Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale
Québec

Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

LISTE DES ATELIERS

PROGRAMMATION 2019 – 2020

AOÛT 2019

Table des matières

Ateliers de 7 h

Développer et maintenir le leadership transformationnel infirmier 4
Contribution de l'infirmier auxiliaire à l'évaluation et à la surveillance clinique de l'aîné 13
L'art d'accompagner au quotidien : présence à soi, présence à l'autre 25
Les troubles de la personnalité chez l'ainé : mieux les comprendre et mieux intervenir 32
Aptitude à consentir à un soin, prendre soin de sa personne et administrer ses biens: enjeux à considérer et évaluation clinique 38
Maintien à domicile et gestion des risques 45
L'utilisation thérapeutique de l'activité adaptée auprès d'aînés atteints de troubles cognitifs 53
Communiquer avec une personne ayant des troubles sévères de la communication suite à une atteinte neurologique 59
L'approche adaptée à la personne âgée 68
Le mentorat clinique par les pairs : une stratégie gagnante pour favoriser le déploiement des meilleures pratiques auprès de la clientèle gériatrique 77
Optimiser ses pratiques de collaboration interprofessionnelle et apprivoiser les différends 89
Soins d'assistance gériatriques pour PAB et ASSS experts 97
Processus de pratique sur les fondamentaux des soins : cinq étapes pour répondre aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels de la personne âgée et de ses proches 110
La déprescription chez les aînés : pour que moins rime avec bien 120
Introduction aux soins de plaies chez l'aîné 131
Les plaies des membres inférieurs chez l'aîné 141
Contribution du personnel infirmier à l'usage optimal des médicaments chez l'aîné 153
Le délirium : le prévenir, le détecter et le traiter 162
L'examen clinique de l'abdomen de l'aîné 170
L'examen clinique de l'abdomen de l'aîné (14 h de formation accréditée) 176
L'examen clinique cardiaque de l'aîné 182

L’examen clinique cardiaque de l’aîné (14 h de formation accréditée) 189
L’examen clinique de l'aîné dans le contexte des chutes 197
L’examen clinique de l'aîné dans le contexte des chutes (14 h de formation accréditée) 206
L’examen clinique de l’état mental (troubles cognitifs et troubles neurocognitifs majeurs [Alzheimer, Corps de Lewy, vasculaire, fronto-temporal]) 215
L’examen clinique de l’état mental (troubles cognitifs et troubles neurocognitifs majeurs [Alzheimer, Corps de Lewy, vasculaire, fronto-temporal]) (14 h de formation accréditée) 223
L’examen clinique pulmonaire de l'aîné 231
L’examen clinique pulmonaire de l'aîné (14 h de formation accréditée) 238
L’examen clinique sommaire de l’aîné : principes et méthodes d’évaluation incontournables pour les infirmières et infirmiers de tous les milieux cliniques 246
L’examen clinique sommaire de l’aîné : principes et méthodes d’évaluation incontournables pour les infirmières et infirmiers de tous les milieux cliniques (14 h de formation accréditée) 254
Maladie d’Alzheimer et démences connexes (troubles neurocognitifs majeurs): dépistage, surveillance clinique et interventions en GMF ou à domicile 263
Maladie d’Alzheimer et démences connexes (troubles neurocognitifs majeurs): dépistage, surveillance clinique et interventions en GMF ou à domicile (14 h de formation accréditée) 273
Prendre soin d’une personne atteinte de la maladie d’Alzheimer : comment composer avec ses problèmes de mémoire et ses comportements inattendus? 283
Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les troubles du comportement : notions essentielles de base 292
Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les troubles du comportement : intégration des notions avancées 301
Le vieillissement, les troubles cognitifs, la maladie d’Alzheimer et l’approche de l’aîné présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence 313

Développer et maintenir le leadership transformationnel infirmier

Hélène Clavet, inf. M. Sc., consultante

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Toute infirmière doit nécessairement être un leader. Pourquoi ? D'abord du fait qu'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, il/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… Un parallèle sera fait entre les composantes du leadership transformationnel et celles du Cadre LEADS, mais ces dernières ne seront pas vues en profondeur. Ces notions ainsi qu'une trousse à outils, sont inclues dans cette formation pour développer les compétences d'un leader transformationnel.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est 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. Une trousse à outils est proposée et la résolution d'études de cas permettent de mettre en œuvre le référentiel de compétences sous tendant leadership transformationnel et d'utiliser chaque élément de la trousse d'outils.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux infirmières et infirmiers tant gestionnaires que soignants ayant le désir de développer leur leadership clinico-administratif auprès de leurs consœurs et confrères, de leur équipe de travail 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 *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 8 h 45	▪ Distinguer les deux principaux types de leadership en précisant leurs composantes principales	▪ Trois types de leadership : Laisser-faire, transactionnel et transformationnel	▪ Cahier du participant et exposé formel ▪ Pré-test	*Les résultats probants (effets) des études de Sabine Stordeur, Diane Doran et de la RNAO.*
8 h 45 – 9 h	▪ Connaître les effets réels et potentiels du leadership transformationnel	▪ Effets réels et potentiels du leadership/résultats de de recherche	▪ Cahier du participant et exposé formel	
9 h – 9 h 30	▪ Décrire les cinq lignes directrices qui sous-tendent le leadership infirmier transformationnel	▪ **Cinq lignes directrices** : - Bâtir des relations et de la confiance - Créer un milieu de travail stimulant - Créer une culture qui encourage le	▪ Document de la RNAO	*Cadre de référence explicite et intégrant l'ensemble des concepts.*

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		développement et l'intégration des connaissances - Orienter le changement et en assurer la durabilité - Équilibrer les complexités 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 15	▪ Décrire les huit compétences du leadership transformationnel	▪ **Huit compétences** avec leur description et les comportements au quotidien : - 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	▪ Cahier du participant : description des huit compétences et de leurs gestes au quotidien	*Les résultats de la recherche de Mathieu, Goyette, Mayrand-Leclerc.*

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	Comparer les 5 composantes du Cadre LEADS	- Favoriser la notion d'équipe -Être un bon leader -Engager les autres -Atteindre des résultats -Développer des coalitions -Transformer les systèmes	▪ Cahier du participant : description des cinq composantes du Cadre LEADS	*Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.*
10 h 15 – 10 h 30	**Pause**			
10 h 30 – 11 h 30	▪ Attribuer les compétences d'un leader transformationnel à la description de tâches d'une AIC et justification de vos choix ▪ Connaître les conditions de mise en œuvre des compétences prioritaires	▪ **Description de tâches** d'une AIC et les huit compétences à leur attribuer ▪ **Les conditions de mise en œuvre** au niveau : personnel / professionnel / organisationnel	▪ Cahier du participant : **exerciseur** de mise en correspondance ▪ Exercice réalisé en équipe de 5 à 6 personnes ▪ Un tableau de correspondance est complété par les équipes ▪ Discussion en petites équipes et retour en grand groupe ▪ En équipe : **exerciseur** pour identifier les conditions de mise en œuvre	*Retour en grand groupe pour le partage des choix de compétences.* *L'importance d'identifier les contraintes et conditions de succès, sinon cela restera de la théorie….*
11 h 30 – 12 h	▪ Choisir de 2 à 3 compétences à	▪ **Choisit des compétences** qu'elle	▪ **Exercice** : Auto analyse de mes habiletés en	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	développer au cours de la prochaine année Reconnaître ses points forts	devra développer au cours de la prochaine année ▪ **Auto analyse** de mon leadership transformationnel	leadership transformationnel	
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 14 h	▪ Connaître les cinq outils permettant d'intégrer les compétences en leadership transformationnel	▪ Description des **cinq outils** d'intégration des compétences en leadership transformationnel : - Communication et critique constructive - Préparation de réunions - Délégation et Collaboration - Travail d'équipe et Gestion des conflits - Préoccupations versus les résistances	▪ Cahier du participant : exposé formel présentant les cinq outils	*Un coffre à outils très pratique pour la mise en œuvre des compétences.*
14 h – 15 h	▪ Intégrer l'utilisation des outils à l'intérieur d'une résolution d'étude de cas	▪ **Compétences en leadership** / les outils d'intégration des compétences : - Être respectueux - Être un bon communicateur - Utiliser la rétroaction descriptive et constructive - Mettre en valeur le potentiel des personnes	▪ Retour en grand groupe pour le partage des réponses aux études de cas ▪ Utilisation des outils : Communication et critique constructive Réunions : planification, animation et suivi	*La facilité et la simplicité d'utilisation des différents outils*

