvie Rey, inf. Ph.D., professeure suppléante, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières
Camille Savoie, inf. Ph.D. (cand), auxiliaire d'enseignement, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Tous les professionnels de la santé rencontrent des situations complexes lorsqu'elles exercent auprès de personnes âgées, quel que soit le milieu de pratique. Ils doivent utiliser un processus rigoureux de réflexion critique. À cet effet, le processus de pratique des fondamentaux des soins (PP-FDS) peut aider à soutenir la réflexion critique des professionnels de la santé. En outre, le PP-FDS aide le professionnel à établir une relation de confiance avec la personne et sa famille, et favorise la réponse à leurs besoins physiques, psychosociaux et relationnels. Le PP-FDS comporte cinq étapes répétées : les concepts, l'hypothèse de travail, le cadre des fondamentaux des soins, les théories et le processus de raisonnement clinique.

Cette formation propose d'abord de revoir de façon succincte le cadre légal encadrant les différents exercices professionnels au Québec. De plus, la collaboration interprofessionnelle est également abordée. Par la suite, un retour sur certaines connaissances fondamentales au niveau des spécificités cliniques de la personne âgée sera réalisé. Après cette partie introductive, les participants seront appelés à exercer une réflexion critique commune sur différentes études de cas en utilisant le PP-FDS.

Toutes les études de cas seront présentées sous forme de scénarios dynamiques et évolutifs qui présenteront des situations variées en termes de condition de santé, de réseau familial et de contextes de pratique. Ces études de cas permettront aux participants d'intégrer concrètement le PP-FDS en explorant les démarches d'évaluation et de suivi clinique, de détermination des interventions, de documentation et d'évaluation des résultats. Les participants intégreront également les principes fondamentaux des soins centrés sur la relation avec la personne et sa famille. Les notions de collaboration interdisciplinaire seront systématiquement évoquées.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de présenter un processus pratique guidant la réflexion critique des professionnels de la santé dans des situations complexes de soins aux personnes âgées et à leurs proches.

De façon plus précise, les objectifs de cette formation sont de :

1. Comprendre comment le processus pratique sur les fondamentaux des soins permet de répondre aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels des personnes âgées dans une optique de partenariat avec la personne/famille et de collaboration interprofessionnelle.
2. Utiliser le processus pratique sur les fondamentaux des soins dans des situations cliniques concrètes à partir d'études de cas scénarisées.

CLIENTÈLE CIBLE

Cette formation s'adresse aux professionnels de la santé de tous les milieux cliniques pour autant qu'ils exercent auprès de personnes âgées. Les professionnels enseignants sont également ciblés pour autant qu'ils enseignent des contenus relatifs à la personne âgée.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, les formatrices demandent aux participants de réaliser deux activités :

1. Visionner la capsule présentant les fondamentaux des soins.

https://www.dropbox.com/s/yemzdfzxbkdx72/C_NHS%20-%20ILC_%28version_fran%C3%A7aise%29.mp4?dl=0

2. Visionner la **capsule web** #18 du professeur Philippe Voyer. Qu'est-ce qu'évaluer et les particularités gériatriques ?

Cette capsule vidéo peut être visionnée à partir du lien suivant :

<https://www.youtube.com/watch?v=qOFUKQ5nG30&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJIPp72mu1qP&index=19>

INFORMATION GENERALE

Cette formation s'articule autour de quatre études de cas qui permettront aux participantes d'exercer le processus de pratique des fondamentaux des soins et d'intégrer leurs nouvelles compétences dans des situations concrètes de soins gériatriques.

D'une façon générale, chaque étude de cas permettra de travailler selon les étapes suivantes :

- Exploration des savoirs expérientiels, techniques, scientifiques et éthiques des participants.
- Évaluation clinique et analyse de la santé globale et de l'expérience vécue par la personne/famille.
- Identification des besoins physiques, psychosociaux et relationnels de la personne/famille.
- Élaboration d'un plan d'intervention basé sur les besoins de la personne/famille.

Du fait des activités proposées, cette formation demande une contribution active de la part des participants.

Le descriptif du plan de la journée présenté ci-après est volontairement succinct, car les formatrices ne veulent pas dévoiler aux participants les éléments clés des études de cas qui seront travaillées au cours de la journée.

Les personnes désirant obtenir plus d'informations sur cette formation peuvent s'adresser à :

Sylvie Rey

ou

Camille Savoie

sylvie.rey@fsi.ulaval.ca

camille.savoie@fsi.ulaval.ca

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	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil des participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil, présentation et tour de salle • Présentation du plan de cours et des objectifs de la formation 		
8 h 45 – 9 h	<ul style="list-style-type: none"> • Situer son champ d'exercice professionnel dans les cadres légal et déontologique 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités réservées • Principes de collaboration • Éthique clinique 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs 	
9 h – 9 h 20	<ul style="list-style-type: none"> • Énoncer les spécificités cliniques des personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes vitaux gériatriques • Symptômes atypiques • Signes cliniques majeurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs • Exemples cliniques 	Questions « quizz »

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 20 – 9 h 35	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer une démarche de raisonnement clinique infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas 1 : Mme Lévesque : résistance aux soins corporels (CHSLD). • À partir des habitudes de pratique des professionnels participants : <ul style="list-style-type: none"> - Étapes de l'évaluation clinique - Cibles prioritaires de l'évaluation clinique - Formulation d'un constat - Identification des interventions requises - Partenariat avec la personne/famille - Collaboration interprofessionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas 1 • Discussion de groupe 	Mises en situation Cette première étude de cas permettra d'explorer les savoirs expérientiels et scientifiques des participantes.
9 h 35 – 10 h 05	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le processus pratique des fondamentaux des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Cinq étapes du processus pratique sur les fondamentaux des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs • Discussions en équipe 	
10 h 05 – 10 h 20	Pause			
10 h 20 – 11 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer le processus pratique des fondamentaux des soins dans le contexte de la présence de résistance aux soins corporels 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas 1 (suite) : Mme Lévesque : résistance aux soins corporels (CHSLD) • Application du processus 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas 1 (suite) • Discussion de groupe 	Reprendre la première étude clinique en intégrant les cinq étapes du processus pratique.

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
		pratique des fondamentaux des soins		Exercices, problèmes à résoudre, mises en situation, questions « quizz »
11 h 45 – 12 h 45	Dîner			
12 h 45 – 13 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer le processus pratique des fondamentaux des soins pour l'évaluation et la prise en charge interdisciplinaire dans le contexte d'une surinfection pulmonaire sur une maladie pulmonaire obstructive chronique et d'un delirium 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas 2 : Mme Gauthier : surinfection pulmonaire sur une maladie pulmonaire obstructive chronique (Hôpital) 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas 2 • Discussion de groupe 	Exercices, problèmes à résoudre, questions « quizz »
13 h 45 – 14 h 50	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer le processus pratique des fondamentaux des soins pour l'évaluation et la prise en charge interdisciplinaire dans le contexte d'une surinfection pulmonaire sur une maladie pulmonaire obstructive chronique et d'un delirium 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas 2 : Mme Gauthier : surinfection pulmonaire sur une maladie pulmonaire obstructive chronique (Hôpital) 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas 2 (suite) • Discussion de groupe 	Exercices, problèmes à résoudre, questions « quizz »
14 h 50 – 15 h 05	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
15 h 05 – 16 h 10	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer le processus pratique des fondamentaux des soins dans le contexte du suivi à domicile d'un aîné vivant avec un trouble neurocognitif majeur 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas 3 : M. Perron : trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer (domicile) 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas 3 • Discussion de groupe 	Exercices, problèmes à résoudre, questions « quizz »
16 h 10 – 16 h 30	<ul style="list-style-type: none"> • Exprimer sa satisfaction envers les savoirs acquis et sa participation à cette construction 	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusion et échange Évaluation de la satisfaction des participants 		Évaluation de la formation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE¹

- Algase, D. L., Beck, C. H., 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 and Other Dementias*, 11(6), 10 - 19.
- Andersson, A., Frank, C., Willman, A. M. L., Sandman, P. O., & Hansebo, G. (2017). Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. doi:10.1111/jocn.13914
- Avallin, T., Muntlin Athlin, Å, Björck, M., & Jangland, E. (2020). Using communication to manage missed care: a case study applying the Fundamentals of Care framework. *Journal of Nursing Management*, 10.1111/jonm.12963. doi: 10.1111/jonm.12963
- Astle, B. J., & Duggleby, W. (2019). *Canadian Fundamentals of Nursing* (6 ed.). Milton (ON): Elsevier.
- Baeriswyl, C., Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., & Python, N. V. (2013). La gestion des symptômes : théorie, recherche et applications. Gros plan sur l'expérience du patient. *Krankenpflege Journal/Soins infirmiers*, 3, 56-60.
- Bagnasco, A., Dasso, N., Rossi, S., Galanti, C., Varone, G., Catania, G., Sasso, L. (2020). Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: A scoping review of patients' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 347-369. doi: 10.1111/jocn.15089
- Barrick, A. L., Rader, J., Hoeffler, B., Sloane, P. D., & Biddle, S. (2008). *Bathing Without a Battle. Person-Directed Care of individuals with Dementia* (2 ed.). New York (NY): Springer Publishing Company.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2008). *Les principes de l'éthique biomédicale* (M. Fisbach, Trans.). Paris: Les Belles Lettres.
- Blondeau, D. (2013). *Éthique et soins infirmiers. Deuxième édition revue et mise à jour*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bonin, C., Fortier, V., & St-Laurent, C. (2016). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Aide-mémoire à l'intervention. Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs*. Sherbrooke (QC): CIUSSS de l'Estrie - CHUS.
- Bourbonnais, A. (2019). Une approche relationnelle auprès des personnes âgées qui manifestent des comportements réactifs. Retrieved 2019.03.06, from Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer <https://www.youtube.com/watch?v=iJPFYnt3o1k&feature=youtu.be>
- Bourbonnais, A., Ducharme, F., Landreville, P., Michaud, C., Gauthier, M. A., & Lavallée, M. H. (2019). Effects of an Intervention Approach Based on the Meanings of Vocal Behaviours in Older People Living with a Major Neurocognitive

¹ Cette bibliographie sera complétée lors de la scénarisation exhaustive des études de cas.