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		- 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	▪ 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 h 15	**Pause**			
15 h 15 – 16 h 15	▪ 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 leadership transformationnel	▪ Permettre aux participants de se voir dans le futur : que devront-ils faire pour atteindre les compétences d'un leader transformationnel ?	▪ Exerciseur : cahier du participant : projection dans le futur ▪ Les réponses à la question : mais qu'avez-vous fait ?	*La reconnaissance par l'obtention d'un prix.*
16 h 25 – 16 h 30	▪ Évaluer la formation	▪ Éléments d'évaluation de la formation	▪ Outil d'évaluation du CEVQ	

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Références

- 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.
- 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.
- Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé, Projet de cadre pancanadien des capacités de leadership pour le système de santé. www.fcrss.ca, consulté le 25 mai 2019.
- 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.
- 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, D. L. (2006). *Leadership and Nursing Care Management*. Third Edition. Saunders. Philadelphia. 922 p.
- Huber Diane (2014) *Leadership & nursing care management*. Elseivier. 543 pages.

- 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.
- Lavoie-Tremblay, M., Viens, C. & Maquette, M. (2009). Partnering: A key ingredient of quality worklife. *Quentum Quaterly. Quality in Health Care*. 1, (3), p.26-29.
- 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.
- Linquist, 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.
- Merril, 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). Relaationship 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 edition*.* 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.
- Roussel Linda (2013) Management and leadership for nurse administrators. Burlington M.A. Jones & Bartlett Learning. 826 pages.
- 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. (2003). De nouvelles capacités de leadership au service de la qualité, Revue Hospitals.be
- 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.
- 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. 4e édition. Québec : Presses Inter-Universitaires. 220 p.
- 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.
- Weiss Sally A. (2015) *Essentials of nursing leadership and management*. Philadelphia, F.A.Davis. 262 pages.

Contribution de l'infirmier auxiliaire à l'évaluation et à la surveillance clinique de l'aîné

France Collin, retraitée
Nancy Cyr, inf., M.Sc., conseillère cadre en soins infirmiers, CIUSSS de la Capitale-Nationale
Philippe Voyer, inf., Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

En 2003, l'entrée en vigueur de la loi 90 a modifié plusieurs dispositions des lois des professionnels dans le domaine de la santé. En particulier, les nouvelles dispositions ont permis de préciser la contribution de l'infirmier auxiliaire à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins. Cette même loi est venue également modifier profondément les activités réservées des infirmiers. Ce nouveau contexte légal entraîne un changement dans les relations interprofessionnelles, en particulier, les responsabilités de chacun quant à l'évaluation et la surveillance clinique.

Cette nouvelle réalité clinique s'exprime maintenant de façon très concrète par l'intégration obligatoire du Plan thérapeutique infirmier (PTI) dans la pratique infirmière. Ce nouvel outil clinique a une influence indéniable sur la pratique des infirmiers auxiliaires. En fait, plus que jamais ces deux professionnels doivent travailler en étroite collaboration, en particulier lorsqu'ils soignent des aînés, compte tenu de la complexité de leurs besoins. Qui plus est, la contribution de l'infirmier auxiliaire à l'évaluation et la surveillance clinique lui demande maintenant de détenir des compétences de pointe dans les soins aux aînés. Or, la majorité des infirmiers auxiliaires qui ont obtenu leur permis d'exercice avant 2003 n'ont pas toujours reçu la formation leur permettant d'exercer pleinement ces nouvelles activités. Face à ce constat, différents projets de rehaussement des pratiques cliniques ont été entrepris au Québec pour soutenir les équipes dans ce changement de pratique.

Dans le cadre de cette formation, les éléments essentiels de la loi 90 touchant les infirmiers auxiliaires, les infirmiers et les préposés aux bénéficiaires seront présentés. Par la suite, des mises en situation permettront d'aborder la collaboration professionnelle et la contribution de l'infirmier auxiliaire à l'évaluation et la surveillance clinique dans différents contextes : santé cardiaque, santé respiratoire, santé mentale (delirum, démence, dépression) et des problématiques reliées au vieillissement (chute et douleur chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer).

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les connaissances des infirmiers auxiliaires sur la loi 90 et ses implications pour leur profession.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation vise en particulier les infirmiers auxiliaires, mais les infirmiers et tous les autres intervenants de l'équipe interdisciplinaire sont invités à participer à cette formation afin d'être sensibilisés à l'importance du développement de cette profession.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	• Expliquer les éléments de la loi 90	• Loi 90 – Infirmiers – Infirmiers auxiliaires – Préposés aux bénéficiaires	• Exposé interactif	• Présentation des articles de Loi
	• Expliquer les champs de compétence et les activités réservées à l'infirmier auxiliaire	• Collaboration professionnelle	• Exposé interactif • Questions par mises en situation sur les différents champs de compétence	• Présentation schématique d'un cadre de référence
	• Distinguer les notions d'évaluation et de contribution à l'évaluation	• Contribution à l'évaluation et à la surveillance clinique	• Exposé interactif • Discussion suite à l'exercice	• Utilisation d'exemples cliniques

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	• Connaître les paramètres d'évaluation et de surveillance clinique réservés à l'infirmier auxiliaire	• Présentation des paramètres d'évaluation et de surveillance clinique autorisés pour l'infirmier auxiliaire dans son rôle de contribution à l'évaluation – Signes vitaux – T.A., Pls, Resp., T° – Saturométrie – Douleur chez l'aîné : ▪ Sans déficit cognitif ▪ Avec déficits cognitifs – Glycémie – Poids – État de conscience – Attention – Signes neurologiques – Signes et symptômes prédéterminés au PTI	• Exposé interactif	• Présentation comme une boîte à outils
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 12 h	• Effectuer, selon les bonnes pratiques auprès des aînés, les mesures des paramètres	• Explication et démonstration de la mesure des paramètres d'évaluation et de surveillance clinique par	• Démonstrations	• Questions sur leur pratique actuelle en lien avec le contenu présenté

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	d'évaluation et de surveillance clinique	l'infirmier auxiliaire dans son rôle de contribution à l'évaluation – Signes vitaux – Tension artérielle (TA) – Principes à respecter dans l'exécution de la mesure de la TA – Mesure de l'hypotension orthostatique – Reconnaissance du trou auscultatoire et de la non disparition du bruit de Korotkoff – Pouls – Fréquence – Rythme – Amplitude – Température – Site de la mesure – Instrument recommandé – Fièvre gériatrique – Respiration		• Prise de TA par un participant avant l'explication avec observation des autres participants

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		– Fréquence – Amplitude – Saturométrie – Surveillance si prise d'opiacés – Douleur chez l'aîné – Sans déficit cognitif ▪ Échelle d'intensité de douleur ▪ Utilisation et fréquence – Avec déficits cognitifs ▪ Contribution à l'utilisation du PACSLAC et Doloplus 2 – Glycémie – Poids – Perte de poids cliniquement significative – Prise du poids (recommandations et fréquence) – État de conscience – Attention		