- Disorder: A Pilot Study. *Science of Nursing and Health Practices - Science infirmière et pratiques en santé*, 2(1), Article 2 (pp. 1-15). doi: 10.31770/2561-7516.1029
- Bourbonnais, A., Auclair, I., & Lalonde, M.-H. (2020). Les comportements des personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif : l'approche centrée sur les relations pour améliorer l'expérience de tous. *Recherche en Soins Infirmiers*, 143(4), 92-105. <https://doi.org/10.3917/rsi.143.0092>
 - Conroy, T., Feo, R., Alderman, J., & Kitson, A. (2016). Building nursing practice: The Fundamentals of Care Framework. In J. Crisp, C. Douglas, C. Rebeiro, & D. Waters (Eds.), *Potter and Perry's Fundamentals of Nursing - Australian Version* (5 ed., pp. 15-28). Chatswood, NSW: Elsevier Australia.
 - Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier. Au coeur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaëtan Morin - Chenelière Éducation.
 - Dallaire, C. (2015). La difficile relation des soins infirmiers avec le savoir. *Recherche en Soins Infirmiers*, 121(2), 18-27. doi: 10.3917/rsi.121.0018
 - D'Hondt, A., Kaasalainen, S., Prentice, D., & Schindel Martin, L. (2012). Bathing residents with dementia in long-term care: critical incidents described by personal support workers. *International Journal of Older People Nursing*, 7(4), 253-263. doi:10.1111/j.1748-3743.2011.00283.x
 - Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J. Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
 - Durand, S., & Leprohon, J. (2014). *L'univers des soins infirmiers en images. Portée du champ d'exercice de l'infirmière et collaboration professionnelle*. Montréal: Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec.
 - Durand, S. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3 ed.). Montréal (QC): Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.
 - Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Python, N. V. (2013). Version française de la théorie des symptômes (TGS) et son application. *Recherche en Soins Infirmiers*, 1(112), 14-25.
 - Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological Nursing* (9 ed.). Philadelphia (PA): Wolters Kluwer.
 - Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 1-11. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006
 - Feo, R., Conroy, T., Alderman, J., & Kitson, A. (2016). Engaging patients and keeping them safe. In C. Crisp, C. Douglas, C. Rebeiro, & D. Waters (Eds.), *Potter and Perry's Fundamentals of Nursing - Australian version* (5 ed., pp. 30-43). Chatswood, NSW: Elsevier Australia.
 - Feo, R., Conroy, T., Alderman, J., & Kitson, A. (2017). Implementing fundamental care in clinical practice. *Nursing Standard*, 31(32), 52-62. doi:10.7748/ns.2017.e10765
 - Feo, R., Rasmussen, P., Wiechula, R., Conroy, T., & Kitson, A. (2017). Developing effective and caring nurse-patient relationships. *Nursing Standard*, 31(28), 54-63. doi:10.7748/ns.2017.e10735

- Feo, R., Kitson, A., & Conroy, T. (2018). How fundamental aspects of nursing care are defined in the literature: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2189-2229. doi:doi:10.1111/jocn.14313
- Kitson, A., Carr, D., Conroy, T., Feo, R., Gronkjaer, M., Huisman-de Waal, G., Wengstrom, Y. (2019). Speaking Up for Fundamental Care: the ILC Aalborg Statement. *BMJ Open*, 9(12), e033077. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033077
- Jackson, D., & Kozłowska, O. (2018). Fundamental care—the quest for evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2177-2178. doi:doi:10.1111/jocn.14382
- Green, C. (2018). A Philosophical Model of the Nature of Nursing. *Nursing Research*, 67(2), 93-98.
- Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1(6), 399-406.
- Hall, G. R., Gallagher, M., & Hoffmann-Snyder, C. (2013). Bathing Persons with Dementia. Evidence-Based Practice Guideline. University of Iowa: College of Nursing.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018 - 2020* (11 ed.). New York (NY): Thieme.
- Jangland, E., Teodorsson, T., Molander, K., & Muntlin Athlin, Å. (2018). Inadequate environment, resources and values lead to missed nursing care: A focused ethnographic study on the surgical ward using the Fundamentals of Care framework. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2311-2321. <https://doi.org/10.1111/jocn.14095>
- Johnson, D. E. (1980). The Behavioral System Model for Nursing. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual Models for Nursing Practice* (2 ed.) (pp. 207-216). New York (NY): Appleton-Century-Crofts.
- Kalisch, B. J., Xie, B., & Dabney, B. W. (2014). Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *American Journal of Medical Quality*, 29(5), 415-422. doi:10.1177/1062860613501715
- Kitson, A. (2016). Why Do We Need to Study the Fundamentals of Care? *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 29(1), 10-16.
- Kitson, A. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99-107. doi:10.1097/nnr.0000000000000271
- Konno, R., Kang, H. S., & Makimoto, K. (2014). A best-evidence review of intervention studies for minimizing resistance-to-care behaviours for older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2167-2180. doi:10.1111/jan.12432
- Lagarde-Piron, L. (2018). *Corps à corps infirmiers. La rencontre soigné/soignant en apprentissage*. Paris (F): L'Harmattan.
- Letourneau, J., & Brisson, M. (2017). L'évaluation clinique : cet incontournable. L'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique est l'activité réservée aux infirmières et infirmiers qui constitue l'assise de l'exercice infirmier. *Chronique déontologique. Perspective infirmière*, 14(4). Retrieved from https://www.oiiq.org/l-evaluation-clinique-cet-incontournable?inheritRedirect=true&redirect=%2Fpratique_professionnelle%2Fdeontologie%2Fchroniques-deontologiques.
- MacMillan, K. (2016). The Hidden Curriculum: What Are We Actually Teaching about the Fundamentals of Care? *Nursing Leadership*, 29(1), 37-46.

- McCreedy, E., Loomer, L., Palmer, J. A., Mitchell, S. L., Volandes, A., & Mor, V. (2018). Representation in the Care Planning Process for Nursing Home Residents With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(5), 415-421. doi:10.1016/j.jamda.2018.01.004
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical Nursing. Development and Progress* (6 ed.). Philadelphia (PA): Wolters Kluwer.
- Mendes, A. (2018). Supporting the family and relationships of a person with dementia in hospital. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 27(6), 340-340. doi: 10.12968/bjon.2018.27.6.340
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, cadre de référence*
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2014d). *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Gouvernement du Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2014). *Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Gouvernement du Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2014d). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (2^{ème} ed). MSSS (2016).
- Morin, D. (2018). *La pratique infirmière avancée: vers un consensus au sein de la francophonie*. Montréal (QC): Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone.
- Muntlin Athlin, A. (2018). Methods, metrics and research gaps around minimum data sets for nursing practice and fundamental care: A scoping literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2230-2247. doi:doi:10.1111/jocn.14155
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman Systems Model* (5 ed.) (pp. 3-33). Upper Saddle River (NJ): Pearson.
- Ng, J. S. C. (2018). Palliative care for Parkinson's disease. *Annals of palliative medicine*, 7(3), 296-303. doi: 10.21037/apm.2017.12.02
- Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond person-centred care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3a), 45-53. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00926.x
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Cadre de référence*. Montréal (QC): OIIQ.
- Paquette-Desjardins, D., Sauvé, J., & Pugnaire Gros, C. (2015). *Modèle McGill. Une approche collaborative en soins infirmiers*. Montréal (QC): Chenelière Éducation.
- Potter, P. A. (2019). Critical Thinking in Nursing Practice. Canadian content written by Donna M. Romyn. In B. J. Astle & W. Dugleby (Eds.), *Canadian Fundamentals of Nursing* (6 ed.) (pp. 174-186). Milton (ON): Elsevier.

- Potter, P. A. (2019). Nursing Assessment, Diagnosis, and Planning. Canadian content written by Marnie L. Kramer & Shawna M. Ryan. In B. J. Astle & W. Duggleby (Eds.), *Canadian Fundamentals of Nursing (6 ed.)* (pp. 187-211). Milton (ON): Elsevier.
- Powell, C., Blighe, A., Froggatt, K., McCormack, B., Woodward-Carlton, B., Young, J, Downs, M. (2018). Family involvement in timely detection of changes in health of nursing homes residents: A qualitative exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 317-327. doi:10.1111/jocn.13906
- Reid, D. (2021). *Doing Relationship-Centred Dementia Care: Learning From Each Other for Better Dementia Support*. Jessica Kingsley Publishers.
- Rey, S. (2014). *Description du processus de prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence par des infirmières. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières*. Québec (CA): Université Laval.
- Rey, S. (2015). Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les aînés vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Guide de pratique clinique pour les infirmières. Saint-Marc-des-Carières (QC): Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de la Capitale Nationale - Territoire de Portneuf.
- Rey, S. (2021). Expérience vécue au cours des soins corporels : le concept émergeant de l'inconfort. *Revue de la Pratique avancée*, 2(3), 156-159. <https://www.edimark.fr/revue-pratique-avancee/experience-vecue-cours-soins-corporels-concept-emergent-inconfort>
- Rey, S., Voyer, P., & Juneau, L. (2016). Prise en charge des SCPD. *Perspective infirmière*, 13(4), 56-60.
- Rey, S. (2016). Perspective infirmière pour la résistance aux soins et les situations difficiles de soins d'hygiène: concepts et pratique collaborative. Examen de doctorat I - Volet rétrospectif. Québec : Université Laval - Faculté des Sciences Infirmières. Non publié.
- Rey, S. (2017). Expérience d'inconfort vécue par les aînés au cours des soins d'hygiène : concepts et théories infirmières. Montréal (Québec): Congrès annuel de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (atelier thématique).
- Rey, S., Bouchard, S., et Voyer, P. (2018). Inconfort : illustrer l'expérience vécue au cours des soins corporels. (Communication orale). Montreux (Suisse) : Congrès international francophone de gérontologie et gériatrie.
- Rey, S., Voyer, P., Bouchard, S., & Savoie, C. (2019). Finding the fundamental needs behind resistance to care: using the Fundamentals of Care Practice Process. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/jocn.15010
- Rey, S., Savoie, C., Voyer, P., Ahoosi, E., Bouchard, S., Dallaire, C., Cohen, C. (2020). Fondamentaux des soins : un cadre et un processus pratique pour répondre aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels des personnes soignées. *Recherche en Soins Infirmiers*, 3(142), 7-30.
- Rey, S. (2020). Approche auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer: comprendre le phénomène de plongeon rétrograde. *Santé Québec*, 20(2), 35-40.
- Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A. (2019). Integrating Symptoms Into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *ANS: Advances in Nursing Science*, 42(3), 206-215. <https://doi.org/10.1097/ans.000000000000237>

- Riegel, B., Jaarsma, T., & Stromberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS: Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- Roberts, A. R., & Ishler, K. J. (2018). Family Involvement in the Nursing Home and Perceived Resident Quality of Life. *Gerontologist*, 58(6), 1033-1043. doi:10.1093/geront/gnx108
- Rushton, C., & Edvardsson, D. (2017). Reconciling conceptualisations of the body and person-centred care of the older person with cognitive impairment in the acute care setting. *Nursing Philosophy*, 18(4). doi:10.1111/nup.12160
- Saint-Arnaud, J. (2009). L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières. Montréal: Gaëtan Morin - Chenelière Éducation.
- Savoie, C., Rey, S., Yokota, S., Dallaire, C., Kimura, S., & Takatani, S. (2021-SOUMIS). Fundamental Care Evidence, Theoretical Proposals and Innovations for Practice, Research and Education around the world: A Scoping review *Journal of Advanced Nursing*.
- Schindel Martin, L., Loïselle, L., Montemuro, M., Cowan, D., Crane, R., Dempsey, M., Tassonyi, A. (2016). *ADP. Approches Douces et Persuasives dans les soins aux personnes atteintes de démence. Soutien aux personnes ayant des comportements réactifs* (3 ed.). Hamilton (ON): Avancées Gériatologique Éducation (AGE) Inc.
- Talerico, K. A., & Evans, L. K. (2000). Making Sense of Aggressive/Protective Behaviors in Persons with Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4), 77-88.
- Van Belle, E., Giesen, J., Conroy, T., van Mierlo, M., Vermeulen, H., Huisman-de Waal, G., & Heinen, M. (2019). Exploring person-centred fundamental nursing care in hospital wards: A multi-site ethnography. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/jocn.15024
- Vonarx, N. (2016). Le corps au sein de la discipline infirmière: un incontournable pour lier les quatre concepts du métaparadigme actuel. *Recherche en Soins Infirmiers*, 4(127), 8-15. doi:10.3917/rsi.127.0008
- Voyer, P. (2021). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed.). Saint-Laurent (CA): Éditions du nouveau pédagogique.
- Voyer, P. (2017). *L'examen clinique de l'aîné. Guide d'évaluation et de surveillance clinique* (2 ed.). Montréal (QC): Éditions du Nouveau Pédagogique - Pearson.
- Zolnierek, C. D. (2014). An Integrative Review of Knowing the Patient. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(1), 3-10. doi:doi:10.1111/jnu.1204

Formation continue
Formation de 7 h

Approche gériatrique de retrait des contentions physiques : démarche clinique interdisciplinaire

Noémie Robert, erg. DESS andragogie, équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
Sonia Singamalum, inf., B.Sc., M.Sc. (c), équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Deux grandes catégories de problèmes entraînent le recours aux mesures de contrôle : les troubles de mobilité avec risque de chutes et les comportements perturbateurs. Mais leur utilisation est complexe. Les contentions peuvent être planifiées et envisagées en dernier recours, lorsque toutes les mesures de remplacement prévues au plan d'intervention ont été appliquées sans succès, et seulement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Elles peuvent aussi être utilisées dans un contexte d'intervention non planifiée, c'est-à-dire si la personne présente, de façon imprévisible, un risque imminent de danger pour son intégrité ou celle d'autrui. Parmi les mesures de contrôle, on distingue l'isolement, la contention chimique et la contention physique.

Cette formation se concentre sur le retrait des contentions physiques chez les personnes âgées qui présentent, dans tous les milieux cliniques, un trouble de la mobilité ou des comportements dits perturbateurs. La décision d'utiliser la contention physique s'appuie sur des dimensions juridique, clinique et éthique. Son usage constitue une entrave à la liberté qui va à l'encontre de cette valeur fondamentale qu'est le respect de la personne. Il importe donc que la personne âgée et son proche soient au cœur de toutes les décisions entourant le choix des interventions. Dans cette perspective de liberté et de dignité humaine, une démarche rigoureuse et systématique d'évaluation des besoins de la personne et de la cause de ses comportements est nécessaire pour réduire l'utilisation de la contention physique au profit de mesures alternatives. Que ce soit dans le cadre d'une intervention non planifiée, ou de la révision d'une utilisation planifiée de la contention physique, l'approche gériatrique de retrait proposée ici a pour but de retirer les mesures de contrôle dès que possible en entreprenant une analyse post-situationnelle rigoureuse en équipe interdisciplinaire.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de rehausser la compétence des membres de l'équipe interdisciplinaire face au retrait de la contention physique chez la clientèle gériatrique. Son intérêt est qu'elle se concentre spécifiquement sur la démarche clinique de retrait des mesures de contrôle après qu'elles aient été mises en place pour des motifs cliniques divers (ex. situation d'urgence, retour d'hospitalisation, chutes répétitives). Elle propose une analyse des paramètres qui ont conduit à la contention afin de dégager les

éléments en cause et ainsi permettre aux participants d'assumer pleinement leur rôle dans l'application de mesures alternatives. Finalement, elle vise à prévenir l'utilisation des contentions physiques.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux membres de l'équipe interdisciplinaires et aux gestionnaires qui souhaitent adopter une pratique collaborative et une démarche rigoureuse et systématique de retrait des mesures de contrôle. Elle vise particulièrement les médecins, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues et psychoéducateurs, mais également les intervenants non ciblés par la Loi 90 et la Loi 21, soit les technologues en physiothérapie, les auxiliaires aux services de santé et sociaux, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires, les éducateurs spécialisés, les intervenants loisirs, les assistants en réadaptation, etc. Enfin, elle s'adresse aux gestionnaires d'établissements qui souhaitent améliorer leurs indicateurs de qualité en matière de contentions physiques. À cette fin, les intervenants d'un même établissement sont invités à s'inscrire en groupe.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, les formatrices demandent aux participants de prévoir deux cordes d'environ 30 cm. Elles demandent également aux participants de compléter un exercice réflexif et d'apporter les réponses à la formation.

Exercice réflexif

- Dans une situation de retrait de la contention physique, décrivez :
 - votre rôle
 - votre processus clinique d'évaluation
 - votre contribution dans la mise en place de solutions alternatives à la contention physique
- Dans votre milieu de pratique, quels sont les principaux motifs de recours à la contention physique ?
- Dans votre milieu de pratique, quels sont les principaux facteurs qui facilitent ou font obstacle au retrait des contentions physiques ?
- Quelle est votre représentation de la gestion du risque calculée ? (Décrire une situation de gestion de risque calculée dans votre milieu)

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	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil et introduction 			Activité brise-glace
8 h 45 – 9 h 10	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguer les différentes mesures de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> • Contention physique • Contention chimique • Isolement • Contention informelle 	Exposé interactif	Questions quiz
9 h 10 – 9 h 25	<ul style="list-style-type: none"> • Délimiter le cadre légal qui s'applique à la contention physique 	Cadre juridique <ul style="list-style-type: none"> • LSSS • Orientation ministérielle 2015 • Loi 21 • Charte Canadienne Droit et liberté • Charte québécoise des droits et liberté • Code criminel • Code civil Cadre éthique <ul style="list-style-type: none"> • Repères éthiques • Prise de décision éthique • Démarche éthique • Gestion du risque Cadre clinique <ul style="list-style-type: none"> • Philosophie d'intervention 	Exposé formel	

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"> • Prévalence de la contention • Motifs d'utilisation 		
9 h 25 – 9 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminer les différents contextes d'application des mesures de contrôle et les notions de consentement associées 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte d'intervention planifiée • Contexte d'intervention non planifiée • Consentement : information et implication de l'utilisateur et de son représentant légal 	Exposé interactif	Questions quiz
9 h 45 – 10 h 15	<ul style="list-style-type: none"> • Préciser les principaux motifs de recours à la contention physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité : protection et sécurité de la personne • Prévention des chutes • Gestion des symptômes comportementaux (agitation motrice, agressivité) • Perturbation des autres résidents • Errance : perturbation de l'environnement, prévention de l'épuisement et de la fugue • Faciliter les traitements : injection, perfusion, pansements 	Exposé interactif	Retour sur l'exercice réflexif demandé avant 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
		<ul style="list-style-type: none"> • Positionnement Autres considérations : <ul style="list-style-type: none"> • Demande sécuritaire de la famille, de l'entourage • Demande sécuritaire du personnel qui peut aussi être liée à la pression de la famille • Sentiment d'impuissance devant les troubles du comportement, les chutes • Crainte des poursuites pénales • Fardeau de la tâche • Manque d'effectifs des équipes 		
10 h 15 – 10 h 30 Pause				
10 h 30 – 10 h 50	<ul style="list-style-type: none"> • Employer les données probantes sur l'efficacité réelle des mesures de contrôle pour soutenir sa réflexion clinique 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité réelle • Contradiction entre le but visé et le résultat • Contradiction entre les bénéfices attendus et les conséquences néfastes générées par la contention physique : AAPA, déclin fonctionnel, déclin cognitif, psychique, psychologique et social, morbidité, mortalité 	Exposé formel Mise en situation	Expérimenter, sur une base volontaire, une contention physique (attacher le poignet de la main dominante ou les deux chevilles à sa chaise avec une corde)