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		– Signes neurologiques – Signes et symptômes prédéterminés au PTI		
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 14 h 30	• Distinguer les manifestations du vieillissement normal du vieillissement pathologique	– Relation entre le vieillissement normal et pathologique – Erreur de type A : considérer une manifestation du vieillissement comme pathologique – Erreur de type B : considérer un symptôme d'une maladie comme un signe de vieillissement – Signes atypiques gériatriques	• Exposé interactif • Exemples cliniques présentés	• Questions
	• Identifier les signes et symptômes requérant une communication à l'infirmier	• Contribution à dépister les signes et symptômes, à initier la collecte de données et la prise des mesures des paramètres dans les situations cliniques suivantes :	• Discussion en équipe • Exercices concernant différentes situations cliniques	• Utilisation des boîtes à outils

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		– Santé cardiaque - Signes vitaux - Œdème des membres inférieurs et poids - Douleur rétrosternale – Santé respiratoire - Respiration - Dyspnée, toux - Expectorations - Douleur thoracique – Santé mentale les 3 D - Dépression : observat ion des signes atypiques - Démence et SPCD : contribution à l'utilisation de la grille Cohen-Mansfield – Delirium : contribution à l'évaluation de l'état de conscience, des changements cognitifs et comportementaux		

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	• Reconnaître les situations « d'urgence infirmier »	• Tout nouveau symptôme ou changement dans la condition connue : o Signes vitaux, douleur, glycémie, poids o Changement de l'état mental, fonctionnel ou comportemental	• Exposé interactif	• Bulle alerte infirmière dans la documentation visuelle
	• Initier la collecte de données lors d'un changement de la condition de santé de l'aîné	• Signes et symptômes, collecte de données et mesures des paramètres dans les problématiques reliées au vieillissement : – Douleur chez une personne atteinte d'une démence – Déshydratation – Incontinence – Constipation – Plaie de pression – Infection – Chute – Médication ▪ Contribution à la surveillance clinique de la pharmacothérapie	• Discussion en équipe • Exercices concernant différentes situations cliniques	• Utilisation des boîtes à outils

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		– Cibles thérapeutiques à vérifier prédéterminées au PTI – Effets secondaires indésirables à vérifier, prédéterminés au PTI		
	• Documenter au dossier de façon précise et concise les observations et les résultats des mesures prises	• Pour tout nouveau symptôme, tout changement d'une condition connue et pour toute surveillance systématique : – Noter signes et symptômes observés – Noter les résultats des mesures prises	• Discussions	Utilisation d'exemples
14 h 30 – 14 h 45	**Pause**			
14 h 45 – 16 h 20	• Suite	• Suite	• Suite	N/A
16 h 15 – 16 h 30	• Conclusion	• Bilan de la journée	N/A	• Évaluation CEVQ

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (dir.) (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2e édition. Saint-Laurent, Québec: Pearson ERPI. 753 pages.
- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'ainé - Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'ainé - Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. 2e édition, Saint-Laurent : ERPI. 425 p.
- Voyer, P., Cyr, N., Kasprzak, L., Lépine, H., Rey, S., Gauthier, N., Jacques, I., Lavoie, S.,Bédard, M., Caron, N., Coulombe, A., Dubois, R., Lapointe, L., Parent, G., Mercier, J. (2009). *Le plan thérapeutique infirmier dans les centres d'hébergement de soins de longue durée : Faits saillants des travaux du comité UL-PTI-CHSL.,* Québec.
- Voyer, P., Gagnon, C., Germain, J. (2009). *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : Aide-mémoire à la prise de décision*. Québec : Regroupement des médecins oeuvrant en gériatrie dans la région 03.14 pages.

Articles scientifiques

- Agnoletti D, Valbusa F, Labat C, Gautier S, Mourad J-J, Benetos A. Evidence for a Prognostic Role of Orthostatic Hypertension on Survival in a Very Old Institutionalized Population. Hypertension. 2016;67(1):191-196.
- Amella, E.J. (2004) Presentation of Illness in Older Adults. *American Journal of Nursing, 104* (10), 40-51.
- Birch D. Comprehensive geriatric assessment of a patient with complex needs. Nurs Older People. **2016** May;28(4):16-20.
- Björk S, Juthberg C, Lindkvist M, Wimo A, Sandman PO, Winblad B, Edvardsson D (2016) Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study. BMC Geriatr;16:154. doi: 10.1186/s12877-016-0328-9.
- Chen KW, Chang SF, Lin PL (2017) Frailty as a Predictor of Future Fracture in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Worldviews Evid Based Nurs.;14(4):282-293. doi: 10.1111/wvn.12222.
- Coventry L, Bremner A, Williams T, Celenza A, Jacobs I, Finn J. Characteristics and Outcomes of MI Patients with and without Chest Pain: A Cohort Study. Heart, lung and circulation. 2015;24(8):796-805.
- Dennison Himmelfarb C, Hayman L, Nelson Worel J. How Low Can You Go?: Implications of the Systolic Blood Pressure Intervention Trial for Hypertension Management. Journal of cardiovascular nursing. 2016;31(2):99-100.
- Ersek M, Neradilek MB, Herr K, Jablonski A, Polissar N, Du Pen A. Pain Management Algorithms for Implementing Best Practices in Nursing Homes: Results of a Randomized Controlled Trial. Journal of the American Medical Directors Association. 2016;17(4):348-356.
- Fry M1, Arendts G2, Chenoweth L3. Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. J Clin Nurs. **2017** May;26(9-10):1281-1290.

- Guerriero F, Bolier R, Van Cleave JH, Reid MC. Pharmacological Approaches for the Management of Persistent Pain in Older Adults: What Nurses Need to Know. J Gerontol Nurs. **2016** Dec 1;42(12):49-57.
- Hälleberg Nyman M, Forsman H, Ostaszkiewicz J, Hommel A, Eldh AC (2017) Urinary incontinence and its management in patients aged 65 and older in orthopaedic care - what nursing and rehabilitation staff know and do. J Clin Nurs, ;26(21-22):3345-3353. doi: 10.1111/jocn.13686
- Hartog LC, Schrijnders D, Landman GWD, Groenier K, Kleefstra N et al (2017) Is orthostatic hypotension related to falling? A meta-analysis of individual patient data of prospective observational studies., Age AgeingJul 1;46(4):568-575. doi: 10.1093/ageing/afx024.
- Johnson KD, Mueller L, Winkelman C. The nurse response to abnormal vital sign recording in the emergency department. J Clin Nurs. **2017** Jan;26(1-2):148-156
- Lamantia, M.A. et al. (2013) Predictive Value of Initial Triage Vital Signs for Critically Ill Older Adults. Western Journal of Emergency medicine,14 (5), 453-460.
- Malcolm, E., Coventry, A. (2012) Critical Care: the eight vital signs of patient monitoring. British Journal of Nursing, 21 (10), 621-625.
- Obermeyer Z, Samra JK, Mullainathan S (2017) Individual differences in normal body temperature: longitudinal big data analysis of patient records. BMJ;359:j5468. doi: 10.1136/bmj.j5468.
- Prestmo A, Hagen G, Sletvold O, et al. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. The Lancet.385(9978):1623-1633.
- Shaw BH, Garland EM, Black BK, Paranjape SY, Shibao CA, Okamoto LE, et al (2017) Optimal diagnostic thresholds for diagnosis of orthostatic hypotension with a 'sit-to-stand test'. J Hypertens.;35(5):1019-1025. doi: 10.1097/HJH.0000000000001265.
- Vaismoradi M, Skär L, Söderberg S, Bondas TE (2016) Normalizing suffering: A meta-synthesis of experiences of and perspectives on pain and pain management in nursing homes. Int J Qual Stud Health Well-being; 11:31203. doi: 10.3402/qhw.v11.31203.
- Verloo H, Goulet C, Morin D, von Gunten A. Association between frailty and delirium in older adult patients discharged from hospital. Clinical Interventions in Aging. 2016;11:55-63.
- Yamada K, Nakagawa T, Hatto H, Miyachi J, Narushima M, Sakushima K, Fukuma S, et al. Adequacy of initial evaluation of fever in long-term care facilities. Geriatr Gerontol Int. **2017** Sep;17(9):1294-1299.
- Zhao YL, Alderden J, Lind BK, Kim H. A Comprehensive Assessment of Risk Factors for Falls in Community-Dwelling Older Adults. J Gerontol Nurs. **2018** Oct 1;44(10):40-48.