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 50 – 11 h 20	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les obstacles à la réduction des mesures de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupations et responsabilités des soignants en matière de sécurité • Définitions imprécises des mesures de contrôle • Difficultés entre la prise de décision de retirer les mesures de contrôle et leur retrait effectif • Manque d'implication pour retirer les mesures de contrôle • Ressources humaines et matérielles et formation insuffisantes 	Exposé interactif	Retour sur l'exercice réflexif demandé avant la formation
11 h 20 – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les paramètres d'évaluation interdisciplinaire pertinents à la prise de décision de retirer la contention physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation du modèle de KAYSER-JONES • Identification des paramètres d'évaluation interdisciplinaire La personne <ul style="list-style-type: none"> • Chutes : déterminer la cause • SCPD : déterminer le besoin compromis • Positionnement • Facilitation des traitements 	Exposé interactif	Création d'une carte mentale

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
		L'aspect psychosocial et culturel <ul style="list-style-type: none"> • Solitude • Ennui • Isolement social • Perte de repères (ville-campagne) L'aménagement physique <ul style="list-style-type: none"> • Matériels inadaptés ou absents • Lieux encombrés, manque de luminosité, surface accidentée Les structures organisationnelles <ul style="list-style-type: none"> • Rigidité • Sous-effectif L'environnement humain <ul style="list-style-type: none"> • Personnel non formé • Fardeau des tâches 		
12 h – 13 h	Dîner			
13 h – 13 h 20	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer une gestion optimale du risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de risque calculée • Dignité du risque • Étapes de processus de gestion du risque 	Exposé interactif	
13 h 20 – 14 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les rôles et responsabilités des membres de l'équipe et distinguer sa contribution 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect des champs de compétence de chaque professionnel et prise de décision partagée • Évaluation de la situation 	Étude de cas	Travail en sous-groupes

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
	dans la triangulation des résultats d'évaluations	<ul style="list-style-type: none"> Analyse et interprétation des informations Objectivation du risque (probabilité / gravité) 		
	• Examiner les paramètres susceptibles de supporter le retrait des contentions physiques	<ul style="list-style-type: none"> Identification des interventions applicables à partir du modèle de KAYSER-JONES Mesures alternatives Contention informelle 	Étude de cas	Travail en sous-groupes
14 h 45 – 15 h	Pause			
15 h – 16 h 20	• Décrire sa contribution dans l'élaboration et l'application du plan d'intervention interdisciplinaire visant la réduction ou le retrait de la contention physique	<ul style="list-style-type: none"> Implication des familles à la planification du PII Planification des interventions Communication du plan d'intervention Rôles et responsabilités des membres de l'équipe 	Étude de cas	Travail en sous-groupes
	• Planifier le suivi des interventions et la réévaluation du PII de retrait des mesures de contention	<ul style="list-style-type: none"> Suivi des interventions Réévaluation Rôle des membres de l'équipe pour la réévaluation et le suivi 	Étude de cas	Travail en sous-groupes
16 h 20 – 16 h 30	• Conclusion et échange			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Abraham, J., Hirt, J., Kamm, F., & Möhler, R. (2020). Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics. *Journal of clinical nursing*, 29(17-18), 3183-3200.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2013). Guide régional d'application des mesures de Contrôle. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Mauricie/9782893402925.pdf>
- Avoidance of physical restraint use among hospitalized older adults: A review of clinical effectiveness and guidelines. Ottawa: CADTH; 2019 Feb. (CADTH rapid response report: summary with critical appraisal).
- Benarosch, J. (2021). Contrainte, contention et isolement. *Pratiques en sante mentale*, 67(4), 75-82.
- Berzlanoch, A. M., Schöpfer, J., & Keil, W. (2012). Deaths due to physical restraint. *Deutsches Arzteblatt international*, 109(3), 27-32. Repéré à <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0027>
- Burton, L. C., German, P. S., Rovner, B. W., & Brant, L. J. (1992). Physical restraint use and cognitive decline among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(8), 811-816.
- Boudes, C., & Beauseigneur, M. (2019). Prévention des chutes dans la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(207), 29-39.
- Bursiek, A. A., Hopkins, M. R., Breitkopf, D. M., Grubbs, P. L., Joswiak, M. E., Klipfel, J. M., & Johnson, K. M. (2020). Use of high-fidelity simulation to enhance interdisciplinary collaboration and reduce patient falls. *Journal of patient safety*, 16(3), 245-250.
- Cadore, E. L., Moneo, A. B. B., Mensat, M. M., Muñoz, A. R., Casas-Herrero, A., Rodriguez-Mañas, L., & Izquierdo, M. (2014). Positive effects of resistance training in frail elderly patients with dementia after long-term physical restraint. *Age*, 36(2), 801-811.
- Cameron, I. D., Fairhall, N., Langron, C., Lockwood, K., Monaghan, N., Aggar, C. & Kurrle, S. E. (2013). A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC medicine*, 11(1), 65.
- Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux de la Capitale-Nationale (2018) Protocole sur l'application exceptionnelle des mesures de contrôle. Repéré à https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/Infirmier/dsi_protocole-utilisation-mesures-controle_r-16.pdf
- Chang, Y. P., Li, J., & Porock, D. (2013). The effect on nursing home resident outcomes of creating a household within a traditional structure. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(4), 293-299.
- Dahlke, S. A., Hunter, K. F., & Negrin, K. (2019). Nursing practice with hospitalised older people: Safety and harm. *International journal of older people nursing*, 14(1), e12220.
- des Noëttes, V. L. (2021, October). Contention et isolement en gériatrie: entre principe de précaution et devoir d'humanité. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 179, No. 8, pp. 731-734). Elsevier Masson.
- Dubois, C. (2016) Session de formation. Gestion des mesures de contrôle : rôle de l'ergothérapeute. Cahier du participant. Ordre des ergothérapeutes du Québec.

- Durand, P., Ouellet, J., Beauchesne, L., Tourigny, A., Verreault, R., Dicaire, L., Rochette, L. (2002). Programme d'intervention visant à réduire l'utilisation des contentions physiques dans des unités de soins de longue durée — mise en oeuvre et effets sur le personnel soignant. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 21(4), 559-576. doi:10.1017/S0714980800002099
- Dutier, A. (2021). Le rapport intime au risque: enjeux éthiques dans l'accompagnement de la personne
- Fernández, V. I., Karavokyros, S., Lagier, F., Bauer, L., & Védie, C. (2019). Soigner sans contention physique, quels enjeux psychiques? De la contention à la contenance. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(3), 435-450.
- Gallinagh, R., Nevin, R., McAleese, L., & Campbell, L. (2001). Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing*, 10(13), 852-859.
- Gouvernement du Canada (1982). La charte canadienne des droits et libertés (partie 1 de la Loi constitutionnelle de 1982 ((Annexe B)) de la loi de 1982 sur le Canada R.U., C.II)
- Gouvernement du Québec. La Charte québécoise des droits et liberté de la personne (L.R.Q.,C-12)
- Gouvernement du Québec. La Loi sur les services de santé et les services sociaux, (L.R.Q.,C.S-4.2)
- Gouvernement du Québec. Le Code civil du Québec (L.Q.1991, c.64)
- Gulpers, M. J. M., Bleijlevens, M. H. C., Ambergen, T., Capezuti, E., Rossum, E., & Hamers, J. P. H. (2011). Belt Restraint Reduction in Nursing -Homes: Effects of a Multicomponent Intervention Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2029–2036. Repéré à <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1111/j.1532-5415.2011.03662.x>
- Hodgkinson, B., Koch, S., Nay, R., & Lewis, M. (2007). Managing the wandering behaviour of people living in a residential aged care facility. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 5(4), 406-436.
- Institut national de santé publique du Québec (2016). La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2106_gestion_risques_sante_publicque.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2013). Chute chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée). Synthèse des connaissances et des références rédigées par Elena Morarescu. Québec, Qc : INESSS; 2013. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_Chute_Patients_Etablissements_Sante.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée. État des pratiques rédigé par Isabelle David et Marie-Hélène Raymond. Québec, Qc : INESSS; 2020. 156 p.
- Jones, K. J., Crowe, J., Allen, J. A., Skinner, A. M., High, R., Kennel, V., & Reiter-Palmon, R. (2019). The impact of post-fall huddles on repeat fall rates and perceptions of safety culture: a quasi-experimental evaluation of a patient safety demonstration project. *BMC health services research*, 19(1), 650.
- Kayser-Jones, J. S. (1993). Influence of the environment on falls in nursing homes: A conceptual model. *Advances in Long-Term Care Environment and Falls in Nursing Homes*. New York, NY: Springer Publishing Company, 176-195.

- Kergoat, M. J. (2010). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: cadre de référence. La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>
- Kong, E. H., Choi, H., & Evans, L. K. (2017). Staff perceptions of barriers to physical restraint-reduction in long-term care: a meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 49-60.
- Kwok, T., Bai, X., Chui, M. Y., Lai, C. K., Ho, D. W., Ho, F. K., & Woo, J. (2012). Effect of physical restraint reduction on older patients' hospital length of stay. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(7), 645-650.
- Lachance, C., & Wright, M. D. (2019). Avoidance of Physical Restraint Use among Hospitalized Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines.
- Lemaire, É. (2021). Les aspects médico-légaux de la contention.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2008). Aide-mémoire - mesures de remplacement de la contention et de l'isolement. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2013). Manuel d'application : Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-843-03W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2014). Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2014). Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-05W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle: contention, isolement et substance chimiques. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2016). Guide d'information Demande de permis pour l'exploitation d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-834-02W.pdf>
- 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>

- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., & Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane review. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 21(21–22), 3070–3081. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1111/j.1365-2702.2012.04153.x>
- Möhler, R., & Meyer, G. (2015). Development methods of guidelines and documents with recommendations on physical restraint reduction in nursing homes: a systematic review. *BMC geriatrics*, 15(1), 1-6.
- Möhler, R., Nürnberger, C., Abraham, J., Köpke, S., & Meyer, G. (2016). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(12).
- Moore, K., & Haralambous, B. (2007). Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 532-540.
- Muñiz, R., Gómez, S., Curto, D., Hernández, R., Marco, B., García, P, & Olazarán, J. (2016). Reducing physical restraints in nursing homes: a report from María Wolff and Sanitas. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(7), 633-639.
- Øye, C., & Jacobsen, F. F. (2020). Informal use of restraint in nursing homes: A threat to human rights or necessary care to preserve residents' dignity? *Health*, 24(2), 187-202.
- PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES 2022-2027 DOCUMENT DE CONSULTATION – APPEL DE MÉMOIRES repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-830-27W.pdf>
- Pons, X., Hermabessière, S., & Rolland, Y. (2019). Évaluation du risque de chute et de fracture chez la personne âgée en institution. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(207), 21-28.
- Pu, Lihui & Moyle, Wendy. (2020). Restraint use in residents with dementia living in residential aged care facilities: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, <https://doi.org/10.1111/jocn.15487>
- Quentin, B. (2013). La contention? Mais on ne peut pas faire autrement. *Gerontologie et société*, 36(1), 111-119.
- Scheepmans, K., Dierckx de Casterlé, B., Paquay, L., Van Gansbeke, H., & Milisen, K. (2020). Reducing physical restraints by older adults in home care: development of an evidence-based guideline. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–14. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1186/s12877-020-1499-y>
- Schmidtke, S. (2018). Reducing Use of Restraints through Education on Alternatives. *MEDSURG Nursing*, 27(3), 157–159.
- Smadja, J., & Lemogne, C. (2020). CONTENTION PHYSIQUE.
- Timmins, J. (2008). Compliance with best practice. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(3), 345–350.
- Titterton, M. (2004). Risk and risk taking in health and social welfare. Jessica Kingsley Publishers.
- Tremethick, M. J., & Wallace, D. C. (1999). Interdisciplinary teamwork for hip fracture prevention. *Geriatric Nursing*, 20(6), 293-296.
- Vandervelde, S., Scheepmans, K., Milisen, K., van Achterberg, T., Vlaeyen, E., Flamaing, J., & de Casterlé, B. D. (2021). Reducing the use of physical restraints in home care: development and feasibility testing of a multicomponent program to support the implementation of a guideline. *BMC geriatrics*, 21(1), 1-18.

- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. I., & Hamers, J. P. (2014). Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. *International psychogeriatrics*, 26(4), 657.
- Veillette, A. M., & Allaire, É. (2020). ÉTAT DE SITUATION SUR LE CAMOUFLAGE DE PORTES ET D'ASCENSEURS EN MILIEUX D'HÉBERGEMENT AU QUÉBEC: PROPOSITION POUR UNIFORMISER ET SOUTENIR LA PRISE DE DÉCISION.
- Voyer, P. (2021) Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie 3e édition. Les éditions du renouveau pédagogique: Montréal.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI.
- Wang, J., Liu, W., Peng, D., Xiao, M., & Zhao, Q. (2020). The use of physical restraints in Chinese long-term care facilities and its risk factors: An observational and cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 76(10), 2597–2609. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1111/jan.14486>
- Werner, P., & Mendelsson, G. (2001). Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: testing the theory of reasoned action. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 784-791.
- Yue, Z., Liang, H., Gao, X., Qin, X., Li, H., Xiang, N., & Liu, E. (2022). The association between falls and anxiety among elderly Chinese individuals: The mediating roles of functional ability and social participation. *Journal of Affective Disorders*, 301, 300–306. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1016/j.jad.2022.01.070>

Formation continue
Formation de 7 h

La déprescription chez les aînés : pour que moins rime avec bien

Caroline Sirois, B. Pharm. PhD, professeur agrégé, Faculté de pharmacie, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

De plus en plus d'aînés consomment plusieurs médicaments simultanément. Au Québec, 38% des personnes de plus de 65 ans en communauté prennent au moins 10 médicaments différents par année. Afin de réduire les effets potentiellement néfastes de la polymédication, on note un intérêt grandissant pour la réduction du nombre de médicaments prescrits, communément nommée la « déprescription ». Cette formation propose un tour d'horizon du phénomène de la polymédication et du processus de déprescription chez les aînés. Les résultats des pratiques de déprescription obtenus dans différents contextes et les attitudes et les barrières envers la déprescription présentes chez les patients et les professionnels de la santé seront notamment abordés. Des initiatives et des outils facilitant le processus de déprescription en pratique clinique seront présentés. Des mises en situation permettront de mettre en application les outils de déprescription présentés et de discuter des barrières à la déprescription.

LES BUTS DE LA FORMATION

Au terme de cette formation, les participants seront en mesure de comprendre les impacts potentiels de la polymédication et de la déprescription sur les résultats de santé des aînés ; d'identifier les attitudes et barrières face à la déprescription ; de connaître les circonstances favorisant la déprescription et d'utiliser des outils facilitant la déprescription.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux professionnels de la santé œuvrant auprès des aînés et dont la pratique implique la gestion de médicaments. Les pharmaciens, médecins et infirmières pourront notamment y trouver un intérêt.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants de se familiariser avec les plus récents critères de Beers sur les médicaments potentiellement inappropriés chez les aînés en lisant l'article « American Geriatrics Society 2019 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2019 ; 67(4) :674-694 ».

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	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître la prévalence et l'impact de la polymédication chez les aînés 	<ul style="list-style-type: none"> • Données sur le nombre de médicaments consommés; revue des impacts sur la santé (hospitalisation, mortalité, chutes, effets indésirables...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs, discussions de cas 	Remise à chaque participant d'un dispositif avec plusieurs « médicaments » (bonbons) que les participants auront à prendre/déprescrire pendant la formation (en présence seulement) Questions quiz avec données statistiques
9 h – 9 h 15	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le terme déprescription 	<ul style="list-style-type: none"> • Définitions dans la littérature scientifique; origine et buts du processus 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs, avis des participants sur la signification du terme 	
9 h 15 – 9 h 50	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les impacts cliniques de la déprescription chez les aînés 	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats des essais cliniques et études observationnelles (médicaments en 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs 	Mise en situation Questions quiz

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
		général, certaines classes particulières)		
9 h 50 – 10 h 05	Pause			
10 h 05 – 10 h 30	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les attitudes et les barrières envers la déprescription de la part des patients et des prescripteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats des études quantitatives et qualitatives quant aux attitudes des patients et des professionnels de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs, discussions de groupe 	Mise en commun des idées des participants sur les principales barrières perçues et comparaison avec les données de la littérature
10 h 30 – 11 h	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les médicaments et les circonstances se prêtant le mieux à la déprescription 	<ul style="list-style-type: none"> • Principales listes de médicaments appropriés/inappropriés (Critères de Beers, STOPP/START...), révision des concepts de NNT/NNH, bénéfices et risques chez les aînés, données probantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs, discussions de groupe 	Examen d'un cas clinique Calcul de NNT/NNH
11 h – 11 h 45	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître des outils utiles à la déprescription 	<ul style="list-style-type: none"> • Outils développés par divers organismes (guides de déprescription, logiciels) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs 	Démonstration interactive avec le logiciel Medstopper Retour sur le cas clinique
11 h 45 – 12 h	<ul style="list-style-type: none"> • Répertorier les initiatives nationales et internationales en déprescription 	<ul style="list-style-type: none"> • Travaux de différents groupes de recherche et initiatives gouvernementales (OPEN, réseau 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs 	Présentation des sites web lorsque disponibles

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
		canadien pour la déprescription, INESSS)		
12 h – 13 h	Dîner			
13 h – 14 h	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un processus de déprescription en utilisant les outils disponibles et en s'adaptant au contexte 	<ul style="list-style-type: none"> • Mises en situations complexes nécessitant l'utilisation des outils (Critères de Beers, Laroche, STOPP/START, protocoles de déprescription, site web Medstopper) 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussions en équipe ; rédaction d'un plan de déprescription en ciblant les médicaments les plus appropriés et en utilisant les outils disponibles 	Après une certaine période de réflexion et de discussion, on ajoute une difficulté supplémentaire au cas en lien avec les principales barrières connues à la déprescription. Discussion sur les façons de surmonter ces barrières. On demande comment la multidisciplinarité pourrait être mise à profit dans le processus
14 h – 14 h 15	Pause			
14 h 15 – 16 h	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un processus de déprescription en utilisant les outils disponibles et en s'adaptant au contexte 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des cas par les équipes 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposés interactifs et discussions 	Mise en évidence des outils les plus pertinents et des obstacles les plus importants. Trucs pouvant être explorés. Discussion sur les expériences professionnelles des 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
16 h – 16 h 30	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusion et échange 		<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur le cas du départ – le nombre de « médicaments » dans le dispositif a-t-il changé? (en présence) 	Évaluation

Articles scientifiques**(Polypharmacie)**

- American Geriatrics Society. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 1957-68.
- American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63: 2227-46.
- American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2019 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019; 67 (4): 674-94
- Bajcar JM, Wang L, Moineddin R, Nie JX, Tracy CS, Upshur RE. From pharmaco-therapy to pharmaco-prevention: trends in prescribing to older adults in Ontario, Canada, 1997-2006. *BMC family practice* 2010;11:75.
- Barry PJ, Gallagher P, 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 Ageing* 2007;36:632-8.
- Charlesworth CJ, Smit E, Lee DS, Alramadhan F, Odden MC. Polypharmacy Among Adults Aged 65 Years and Older in the United States: 1988-2010. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2015;70:989-95.
- Curtin D, Gallagher P, O'Mahony D. Deprescribing in older people approaching end-of-life: development and validation of STOPPFrail version 2. *Age Ageing*. 2021 Feb 26;50(2):465-471. doi: 10.1093/ageing/afaa159.
- Doan J, Zakrzewski-Jakubiak H, Roy J, Turgeon J, Tannenbaum C. Prevalence and risk of potential cytochrome P450-mediated drug-drug interactions in older hospitalized patients with polypharmacy. *Ann Pharmacother* 2013;47:324-32.
- Fastbom J, Johnell K. National Indicators for Quality of Drug Therapy in Older Persons: the Swedish Experience from the First 10 Years. *Drugs Aging* 2015;32:189-99.
- Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health Outcomes Associated with Polypharmacy in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:2261-72.
- Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46:72-83.
- Gagnon ME, Sirois C, Simard M, Plante C. Polypharmacy and pharmacological treatment of diabetes in older individuals: a population-based study in Quebec, Canada. *Pharmacy* 2019, 7(4), 161; <https://doi.org/10.3390/pharmacy7040161>
- Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol* 2012; 65:989-95.
- Gosselin E, Simard M, Lunghi C, Sirois C. Trends in benzodiazepine and alternative hypnotic use in relation with multimorbidity among older adults in Quebec, Canada. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2021 Nov 8. doi: 10.1002/pds.5383.
- Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995–2010. *BMC Medicine* 2015;13:74.