Lignes directrices

- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux. *Méthodes de soins en ligne*. http://msi.agesss.qc.ca/methodes/connexion.aspx. Consulté en novembre 2015.

- Cyr, N. (2009) Cadre de référence sur le partage des rôles et des responsabilités de l'équipe de soins en centre d'hébergement. Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. Centre affilié universitaire.
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2016) *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*. Montréal : OIIAQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016).Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières, 2e Édition. Montréal : OIIQ. 123pages.

L'art d'accompagner au quotidien : présence à soi, présence à l'autre

Louise Dicaire, inf. retraitée, B.Sc. M.A. psychopédagogie, Université Laval
Louise Lettre, M.A. psychologie, psychologue, psychothérapeute, consultante

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Atelier de formation sur la qualité de présence, à soi, à l'autre, à l'Être, dans le but de favoriser, de protéger et de soutenir les « élans de vie » tant pour le malade que l'intervenant.

La personne âgée vit les derniers moments de sa vie avec ses joies et ses peines, parfois à domicile, parfois loin de son milieu familier, dans un univers institutionnel. Mais dans toutes les situations, elle aura à vivre le passage des soins prolongés aux soins palliatifs.

Le soignant se voit accompagner une personne qui a un vécu, qui est confrontée à des pertes mais qui continue d'évoluer. Comment alors soutenir la vitalité et les ressources de la personne âgée pour la respecter dans son intégrité et sa dignité, afin qu'elle reste un être vivant jusqu'à la fin.

Au-delà de l'expertise de soins professionnels techniques, le soignant est appelé à développer une maturité faite d'une qualité de contact et de présence à l'autre pour nourrir sa propre vitalité et celle de la personne âgée. Le défi du soignant est de marier l'efficacité du soin avec l'affectivité de la relation. À une époque de surcharge, dans le roulement du quotidien, comment offrir l'un sans sacrifier l'autre. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, travailler dans l'affectif n'empêche pas l'efficacité. Au contraire, c'est une façon de rester humain pour le soignant, de prendre soin de lui, de se prémunir de l'épuisement et de l'impuissance.

Dans sa première année du volet enseignement, le CEVQ a mis l'accent sur le développement de l'expertise des soins aux personnes âgées dans la formation « Soins palliatifs aux personnes âgées en CHSLD ».

La présente formation sur l'art d'accompagner est une occasion d'aller plus loin dans les ingrédients d'un accompagnement de qualité. Nous empruntons ces réflexions de Marie de Hennezel à propos des infirmières pour les généraliser aux soignants :

« En cherchant à faire reconnaître leur profession, à préciser les limites de leur charge, elles ont laissé passer l'occasion de (…..) faire valoir ce qui les porte et leur permet de durer : un savoir être avec la souffrance (….) mais entre un maternage épuisant et cette

façon mécanique et froide de faire les soins, n'y a-t-il pas un juste milieu? » (Marie de Hennezel Le souci de l'autre, Robert Laffont, 2004, p. 94-95).

Cet accompagnement, dont parle justement Marie de Hennezel, sécurise, contient et confirme l'autre dans son intégrité et sa dignité personnelle, ce qui lui permet alors d'aller à l'intérieur de lui-même chercher les ressources pour faire face à sa situation. Dans la même ligne de pensée, le père Yves Girard affirme que « c'est à partir de la surabondance de la vitalité intérieure du soignant qu'il peut atteindre les couches profondes de l'être chez le mourant » (Au plus près de notre humanité, p. 308; Le chant du cygne, éditions du Méridien, 1992).

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de permettre aux participants d'améliorer la qualité de leur présence et de se prémunir contre l'épuisement et le sentiment d'impuissance en tant que soignant.

Les thèmes suivants seront aussi abordés lors de la formation :

- Améliorer sa qualité de présence ;
- Bonifier sa qualité de toucher ;
- « Être avec l'autre » et le reconnaître comme personne à part entière en respectant son intégrité physique ;
- Prendre conscience de l'impact que le soignant a sur la personne âgée ;
- Être pour l'autre un « souffle de vie » sans s'essouffler ;
- Reconnaître les élans de vie chez soi et chez le patient ;
- Soutenir les « élans de vie » par l'utilisation des données de la psycho-neuro-immunologie ;
- Sensibiliser le soignant au fait que prendre soin de la personne âgée, c'est aussi prendre soin de lui, sortir de la routine, se sentir compétent, préserver son estime de soi, rester humain… ce qui est le meilleur antidote au stress, à l'épuisement et à l'impuissance !

CLIENTELE CIBLE

Cette formation interdisciplinaire vise principalement le personnel infirmier et les membres de l'équipe interdisciplinaire qui ont déjà une certaine expérience d'accompagnement des personnes en fin de vie et qui sont ouverts à l'introspection.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, les formatrices demandent aux participants de compléter leur apprentissage par la lecture des différents textes qui leur seront remis lors de la journée de la formation.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 9 h	▪ Reconnaître les éléments d'une qualité de présence à soi	▪ Définition de la présence à soi	▪ Exposés interactifs ▪ Pratique	Compléter « l'inventaire des habiletés de présence attentive » Exercices des trois harmonies
9 h – 10 h 15	▪ Suite	▪ Identification des éléments de présence à soi	▪ Exposés interactifs ▪ Pratique	Expérimentation d'un exercice en psychosynthèse : Identification au Soi Retour sur l'expérimentation
10 h 15 – 10 h 30	**Pause**			
10 h 30 – 11 h	▪ Reconnaître les éléments d'une qualité de présence à l'autre	▪ Identification des éléments de présence à l'autre : le soi thérapeutique de l'infirmière	▪ Exposés interactifs	Question : Qu'accompagner? Exercice de la bulle psychologique
11 h – 12 h	▪ Suite	▪ Définition du concept de Caring de Watson	▪ Exposé théorique : l'accompagnement et l'alliance thérapeutique	Les questions de l'ELFE selon Stuart et Lieberman Activité : « Écouter avec le cœur »
12 h – 13 h	**Dîner**			

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
13 h – 13 h 30	▪ Prendre conscience des élans de vie chez le soignant	▪ Identification de ses forces	▪ Exposés interactifs ▪ Pratique	Questionnaire sur les croyances Bilan de notre hygiène de vie
13 h 30 – 14 h 15	▪ Suite	▪ Sensibilisation aux éléments d'une présence de qualité	▪ Exposés interactifs ▪ Pratique	Comment faire face à l'impuissance Bilan des forces et faiblesses de mon équipe de travail Exercice : cohérence cardiaque
14 h 15 – 14 h 30	**Pause**			
14 h 30 – 15 h	▪ Prendre conscience des élans de vie chez le patient	▪ Sensibilisation à la psycho-neuro-immunologie	▪ Exposé théorique en lien avec la psycho-neuro-immunologie	Mises en situation Effets Placébo Effets Nocébo
15 h – 16 h 25	▪ Soutenir les élans de vie du patient à partir des données de la psycho-neuro-immunologie	▪ Principes de base de l'haptonomie (science du toucher affectif)	▪ Échanges et partages ▪ Pratique	Que serait une vision holistique de la personne? Exercices Mises en situation
16 h 25 – 16 h 30	▪ Conclusion			

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Crombez, Jean-Charles, *La méthode écho, guérir le mal-être*, Les éditions de L'homme, 2007
- Cyrulnik, Boris*, Les nourritures affectives*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1993
- De Hennezel, Marie, *Le souci de l'autre,* Robert Laffont, 2004.
- Fecteau, Danielle, *L'effet placebo, le pouvoir de guérir*, Éditions de l'Homme, Montréal, 2005
- Field, Tiffany*, Les bienfaits du toucher,* Payot, Paris, 2003
- Hesebeen Walter, Le soin dans la relation humaine, in "Penser l'humanisme et l'humanisation dans les soins", in *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. À la rencontre des expériences de santé, du prendre-soin et des savoirs savants.* Tome 1, sous la direction de Nicolas Vonarx, Louise Bujold, Louise Hamelin-Brabant, Presses de l'Université Laval, 2010.
- Janssen, Thierry*., La solution intérieure, vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit,* Fayard, Paris, 2006
- Malaquin-Pavan Pierrot, "La démarche soignante: Altération corporelle et réciprocité sensorielle, savoir toucher et être touché, in *Soins,* p. 32-33, 2009.
- Paradis, Marguerite, *L'enseignement du savoir être*, UQAM, 2002.
- Quintin, Jacques, Vinit, Florence, Herrera, Fabrice, Intimité et secret dans les soins, Liber, Montréal, 2018
- Saint-Arnaud, Yvon*, La guérison par le plaisir*, Novalis, Université Saint-Paul, Ottawa, 2002
- Schlanger J., *Savoir être et autres savoirs*, Paris, Hermann, 2009.
- Servan-Schreiber, David*, Guérir*, Éditions Robert Laffont 2006
- Vinit, Florence, *Le toucher qui guérit, du soin à la communication,* Belin, Paris, 2007.

Articles

- Asuero ,A., Queralto, J., Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionnals, *The Journal of Continuing Education in the Health Professions,* 2014 winter, Vol 34 (1), pp 4-12.
- Baker, Ch., « Alleviating staff stress in care homes for people with dementia », *BMC Psychiatry*, 2015, Dec. 21, vol 15, p. 317
- Bois Y., Stratégie soignante : toucher et douleur neuropathique, Soins, 2009.
- Châtel Tanguy, "Ethique du Prendre soin": sollicitude, care, accompagnement, In *Traité de Bioéthiqu*e, sous la direction de E. Hirsh, Eres, 2011, p 84-94.
- Cleary, M., « Compassion and mental health nursing », *Mental Health Nursing*, july 2015, vol 36, issue 7, p. 563-565
- Cocker, F., « Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service worker », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2016, June 22, vol 13
- Coulehan, J., « On humility », *Annals of Internal Medecine* août 2010 (3), volume 153 (3) p. 200-201
- Csillik, Antonia et Nordine Tafticht, "Les effets de la *mindfulness* et des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience" in Pratiques psychologiques, Volume 18, n.2, juin 2012, p.147-159.

- Daley RT, O'Connor MK, Shirk SD, Beard RL. 'In this together' or 'Going it alone': Spousal dyad approaches to Alzheimer's. J Aging Stud. 2017 Jan;40:57-63. doi: 10.1016/j.jaging.2017.01.003
- Dordet Sageot, “La place du toucher dans le soin auprès des personnes âgées démentes”, in *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, Volume XII, p.396-397, 2005.
- Gallagher, R., « Compassion fatigue », *Canadian Family Psysician Medecin de Famille Canadien*, 2013, mar, Vol 59 (3), p. 265-268
- Durkin M, Beaumont E, Hollins Martin CJ, Carson J. A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. Nurse Educ Today. 2016 Nov;46:109-114. doi: 10.1016/j.nedt.2016.08.030
- Fromage B, Hatti M. Accompagnement psychologique de l’expérience douloureuse en soins palliatifs Encephale. 2015 Dec;41(6):462-9. doi: 10.1016/j.encep.2014.10.019.
- Gardner-Nix Jacqueline, Mindfulness-Based Stress Reduction for Chronic Pain Management, in *Clinical Handbook of Mindfulness,* sous la direction de Fabrizio Didonna, Springer, 2008, 369-381
- Greeson, J.M., “Decreased symptoms of depression after mindfulness-based stress reduction”, *Journal of Alternative and Complementary Medecine*, 2015, mar, Vol 21 (3), p. 166-174
- Grousset Pierrot, Hirsch Emmanuel, “Le toucher dans les soins”, in *Soins*, p. 29-56, 2009.
- Guyon-Lecoq, C.,Sensibilité à la douleur et compassion, Acta Universitastes Carolinae: Philologica, 2018 (3) 69-82.
- Hickner, J., « How I manage difficult encounters », *Journal of Family Practice*, août 2013, volume 62, issue 8, p. 398
- Holopaineu,G., Kasen,A., Nyström,L., « The space of togetherness – a caring encounter », *Scadinavian Journal of Caring Sciences*, 2014, vol 28, issue 1, p. 186-192
- Hoge, É., « Change in decentering mediates improvement in anxiety in mindfulness-based reduction for generalised anxiety disorder », *Cognitive Therapy and Research*, apr 2015, vol 39 Issue 2, p. 228-235
- Labelle, L.,Campbell, T., Faris, P., Carlson, L., « Mediators of mindfulness-based stress reduction », *Journal of ClinicalPpsychology,jan 2015, vol. 71, Issue 1, p.21-40*
- Lenze,E., *Hickman,S., Hershey, T., Wendleton, L.,* « Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction *», International Journal of Geriatric Psychiatry, oct 2014, Vol 29, issue 10, p. 991-1000.*
- Mak, c., Cheung,E., Lin,C. Ngai,K., « Enhancing web-based mindfulness training formental health promotion with the healthaction process approach », *Journal of Medical Internet Research*, 2015, jan 19, Vol 17 (1), pp e8.
- Malaquin-Pavan Pierrot, “La démarche soignante: Altération corporelle et réciprocité sensorielle, savoir toucher et être touché, in *Soins,* p. 32-33, 2009.
- Manson C. « Haptic Medicine » , in *Studies in Health Technology and Informatics,* 2009, vol 149, p. 368-85
- Mathieu,F., « Occupational hazards : compassion, fatigue, vicarious trauma and burn-out », *The Canadian Nurse*, 2014, jun, Vol 110 (5), p. 12-3
- Pawlecki B., « The work force challenges of end-of-life issues », *American College of Physician Executives*, mai 2011, volume 37 (3), p. 56-59
- Pépin Jacinthe, La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières, in *Théologique*s, Volume 9, numéro 2, automne 2001, p.33-46.