- Hanley GE, Morgan S. Chronic catastrophes: exploring the concentration and sustained nature of ambulatory prescription drug expenditures in the population of British Columbia, Canada. *Soc Sci Med* 2009;68:919-24.
- Hayes BD, Klein-Schwartz W, Barrueto F, Jr. Polypharmacy and the geriatric patient. *Clin Geriatr Med* 2007;23:371-90.
- Hovstadius B, Petersson G. Factors leading to excessive polypharmacy. *Clin Geriatr Med* 2012; 28: 159-72.
- Hovstadius B, Petersson G, Hellstrom L, Ericson L. Trends in inappropriate drug therapy prescription in the elderly in Sweden from 2006 to 2013: assessment using national indicators. *Drugs Aging* 2014;31:379-86.
- Institut canadien d'information sur la santé. Utilisation des médicaments chez les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments au Canada, 2012. Ottawa, 2014.
- Johnell K. The controversies surrounding polypharmacy in old age – where are we? *Expert Rev Clin Pharmacol* 2018;11(9):825-7.
- Johnell K, Klarin I. The relationship between number of drugs and potential drug-drug interactions in the elderly: a study of over 600,000 elderly patients from the Swedish Prescribed Drug Register. *Drug Saf* 2007; 30:911-8.
- Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63:725-31.
- Laroche ML, Sirois C, Reeve E, Gnjjidic D, Morin L. Pharmacoepidemiology in older people: purposes and future directions. *Thérapie* 2019; 74 (2):325-332.
- Lipska KJ, Ross J, Wang Y, Inzucchi SE, Mingos K, Karter AJ, Huang ES, Desi MM, Gill TM, Krumholz HM. National trends in US hospital admissions for hyperglycemia and hypoglycemia among medicare beneficiaries, 1999 to 2011. *JAMA Intern Med* 2014; 174 (7):1116-24.
- Lipska KJ, Krumholz H, Soones T, Lee SJ. Polypharmacy in the aging patient: A review of glycemic control in older adults with type 2 diabetes. *JAMA* 2016; 315(10):1034-45.
- Mc Namara KP, Breken BD, Alzubaidi HT, Bell JS, Dunbar JA, Walker C, Hernan A. Health professional perspectives on the management of multimorbidity and polypharmacy for older patients in Australia. *Age Ageing* 2016. Nov 10 [Epub ahead of print].
- Morgan SG, Hunt J, Rioux J, Proulx J, Weymann D, Tannenbaum C. Frequency and cost of potentially inappropriate prescribing for older adults: a cross-sectional study. *CMAJ Open* 2016; 4 (2):E346-51.
- Moriarty F, Hardy C, Bennett K, Smith S, Fahey T. Trends and interaction of polypharmacy and potentially inappropriate prescribing in primary care over 15 years in Ireland: a repeated cross-sectional study. *BMJ open* 2015;5.
- 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.
- Naugler CT, Brymer C, Stolee P, Arcese ZA. Development and validation of an improving prescribing in the elderly tool. *Can j clin pharmacol* 2000;7:103-7.
- Nishtala PS, Salahudeen MS. Temporal trends in polypharmacy and hyperpolypharmacy in older New Zealanders over a 9-year period : 2005-2013. *Gerontology* 2015 ; 61 (3):195-202.
- Ouellet N, Sirois C. Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée. *Perspect Infir.* 2018; 15(4) :52-60.

- Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 5, CD008165. doi:10.1002/14651858.CD008165.pub2
- Qato D, Wilder J, Schumm L, Gillet V, Alexander G. Changes in prescription and over-the-counter medication and dietary supplement use among older adults in the United States, 2005 vs 2011. *JAMA Intern Med* 2016;176:473-82
- Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, Hughes C. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 9:CD008165. doi: 10.1002/14651858.CD008165.pub4.
- Roux B, Sirois C, Simard M, Gagnon ME, Laroche ML. Potentially inappropriate medications in older adults: a population-based cohort study. *Family Practice* 2020;37(12):173-179.
- Roux B, Sirois C, Simard M, Gagnon ME, Laroche ML. One-year persistence of potentially inappropriate medication use in older adults: a population-based study. *Br J Clin Pharmacol* 2020; 86(6):1062-80. doi:10.1111/bcp.14214.
- Saastamoinen LK, Verho J. Register-based indicators for potentially inappropriate medication in high-cost patients with excessive polypharmacy. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2015;24:610-8.
- Sabzwari SR, Qidwai W, Bhanji S. Polypharmacy in elderly: a cautious trail to tread. *JPMA* 2013;63:624-7.
- Sirois C, Laroche ML, Guénette L, Kröger E, Cooper D, Émond V. Polypharmacy in multimorbid older adults: protocol for a systematic review. *Systematic Reviews* 2017;6:104.
- Sirois C, Domingues NS, Laroche ML, Zongo A, Lunghi C, Guénette L, Kröger E, Émond V. Polypharmacy definitions for multimorbid older adults need stronger foundations to guide research, clinical practice and public health. *Pharmacy* 2019;7: 126. Doi: 10.3390/pharmacy7030126.
- Sirois C, Lunghi C, Berthelot W, Laroche ML, 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; <https://doi.org/10.1007/s11096-019-00935-y>
- Sirois C, Gagnon C, McCarthy LM, Schuster B, Turner JP. La déprescription : aller au-delà de la gériatrie. *Pharmactuel* 2019;52(3) :151-2.
- Sirois C, Ouali A, Simard M. Polypharmacy among older individuals with COPD : trends between 2000-2015 in Quebec, Canada. *COPD* 2019;Aug 12:1-6. Doi: 10.1080/15412555.2019.1646716.
- Sirois C, Simard M, Gosselin E, Gagnon ME, Roux B, Laroche ML. Mixed bag « polypharmacy » : Methodological pitfalls and challenges of this exposure definition. *Curr Epidemiol Report* 2019;6:390-401.
- Sirois C, Lunghi C, Laroche ML, Maheux A, Frini A. The delicate choice of optimal basic therapy for multimorbid older adults: A cross-sectional survey. *Res Social Adm Pharm* 2019; 15:761-6.
- Sirois C, Khoury R, Durand A, Deziel PL, Bukhtiyarova O, Chiu Y, Talbot D, Bureau A, Després P, Gagné C, Laviolette F, Savard AM, Corbeil J, Badard T, Jean S, Simard M. Exploring polypharmacy with artificial intelligence: data analysis protocol. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2021 Jul 20;21(1):219. doi: 10.1186/s12911-021-01583-x.
- Sirois C, Turner JP, Hébert J. Health professionals' perspectives regarding polypharmacy in older patients with cancer: A mixed-design exploratory study. *J Geriatr Oncol.* 2021 Jul;12(6):881-887. doi: 10.1016/j.jgo.2021.02.027.

- Tamura BK, Bell CL, Inaba M, Masaki KH. Outcomes of polypharmacy in nursing home residents. *Clin Geriatr Med* 2012;28:217-36.
- Wallis KA. 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.
- 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.
- Weir KR, Bonner C, McCaffery K, Naganathan V, Carter SM, Rigby D, Trevena L, McLachlan A, Jansen J. Pharmacists and patients sharing decisions about medicines: Development and feasibility of a conversation guide. *Res Social Adm Pharm* 2018 Aug 22. pii:S1551-7411(18)30276-6. doi: 10.1016/j.sapharm.2018.08.009
- Wilson M, Mair A, Dreischulte T, Witham MD. Prescribing to fit the needs of older people – the NHS Scotland Polypharmacy Guidance, 2nd edition. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 2015;45:108-13.
- Zou D, Tannenbaum C. Educational needs, practice patterns and quality indicators to improve geriatric pharmacy care. *Can Pharm J (Ott)* 2014;147(2):110-7.