- Peters, J.M., « Does the organisationel model of dementias case management make a difference il satisfaction with case management and caregiver burden », *Pubisher Bio Medical Central*, 2016
- Phaneuf, Margot, “Relation d’aide et utilisation thérapeutique de soi. Des outils pour les soins infirmiers”, infiressources, Décembre 2011.
- Raab, K., « Mindfulness based-stress reduction and self-compassion among mental healthcare professionnals : a pilot study », *Mental Health Religion and Culture*, 2015, vol 18, Issue 6. Pé 503-512
- Reiner, K., Tibi, L., Lipsitz, JD, « Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity ? A critical review of the literature » in *Pain Medicine,* 2013, février, Volume 14 (2) p. 230-42
- Robinson, P., .Giorgi B., Ekman, S-L., « The lived experience of early-stage Alzheimer disease : a three-year longitudinal phenomenological case study », *Journal of Phenomenological Psychology*, septembre 2012, volume 43, Issue 2, p. 216-38
- Rossignol Françoise, *La chaîne du savoir et de la présence*, Gestalt, 2009-1, n.35.
- Skuladottir, H., Halldorsdottir, S., « The quest for well-being : self identified needs of women in chronis pain », *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, mars 2011, volume 25, Issue 1, p. 81-91
- Slocum, G., « Understanding compassion, satisfaction, compassion fatigue and burn-out : a survey of the hospice palliative care work force », *Palliative Medecine*, 2013, fev, vol 27 (2), p. 172-178
- Stongman, L., Pastoral care and mindfulness: a teaching practice, Journal of educationand training studies, 2017
- Vargas, M., « The transformation process for palliative care professionnals : the metamorphosis, a qualitative research study » *Palliative Medecine*, 2016, vol 30 (2), p. 161-170
- Vonarx Nicolas, “Soins infirmiers et spiritualité : d’une démarche systématique à l’accueil d’une expérience”, in *Revue internationale de soins palliatifs*, 2011/4 (Vol. 26)
- Walker H, Waterworth S. New Zealand palliative care nurses experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness. Int J Palliat Nurs. 2017 Jan 2;23(1):18-26. doi: 10.12968/ijpn.2017.23.1.18.
- Wells, C., Klocko, B., Proncipal well-being and resilience: mindfulness as a means to that end, NASSP, 2018
- Wetherell JL, Hershey T, Hickman S, Tate SR, Dixon D, Bower ES, Lenze EJ. Mindfulness-Based Stress Reduction for Older Adults With Stress Disorders and Neurocognitive Difficulties: A Randomized Controlled Trial. J Clin Psychiatry. 2017 Jul;78(7):e734-e743. doi: 10.4088/JCP.16m10947.
- Wiklund, G., « The butterfly effect of caring : clinical nursing teachers understanding of self-compassion as a source to compassionate care », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Mar 2013, vol. 27, Issue 1, p. 175-186
- Whitebird, B., « Stress, burn-out, compassion fatigue and mental health in hospice workers in Minnesota », *Journal of Palliative Medecine*, 2013, dec., Vol. 16 (12), p. 1534-1539
- Zeidner,M., Hadar,D.,Matthews,G., Roberts,R., « Personal factors related to compassion fatigue in health professionals », *Anxiety, Stress and Coping*, 2013, vol 26, issue 6, p. 595-609.

Les troubles de la personnalité chez l'ainé : mieux les comprendre et mieux intervenir

Louis Diguer, Ph.D., 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 particulièrement aux intervenants psychosociaux qui travaillent auprès de personnes âgées, surtout celles qui présentent encore une bonne 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 *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire la personnalité et ses troubles.	▪ Qu'est-ce que la personnalité normale ? ▪ Et la personnalité pathologique ? ▪ Pathologie de la relation à soi et à autrui	▪ Exposé, exemples cliniques et échanges avec les participants.	
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 12 h	▪ Identifier les différentes classifications et définitions des troubles de la personnalité	▪ 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.	▪ Exposé, exemples cliniques (sur vidéo ou dossiers) et échanges avec les participants.	Exercices d'identification de caractéristiques diagnostiques. Exercices d'identification de caractéristiques diagnostiques.
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 14 h 45	▪ Évaluer des troubles de la personnalité et ses comorbidités.	▪ Quelques protocoles standards. ▪ Évaluation clinique.		Exercices d'identification de caractéristiques diagnostiques.

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	▪ Déterminer la relation des troubles de personnalité avec les autres troubles ou conditions du patient.	▪ Impressions diagnostiques rapides.		
14 h 45 – 15 h	**Pause**			
15 h – 16 h 15	▪ Intervenir avec la personne ayant un trouble de la personnalité. Traiter la personne avec un trouble, ou traiter le trouble ?	▪ 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, evolution et prise en charge. *L'Encéphale, 39,* 374-382.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American
- Psychiatric Association.
- Balsis S, Eaton NR, Cooper LD, Oltmanns TF. (2011). The presentation of narcissistic personality disorder in an octogenarian: converging evidence from multiple sources. *Clinical Gerontology, 34*,71–87.
- Balsis, S., Segal, D., & Donaue, 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.
- Beatson J., Broadbear, J. H., Sivakumaran, H., George, K, Kotler, E., Moss, F. et S. Rao. (2016). Missed diagnosis: The emerging crisis of borderline personality disorder in older people. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, Vol. 50(12)* 1139–1145.
- Del Corno, F., & Kiosses, D. N. (2018). The PDM-2 perspective on later life. *Psychoanalytic Psychology, 35*(3), 346-350.
- Di Lorito, C., Völlm, 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.
- Diguer, 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.*
- 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.
- Hall, E., Hategan, A., Bourgeois, J. A. (2012). Borderline Personality Disorder in Residential Care Facilities. *Annals of Long-Term Care, 20,* no 8.
- 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.
- Jahn DR, Poindexter EK, Cukrowicz KC. Personality disorder traits, risk factors, and suicide ideation among older adults. *Int Psychogeriatr* 2015;27(11):1785–94.
- Larsen, R., & Buss, D. (2010). *Personality psychology: Domains of knowledge about human nature, 4e édition*. New York, McGraw-Hill. Morey, L. C. & Meyer, J. K. (2012). Course of personality disorders. In T. A. Widiger (Ed.). *The Oxford handbook of personality disorders*, p. 275-295. New York: Oxford University Press.
- Links, P. S., Ansari, J. Y., Fazalullasha, F., & Shah, R. (2012). The relationship of personality disorders and Axis I clinical disorders. In T. A. Widiger (Ed.). *The Oxford handbook of personality disorders*, p. 237-259. New York: Oxford University Press.
- 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.
- Oltmanns, T. F. & Balsis, S. (2011). Personality disordes in later life : Questions about the measurement, course and impact of disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 321-349.
- 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.
- 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.
- 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.
- Torgersen, S. (2012). Epidemiology. In Widiger, T. *Oxford handbook of personality disorders*. London: Oxford University Press.
- 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*

- Weinstein, Y., Gleason, M. E. J., & Oltmanns, T. F. (2012). Borderline but not antisocial personality disorder symptoms predict self reported partner aggression in later life. *Journal of Abnormal Psychology*, **121**, 692–698.
- 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, Faculté de médecine, 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.

ACTIVITES D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, le formateur 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 *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 8 h 40	• Accueil et présentation des objectifs et des participants			
8 h 40 – 10 h	• Évaluation du consentement aux soins	• Description des soins nécessitant le consentement (intervention médicale; niveau de soin, mesure de contrôle, hébergement)	Exposés interactifs et discussions en groupe Quiz sur le consentement aux soins	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		• Critères d'évaluation pour déterminer l'aptitude à consentir • Consentement substitué • Situations d'urgence • Intervention du tribunal • Refus catégorique		
10 h – 10 h 15	• Décrire les différents concepts : aptitude; droits civils; capacité légale	• Évolution du concept d'aptitude • Définition des concepts • Description des enjeux éthiques et juridiques pertinents	Exposés interactifs et discussions	
10 h 15 – 10 h 30	**Pause**			
10 h 30 – 12 h	• Décrire les normativités en jeu en présence d'un questionnement sur l'aptitude	• 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	Exposés interactifs Discussions	
12 h – 13 h 00	**Dîner**			
13 h – 13 h 10	• Décrire la situation actuelle au regard de	• Statistiques sur la situation actuelle	Exposés interactifs	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	l'évaluation clinique de l'aptitude et définition du concept d'aptitude			
13 h 10 – 14 h 30	• Procédure lors de l'ouverture d'un régime de protection • Démarche d'évaluation clinique de l'aptitude	• Description de la procédure pour la déclaration de l'inaptitude légale • Description des mesures de protection	Exposés interactifs et discussions en équipe	
14 h 30 – 14 h 45	**Pause**			
14 h 45 – 15 h 45	• Suite	• Description des différentes étapes à évaluer pour déterminer l'aptitude légale à prendre soin de sa personne et à administrer ses biens	Suite	
15 h 45 – 16 h 15	• Expliquer les enjeux éthiques et décrire une démarche réflexive pour soutenir la prise de décision en équipe	• Discussion sur l'apport du dialogue éthique en présence de dilemmes • Description d'une démarche réflexive éthique	Exposés interactifs Discussion à partir du vécu des participants lié aux enjeux éthiques	
16 h 15 – 16 h 30	• Conclusion et échanges		Évaluation	