(Déprescription)

- Ailabouni N, Tordoff J, Mangin D, Nishtala PS. Do residents need all their medications? A cross-sectional survey of RNs' views on deprescribing and the role of clinical pharmacists. *J Gerontol Nurs* 2017;43(10):13-20.
- Alldred DP. Deprescribing: a brave new word? *Int J Pharm Pract* 2014;22:2-3.
- AlRasheed MM, Alhawassi TM, Alanazi A, Ajoudah N, Khurshid F, Alsultan M. Knowledge and willingness of physicians about deprescribing among older patients: a qualitative study. *Clin Interv Aging* 2018; 13:1401-8.
- Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ open* 2014;4:e006544.
- Beer C, Loh PK, Peng YG, Potter K, Millar A. A pilot randomized controlled trial of deprescribing. *Ther Adv Drug Saf* 2011;2:37-43.
- Bloomfield HE, Greer N, Linsky AM, Bolduc J, Naidl T, Vardeny O, MacDonald R, McKenzie L, Wilt TJ. Deprescribing for Community-Dwelling Older Adults: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2020 Nov;35(11):3323-3332. doi: 10.1007/s11606-020-06089-2.
- Blum MR, Sallevelt BTGM, Spinewine A, O'Mahony D, Moutzouri E, Feller M, Baumgartner C, Roumet M, Jungo KT, Schwab N, Bretagne L, Beglinger S, Aubert CE, Wilting I, Thevelin S, Murphy K, Huibers CJA, Drenth-van Maanen AC, Boland B, Crowley E, Eichenberger A, Meulendijk M, Jennings E, Adam L, Roos MJ, Gleeson L, Shen Z, Marien S, Meinders AJ, Baretella O, Netzer S, de Montmollin M, Fournier A, Mouzon A, O'Mahony C, Aujesky D, Mavridis D, Byrne S, Jansen PAF, Schwenkglenks M, Spruit M, Dalleur O, Knol W, Trelle S, Rodondi N. Optimizing Therapy to Prevent Avoidable Hospital

- Admissions in Multimorbid Older Adults (OPERAM): cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2021 Jul 13;374:n1585. doi: 10.1136/bmj.n1585.
- Bolmsjö BB, Palagyi A, Keay L, Potter J, Lindley RI. Factors influencing deprescribing for residents in advanced care facilities: insights from general practitioners in Australia and Sweden. *BMC Fam Pract* 2016;17(1):152.
 - Carmona JH, Cruz IA, Ruiz FP. A prudent deprescription model. *Med Clin* 2014;144:362-9.
 - Chroinin DN, Beveridge A. Why Stop? A Survey of Deprescribing Habits Amongst Geriatricians. *Austral J Ageing* 2014;33:40-.
 - Chroinin DN, Chroinin CN, Beveridge A. Factors influencing deprescribing habits among geriatricians. *Age Ageing* 2015;44:704-8.
 - Clyne B, Cooper JA, Boland F, Hughes CM, Fahey T, Smith SM. OPTI-SCRIPT study team. *Br J Gen Pract* 2017; 67(660):e507-e518.
 - Cross C. Introducing deprescribing into culture of medication. *CMAJ* 2013;185:E606.
 - Dohnhammar U, Reeve J, Walley T. Patients' expectations of medicines – a review and qualitative synthesis. *Health Expect* 2016; 19(2):179-93.
 - Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L, Irving H, Conklin J, Pottie K. What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: a modified delphi process. *PloS one* 2015;10:e0122246.
 - Farrell B, Richardson L, Raman-Wilms L, de Launay D, Alsabbagh MW, Conklin J. Self-efficacy for deprescribing: A survey for health care professionals using evidence-based deprescribing guidelines. *Res Social Adm Pharm* 2018; 14(1):18-25.
 - Fournier A, Anrys P, Beuscart JB, 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.
 - Frank C. Deprescribing: a new word to guide medication review. *CMAJ* 2014;186:407-8.
 - Garfinkel D, Ilhan B, Bahat G. Routine deprescribing of chronic medication to combat polypharmacy. *Ther Adv Drug Saf*. 2015 6(6):212-33. doi: 10.1177/2042098615613984.
 - 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(18):1648-54. doi: 10.1001/archinternmed.2010.355.
 - Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J*. 2007 Jun;9(6):430-4.
 - Gedde MH, Husebo BS, Mannseth J, Kjome RLS, Naik M, Berge LI. Less Is More: The Impact of Deprescribing Psychotropic Drugs on Behavioral and Psychological Symptoms and Daily Functioning in Nursing Home Patients. Results From the Cluster-Randomized Controlled COSMOS Trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2021 Mar;29(3):304-315. doi: 10.1016/j.jagp.2020.07.004.
 - Gnjidic D, Le Couteur DG, Hilmer SN. Discontinuing drug treatments: We need better evidence to guide deprescribing. *BMJ* 2014;349:g7013-g 1p.
 - Gnjidic D, Le Couteur DG, Kouladjian L, Hilmer SN. Deprescribing trials: methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes. *Clin Ger Med* 2012;28:237-53.

- Granas AG, Stendal Bakken M, Ruths S, Taxis K. Deprescribing for frail older people – Learning from the case of Mrs. Hansen. *Res Social Adm Pharm* 2017 Jul 13. Pii: S1551-7411(17)30588-0. Doi: 10.1016/j.sapharm.2017.07.003 [Epub ahead of print].
- Harriman K, Howard L, McCracken R. Deprescribing medication for frail elderly patients in nursing homes: A survey of vancouver family physicians. *Br Col Med J* 2014;56:436-41.
- Hilmer SN, Gnjjidic D, Le Couteur DG. Thinking through the medication list - appropriate prescribing and deprescribing in robust and frail older patients. *Aust Fam Phys* 2012;41:924-8.
- Keks N, Schwartz D, Hope J. Stopping and switching antipsychotic drugs. *Aust Prescr.* 2019;42(5):152-157. doi:10.18773/austprescr.2019.052
- Kua CH, Yeo CYY, Tan PC, Char CWT, Tan CWY, Mak V, Leong IY, Lee SWH. Association of Deprescribing With Reduction in Mortality and Hospitalization: A Pragmatic Stepped-Wedge Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc.* 2021 Jan;22(1):82-89.e3. doi: 10.1016/j.jamda.2020.03.012.
- Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, Ritchie CS, Bull JH, Fairclough DL, et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2015;175(5):691-700.
- Le Bosquet K, Feton M, Springer S, Wilson S, Albert S. Physician factors associated with polypharmacy and potentially inappropriate medication use. *J Am Board Fam Med* 2017; 30: 528-36.
- Le Bosquet K, Barnett N, Minshull J. Deprescribing : Practical ways to support person-centred, evidence-based deprescribing. *Pharmacy* 2019;7:129. Doi:10.3390/pharmacy/7030129.
- Lee C, Lo A, Ubni K, Milewski M. Outcome after discontinuation of proton pump inhibitors at a residential care site: quality improvement project. *Can J Hosp Pharm* 2017;70(3):215-223.
- Linsky A, Meterko M, Stolzmann K, Simon SR. Supporting medication discontinuation: provider preferences for interventions to facilitate deprescribing. *BMC Health Services Research* 2017; 17:447
- Luymes CH, Poortvliet RKE, van Geloven N, de Waal MWM, Drewes YM, Blom JW, Smidt N, Assendelft WJJ, an den Hout WB, de Ruijter W, Numans ME. Deprescribing preventive cardiovascular medication in patients with predicted low cardiovascular disease risk in general practice – the ECSTATIC study: a cluster randomised non-inferiority trial. *BMC Med* 2018; 16(1):5. Doi: 10.1186/s12916-017-0988-0.
- MacMillan TE, Kamali R, Cavalcanti RB. Missed opportunity to deprescribe: Docusate for constipation in medical inpatients; *Am J Med* 2106;129 : 1001.e1-1001.e7 [Epub eahd of print]
- Martin P, Tamblyn R, Ahmed S, Tannenbaum C. A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly. *Patient Educ Couns* 2013;92(1):81-7.
- Naunton M, Peterson GM, Deeks LS, Young H, Kosari S. We have had a gutful: The need for deprescribing proton pump inhibitors. *J Clin Pharm Ther* 2018;43(1):65-72
- Ni Chroinin D, Ni Chroinin C, Beveridge A. Factors influencing deprescribing habits among geriatricians. *Age and ageing* 2015;44:704-8.

- Olry de Labry Lima A, Marcos Marcos J, Marquina Marquez A, González Vera MLÁ, Matas Hoces A, Bermúdez Tamayo C. Evidence for deprescription in primary care through an umbrella review. *BMC Fam Pract*. 2020 Jun 8;21(1):100. doi: 10.1186/s12875-020-01166-1.
- O'Mahony D, Gudmundsson A, Soiza RL, et al. Prevention of adverse drug reactions in hospitalized older patients with multi-morbidity and polypharmacy: the SENATOR* randomized controlled clinical trial. *Age Ageing*. 2020;49(4):605-614. doi:10.1093/ageing/afaa072
- Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. 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.
- Page A, Potter K, Clifford R, Etherton-Beer C. Deprescribing in older people. *Maturitas* 2016;91:115-34
- Plakiotis C, Bell JS, Jeon YH, Pond D, O'Connor DW. Deprescribing psychotropic medications in aged care facilities: the potential role of family members. *Adv Exper Med Biol* 2015;821:29-43.
- Pollmann AS, Murphy AL, Bergman JC, Gardner DM. Deprescribing benzodiazepines and Z-drugs in community-dwelling adults: a scoping review. *BMC Pharmacol Tox* 2015;16:19.
- Potter K, Flicker L, Page A, Etherthon-Beer C. Deprescribing in frail older people: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2016; 11(3):e0149984
- Pruskowski JA, Springer S, Thorpe CT, Klein-Fedyshin M, Hander SM. Does deprescribing improve quality of life? A systematic review of the literature. *Drugs Aging* 2019; Oct 9. Doi: 10.1007/s40266-019-00717-1.
- Qi K, Reeve E, Hilmer SN, Pearson S-A, Matthews S, Gnjidic D. Older peoples' attitudes regarding polypharmacy, statin use and willingness to have statins deprescribed in Australia. *Int J Clin Pharm* 2015;37:949-57.
- Reeve E, Andrews JM, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. Feasibility of a patient-centered deprescribing process to reduce inappropriate use of proton pump inhibitors. *Ann Pharmacother* 2015;49:29-38.
- Reeve E, Low LF, Shakib S, Hilmer SN. Development and validation of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (PATD) questionnaire: Versions for older adults and caregivers. *Drugs Aging* 2016 Oct 27 [Epub ahead of print].
- Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Development and validation of the patients' attitudes towards deprescribing (PATD) questionnaire. *Int J Clin Pharm* 2013;35:51-6.
- Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. *Br J Clin Pharmacol* 2014;78:738-47.
- Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. The benefits and harms of deprescribing. *Med J Aust* 2014;201:386-9.
- Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs & aging* 2013;30:793-807.
- Reeve E, Turner JP. Patients' perspectives on the brave new word 'deprescribing'. *Int J Pharm Pract* 2015;23:90-1.
- Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to Deprescribe. *J Am Ger Soc* 2013;61:1508-14.
- Reeve E, Wiese MD. Benefits of deprescribing on patients' adherence to medications. *Int J Clin Pharm* 2014;36:26-9.