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Arcand, M. & Hébert, R. Précis pratique de gériatrie. Qc, Canada: Edisem inc.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.0000000000000163.
- Douglas AM, Letts LJ, Richardson JA, Eva KW. (2013). Validity of predischarge measures for predicting time to harm in older adults. *Canadian journal on occupational therapy,* 80, 19-27.
- Geneau, D. (2005). Évaluation clinique de l'inaptitude chez la personne âgée. Objectif Prévention, 28 (4): 20-21.
- 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., Carignan, M. (sous presse). Personne âgée atteinte de démence : Vécu des proches aidants lorsque le besoin de protection est envisagé. *Enfance, Familles, Générations*.
- Giroux, D. et M. Carignan. (2015). « Évaluation clinique de l'inaptitude: Quels sont les principaux enjeux ? », dans *Expériences en ergothérapie* (28è 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'ne personne âgée atteinte de déficits cognitifs à gérer sa personne et ses biens. *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie* Juin. 19 (186), 224-236.

- 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. et M. Carignan. (2015). «Évaluation clinique de l'inaptitude: Quels sont les principaux enjeux?», dans *Expériences en ergothérapie* (28è série), sous la dir. de M. H. Izard, Montpellier, FR., Sauramps médical.
- Grisso, T., Borum, R., Edens, J., Moye, J., et Otto, R. (2003). Evaluating competency- Forensic assessments and instruments. New York, NJ: Sprenger 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), p1-p8. 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 IssuesThe Clinical Neuropsychologist, 27(7), 1218–1220, http://dx.doi.org/10.1080/13854046.2013.810857
- Legault, G. A. (1999). Professionnalisme et délibération éthique: *Manuel d'aide à la décision responsable*. Québec, QC. : Presses de l'Université du Québec.
- Macciocchi, S. N., 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.
- 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
- Morin, C., Lévesque, F., Turgeon-Dorion, L., (2017). L'article de la Charte québécoise et le Code civil du Québec pour contrer l'exploitation de la personne âgée : pour une lecture harmonieuse. *Revue générale de droit*, 48, 51-87. DOI : 10.7202/1036160ar.
- 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.
- Normand-Heisler, M.J., (2016). L'encadrement des procurations accordées par les personnes aînées au Québec : une appréciation critique. *Revue générale de droit*. 46, 341-396. DOI : 10.7202/1036166ar
- 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., Carignan, M., Giroux, D. (2017). Validation of the Competency Assessment Tool (CAT). *Journal of Aging and Geriatric Psychiatry.* 1*(1), 9-15.*
- Rossi, C., Grenier, J., Crête, R., Stylios, A., (2016). L'exploitation financière des personnes ainées au Québec : le point de vue des professionnels. Revue générale de droit, 46, 99-153, DOI : 10.7202/1036161ar
- Ruchinskas RA. (2005). Risk assessment as an integral aspect of capacityl 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 revienw and new model. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 28*(4-5). 320-344.
- 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.

Maintien à domicile et gestion des risques

Dominique Giroux, erg. PhD, professeure agrégée, Faculté de médecine

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.

CLIENTELE 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, le formateur 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 *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 8 h 40	• Accueil et présentation des objectifs et des participants			
8 h 40 – 8 h 55	• Expliquer la notion de « risque » et décrire le rôle du PSSS lors de l'évaluation et la gestion des risques	• Notion de risque et de préjudice possible ou probable • Clarification de la notion « gestion des risques »	Exposés interactifs, discussions Questions adressées aux participants Vrai ou faux	
8 h 55 – 9 h 20	• Décrire les données issues des études scientifiques portant sur l'évaluation des risques	• Capacité des professionnels de la santé à prédire les risques de la situation de vie • Impact du contexte d'évaluation sur les risques identifiés • Validité prédictive de certains outils	Exposés interactifs, discussions	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		• 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	• Évaluation du consentement aux soins	• Description des soins nécessitant le consentement (intervention médicale; niveau de soin, mesure de contrôle, hébergement) • Critères d'évaluation pour déterminer l'aptitude à consentir	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	• Obtention du consentement substitué	• Consentement substitué • Situations d'urgence • Intervention du tribunal • Refus catégorique	Exposés interactifs et discussions en groupe	
10 h 45 – 12 h	• Estimer les risques liés au maintien à domicile d'une personne ayant des incapacités	• Démarche permettant d'identifier les risques et leur impact sur la personne évaluée • Présentation d'outils permettant aux ergothérapeutes d'évaluer	Discussion à partir d'une mise en situation à résoudre Exposés interactifs, échanges	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		différents aspects liés au risque à domicile • Présentation de moyens et de stratégies pour aider à juger du degré de risque		
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 brulure et les risques liés à la médication, à l'alimentation et à l'errance seront discutés • Discussion sur les facteurs en cause, sur leur impact sur la sécurité de la personne et sur les moyens pour les dépister	Exposés interactifs, échanges	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		• 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	• Exercice sur l'évaluation des risques	• 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	• Conclusion et échanges		*Évaluation*	

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.
- 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.
- Bigaouette, M. (2003). Le monde change! Des chiffres qui font réfléchir. *Objectif Prévention*, *26*(5), 10-11.
- 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
- 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
- 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
- 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.
- 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.
- Méret, T. et Floccia, M. (2005). La personne démente à domicile. *Psychologie et Neuropsyciatrie 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.
- Quenneville-Courteau, L., Foucault-Piché, D., Rouillard, C., Rivard, K., Quénec'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.
- 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.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Saison 2019 – 2020
Formation continue
Atelier (7 h)

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

Dominique Giroux, erg. PhD, professeur agrégé, Faculté de médecine, Université Laval
Amélie Paquet, erg. M.erg., chargée d'enseignement en médecine, 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 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, le formateur demande 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 JOURNÉE

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 8 h 45	▪ Accueil et présentation des objectifs et des participants			
8 h 45 – 9 h 30	▪ Expliquer les difficultés des personnes aux prises avec des troubles neurocognitifs majeurs et leur impact sur le fonctionnement et le bien-être	▪ Présentation sur les principaux TNC et les difficultés associées. ▪ Interpréter les comportements des personnes avec des TNC et leur origine	▪ Exposés interactifs, vidéos, exemples cliniques	*Quiz sur les connaissances préalables*
9 h 30 – 10 h 15	▪ Expliquer l'influence de l'environnement et des activités sur le fonctionnement, les	▪ Présentations de modèles d'analyse des comportements (modèle des besoins non-satisfaits; modèle de la	▪ Exposés interactifs, échanges	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	comportements et le bien-être des personnes âgées	vulnérabilité environnementale et du seuil limite de stress (Reduced stress-Threshold model) ▪ Discussion sur le pouvoir de l'occupation (activités thérapeutiques vs non thérapeutiques)		
10 h 15 – 10 h 30	**Pause**			
10 h 30 – 11 h 30	▪ Expliquer l'influence de l'environnement et des activités sur le fonctionnement, les comportements et le bien-être des personnes âgées	▪ L'adaptation de l'environnement physique et social aux capacités, aux besoins et aux intérêts de la personne ▪ Adaptation à un nouveau milieu	▪ Exposés interactifs, mises en situation	
11 h 30 – 12 h	▪ Planifier des activités thérapeutiques (Choix, adaptation et mise en œuvre)	▪ Utilisation du schème des incapacités cognitives pour guider l'intervention auprès d'une personne avec un TNC	▪ Exposé interactif	
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 14 h 30	▪ Planifier des activités thérapeutiques (Choix, adaptation et mise en œuvre)	▪ 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?	▪ Exposés interactifs, discussions en équipe.	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
14 h 30 – 14 h 45	**Pause**			
14 h 45 – 15 h 30	▪ Planifier des activités thérapeutiques (Choix, adaptation et mise en œuvre)	▪ Différentes approches connexes au schème des incapacités cognitives ▪ Montessori (suite) • Principes • Développement d'activités répondant aux principes Montessori ▪ Autres types de programmes pour favoriser l'engagement occupationnel, le maintien de l'identité, le bien-être et la qualité de vie (p.e. Tailored activity program)	▪ 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.
15 h 30 – 16 h 15	▪ Optimiser le potentiel des proches aidants	▪ Présentation de moyens permettant d'outiller les aidants pour qu'ils puissent utiliser l'activité avec leur proche	▪ Exposé interactif	
16 h 15 – 16 h 30	▪ 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.
- 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.
- 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.
- 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
- 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
- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- 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.