- Reeve E, Moriarty F, Nahas R, Turner JP, Kouladjian O'Donnell L, Hilmer SN. A narrative review of the safety concerns of deprescribing in older adults and strategies to mitigate potential harms. *Expert Opin Drug Saf* 2018;17(1):39-49.
- Reeve E, Jordan V, Thompson W, Sawan M, Todd A, Gammie TM, Hopper I, Hilmer SN, Gnjidic D. Withdrawal of antihypertensive drugs in older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Jun 10;6(6):CD012572. doi: 10.1002/14651858.CD012572.pub2.
- Rieckert A, Reeves D, Altiner A, Drewelow E, Esmail A, Flamm M, Hann M, Johansson T, Klaassen-Mielke R, Kunnamo I, Löffler C, Piccoliori G, Sommerauer C, Trampisch US, Vögele A, Woodham A, Sönnichsen A. Use of an electronic decision support tool to reduce polypharmacy in elderly people with chronic diseases: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2020 Jun 18;369:m1822. doi: 10.1136/bmj.m1822.
- Rothschild DP, Novak E, Rich MW. Effect of statin therapy on mortality in older adults hospitalized with coronary artery disease. A propensity-adjusted analysis. *J Am Geriatr Soc* 2016;64(7):1475-9.
- Roux B, Sirois C, Niquille A, Spinewine A, Ouellet N, Péteïn C, Sibille FX, Csajka C, Reeve E, Villeneuve C, Bugnon O, Laroche ML. Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire in French language. *Res Soc Admin Pharm* 2021;17(8):1453-62.
- Rozsnyai Z, Tabea Jungo K, Reeve E, Poortvliet RKE, Rondondi N, Gussekloo J, Streit S. What do older adults with multimorbidity and polypharmacy think about deprescribing? The LESS study – a primary care-based survey. *BMC Geriatr* 2020;20(1):435. doi:10.1186/s12877-020-01843-x.
- Schuling J, Gebben H, Veehof LJ, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2012;13:56.
- Scott IA, Gray LC, Martin JH, Pillans PI, Mitchell CA. Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. *Evidence-based medicine* 2013;18:121-4.
- Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: The process of deprescribing. *JAMA Intern Med* 2015;175:827-34.
- Silverstein W, Lass E, Born K, Morinville A, Levinson W, Tannenbaum C. A survey of primary care patients' readiness to engage in the de-adoption practices recommended by Choosing Wisely Canada. *BMC Res Notes* 2016;9:301. Doi: 10.1186/s13104-016-2103-6.
- Schiotz ML, Frolich A, Jensen AK, Reuther L, Perrild H, Petersen TS, Kornholt J, Christensen MB. Polypharmacy and medication deprescribing: A survey among multimorbid older adults in Denmark. *Pharmacol Res Perspect* 2018; 6(6):e0431. doi: 10.1002/prp2.431.
- Sheppard JP, Burt J, Lown M, Temple E, Lowe R, Fraser R, Allen J, Ford GA, Heneghan C, Hobbs FDR, Jowett S, Kodabuckus S, Little P, Mant J, Mollison J, Payne RA, Williams M, Yu LM, McManus RJ; OPTIMISE Investigators. Effect of Antihypertensive Medication Reduction vs Usual Care on Short-term Blood Pressure Control in Patients With Hypertension Aged 80 Years and Older: The OPTIMISE Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2020 May 26;323(20):2039-2051. doi: 10.1001/jama.2020.4871.
- Singh S, Ziemann S, Go AS, Formann SP, Wenger NK, Fleg JL, Radziszewska B, Stone NJ, Zoungas S, Gurwitz JH. Statins for primary prevention in older adults – Moving toward evidence-based decision-making. *J Am Geriatr Soc* 2018; 66(11):2188-96.

- Sirois C, Ouellet N, Reeve E. Community-dwelling older people's attitudes towards deprescribing in Canada. *Res Social Adm Pharm* 2017; 13(4):864-70 doi: 10.1016/j.sapham.2016.08.006
- Sluggett JK, Hendrix I, Bell JS. Evidence-based deprescribing of proton pump inhibitors in long-term care. *Res Social Adm Pharm* 2018; 14(2):124-6.
- Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Int Med* 2014;174:890-8.
- Tannenbaum C et al. An ecological approach to reducing potentially inappropriate medication use: Canadian deprescribing network. *Can J Aging* 2017;36(1):97-107.
- Tisnado-Garland C, Guénette L, Kröger E, Carmichael PH, Rouleau R, Sirois C. A new care model reduces polypharmacy and potentially inappropriate medications in long-term care. *JAMDA* 2020 Nov 18:S1525-8610(20)30839-2. doi:10.1016/j.jamada.2020.09.039
- Thompson W, Black C, Welch V, Farrell B, Bjerre LM, Tugwell P. Patient values and preferences surrounding proton pump inhibitor use: a scoping review. *Patient* 2018; 11(1):17-28.
- Thompson W, Farrell B. Deprescribing: what is it and what does the evidence tell us? *Can J Hosp Pharm* 2013;66:201-2.
- Turner JP, Shakib S, Bell JS. Is my older cancer patient on too many medications? *J Geriatr Oncol* 2016 Nov 10. Pii:S1879-4068(16)30138-2. [Epub ahead of print].
- Turner JP, Tannenbaum C. Older adults' awareness of deprescribing: A population-based survey. *J Am Geriatr Soc* 2017; 65(12): 2691-6.
- Unwin D, Tobin S. A patient request for some "deprescribing". *BMJ (Clinical research ed)* 2015;351:h4023.
- Verdoorn S, Blom J, Vogelzang T, Kwint HF, Gusseklo J, Bouvy ML. The use of goal attainment scaling during clinical medication review in older persons with polypharmacy. *Res Social Adm Pharm* 2018 Nov 7. Pii: S1551-7411(18)30619-3. Doi: 10.1016/j.sapharm.2018.11.002 [Epub ahead of print]
- Wallis KA. No medicine is sometimes the best medicine. *BMJ case reports* 2015;2015.
- Wallis K, Andrews A, Henderson M. Swimming against the tide: primary care physicians' views on deprescribing in everyday practice. *Ann Fam Med* 2017;15:341-6.
- Zechmann S, Senn O, Valeri F, Essig S, Merlo C, Rosemann T, Neuner-Jehle S. Effect of a patient-centred deprescribing procedure in older multimorbid patients in Swiss primary care - A cluster-randomised clinical trial. *BMC Geriatr.* 2020 Nov 16;20(1):471. doi: 10.1186/s12877-020-01870-8.

Articles de formation continue

- Gagnon C, Turner J. La déprescription. *Québec Pharmacie* 2019 ; Juillet-Août : 1-26.
- Rakheja B, Sirois C. Les bisphosphonates : combien de temps devrait-on les utiliser? *Med Actuel* 2018;4 :59-63.
- Sirois C. La polypharmacie. *Québec Pharmacie* 2014 ; 61(3) :29-36

Document gouvernemental

- Commissaire à la santé et au bien-être. Les médicaments d'ordonnance : agir sur les coûts et l'usage au bénéfice du patient et de la pérennité du système. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Québec: Gouvernement du Québec; 2015:138p.
- Gosselin E, Simard M, Dubé M, Sirois C. Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois entre 2000 et 2016. INSPQ (2020).
- Roux B, Simard M, Gagnon ME, Sirois C. Utilisation des médicaments potentiellement inappropriés en 2014-2015 chez les aînés québécois présentant des maladies chroniques ou leurs signes précurseurs. INSPQ 2019.
- Simard M, Dubé M, Gaulin M, Trépanier PL, Sirois C. La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017. INSPQ (2019).

Sites web

- **PRIMA-eDS** (Polypharmacy in chronic diseases : Reduction of Inappropriate Medication and Adverse drug events in elderly populations by electronic Decision Support). Disponible : <http://www.prima-eds.eu>
- **OPERAM** (Optimising thERapy to prevent Avoidable hospital admissions in the Multimorbid elderly). Disponible : http://cordis.europa.eu/programme/rcn/665188_en.html
- **SENATOR** (Software Engine for the Assessment and Optimisation of drug and non-drug Therapy in Older peRsons). Disponible : <http://www.senator-project.eu>
- **SYMPATHY** (Stimulating Improvement Management of Polypharmacy and Adherence in the Elderly). Disponible : <http://www.sympathy.eu>
- **OPEN** (Ontario Pharmacy Research Collaboration) <http://www.open-pharmacy-research.ca/research-projects/emerging-services/deprescribing-guidelines>.
- Brochures ENPOWER (Institut universitaire de gériatrie de Montréal) <http://deprescribing.org/fr/ressources-pour-les-patients-et-les-prestataires-de-soins-de-sante/depliants-dinformation-sur-la-deprescription/>
- Réseau canadien pour la déprescription (ReCaD): <http://deprescribing.org/fr/canadian-deprescribing-network-caden/>
- Australian deprescribing network (ADeN) : <https://australiandeprescribingnetwork.com/au/>
- US deprescribing research network (USDeN): <https://deprescribingresearch.org/>

Outils pour la déprescription

- Medstopper.com
- New South Wales Therapeutic Advisory Group: <https://www.nswtaq.org.au>
- Primary Health Tasmania: <https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2018/09/Deprescribing-Quick-Reference-Guide.pdf>
- IMPROVE Polypharmacy Project associé à l'Université Yale: <https://improvepolypharmacy.yale.edu>

- IAM Medical guidelines (disponibles sur App Store & Google Play): Farrell B, Grad R, Howell P, Quast T, Reeve E. Deprescribing Guidelines: Value of an Interactive Mobile Application. *PRiMER*. 2020;4:26. Published 2020 Sep 29. doi:10.22454/PRiMER.2020.349237
- NHS Education for Scotland (App)