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.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca//votre-csss/documentation/publications-cliniques/

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 9 h	Décrire les différents troubles acquis de la communication chez la personne âgée et leur impact sur les services que nous offrons.	• Les troubles de l'audition • Aphasie, • Dysarthrie, • Atteinte du langage hémisphère droit • Démence	Exposés interactifs, discussions Identifier et reconnaître les différents troubles de la communication.	Inviter les participants à identifier dans leur travail clinique des personnes ayant des incapacités à communiquer.

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		Description de l'impact de ces troubles sur la qualité des soins et services.		
9 h – 9 h 30	• 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	• 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	Exposés interactifs, discussions, démonstrations Identifier les situations problématiques vécues dans votre milieu de travail avec des personnes ayant une perte auditive et les moyens d'y remédier.	Inviter les participants à identifier l'impact direct des troubles de l'audition sur leur travail auprès de cette clientèle. Discussion sur la possibilité d'avoir de telles aides dans vos milieux de travail
9 h 30 – 10 h	• Connaître et mesurer l'impact d'un trouble sévère de la parole (dysarthrie) sur la qualité de nos services.	• Cause et description des principaux troubles de la parole d'origine neurologique chez l'adulte	Exposés interactifs, discussions, vidéos de différentes personnes ayant une dysarthrie. Identifier les personnes ayant une dysarthrie dans votre milieu	Inviter les participants à identifier l'impact direct des troubles de la parole sur leur travail auprès de cette clientèle.
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 10 h 45	• Identifier les différentes aides techniques à la communication pour	• Aperçu des différents types d'appareils de haute et de basse	Exposés interactifs, Vidéos d'utilisateurs d'aide	Discussion avec les participants d'exemples cliniques qu'ils ont vécus.

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	les personnes dysarthriques. • Connaître le mécanisme d'attribution gratuite des aides techniques à la communication.	technologie qui suppléent à la communication orale • Présentation du mécanisme d'attribution du Programme ministériel des aides techniques à la communication (PMATCOM).	technique à la communication. 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	• Connaître et mesurer l'impact d'un trouble du langage (aphasie) sur la qualité de nos services.	• 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	• Ressentir les différentes situations de handicap vécues par la clientèle aphasique ainsi que par celles qui ont à intervenir auprès d'elle.	• 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 interve-nants qui travaillent auprès de ces personnes.
11 h 45 – 12 h 45	**Dîner**			

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
12 h 45 – 13 h 45	• Décrire les stratégies et outils de communication afin de mieux interagir avec les personnes ayant une aphasie sévère.	• 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 clinique. Reconnaitre les stratégies de communication aidantes.	Discussions concernant des vidéos illustrant les stratégies inadéquates et adéquates de communication.
13 h 45 – 14 h 15	• Reconnaître les troubles du langage associé à l'hémisphère droit • Reconnaître les troubles de la communication des personnes ayant une démence	• 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	• Intégrer l'utilisation des différentes stratégies de communication dans son travail quotidien	• La communication en CHSLD • Établir un plan de communication personnalisé (PCP).	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 *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	• Aider la personne ayant un trouble sévère de la communication à participer aux décisions qui la concernent	• Participer aux décisions qui les concernent : - 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	Conclusion et évaluation.	Matériel disponible Liste des références Évaluation du cours par les participants	Présentation du matériel disponible sur le marché ou en ligne. Savoir où se référer pour obtenir du matériel et de l'information complémentaire.	

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Références citées

- American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee, 2014.
- 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 renouveau pédagogique (ERPI).
- 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. 37–4
- 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.
- 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'ile de Montréal). Formulaire multimodal des niveaux d'intervention médicale et de la réanimation cardiorespiratoire. Site Internet du CSSS Jeanne-Mance. https://www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/medecins-pharmaciens-et-professionnels/documentation/
- 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., Navennec, C., Laporte, D., Champagne, C. (2000). The development of a procedure for the evaluation of communication ocuring between residents in long-term care and their caregivers. Aphasiology, 14, 17-52.
- LPAA 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.

- 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.
- O'Halloran, R., Grohn, B., & Worral, L.(2012) Environmental Factors That Influence Communication for Patients With a Communication Disability in Acute Hospital Stroke Units: A Qualitative Metasynthesis, 93, 1, S77–S85 httpParr, S. (2007) Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. Aphasiology, 21,(1), 98-123.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et la collaboration de Marie Julien, Guylaine LeDorze, Claire Croteau, Jean-Pierre Gagné, Linda Gagnon, Monique Bois, Sophie Chesneau-Faure et Laura Monetta (2017). Les meilleures pratiques des orthophonistes et audiologistes en CHSLD et en soutien à domicile. Commentaires de l'OOAQ soumis au Ministre de la santé et des services sociaux.
- 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, http://www.cmaj.ca/content/early/2013/09/03/cmaj.121795.full.pdf+html. Consulté le 14 décembre 2015.
- Radtke, J.V., Tate, J.A., Happ, M.B. (2012) Nurses' perceptions of communication training in the ICU. Intensive and critical care nursing, 28,1,16–25.
- 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.
- 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, http://www.cmaj.ca/content/early/2013/09/03/cmaj.121795.full.pdf+html. Consulté le 14 décembre 2015.
- Radtke, J.V., Tate, J.A., Happ, M.B. (2012) Nurses' perceptions of communication training in the ICU. Intensive and critical care nursing, 28,1,16–25.
- Simmons-Mackie, N., Kagan, A., O'Neill C., Huijbregts, M., McEwen, S., Willems, J. (2007) Communicative access and decision making for people with aphasia: Implementing sustainable healthcare systems change. Aphasiology, 21,(1) 39-66.
- Simmons-Mackie, N. (2009). Thinking Beyond Language : Intervention for Severe Aphasia. Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders, 19, 15-22.
- 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

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 (2e 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 (www.cscoe.com).
- Collectif (2e éd., 2012). Parlerpictos 2: Répertoire des pictogrammes de la Banque Parlerpictos. Montréal : Centre de suppléance à la communication orale et écrite du Québec (www.cscoe.com).
- 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].
- Programme ministériel d'attribution des Aides techniques à la communication (www.pmatcom.qc.ca)

Autres publications et conférences du formateur

- Julien, M. (Mai 2015) L'impact du trouble de la communication sur le processus de réadaptation physique. Conférencière invitée au Colloque sur la réadaptation à tous âges organisé par Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe, Saint-Bruno-de-Montarville.
- 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.
- Julien, M., Casseus, E., Gérin-Lajoie, A-M. (2002) Redonner à la personne aphasique du pouvoir sur sa vie : Une question d'éthique. Intervention: Revue de l'ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 117, 24-34.
- Julien, M., Tremblay, J., Navennec, C., Getty, L., Audet, P., Le Dorze, G. (2002). Travailler en centre de jour avec une clientèle ayant des capacités de communication limitées : le point de vue des intervenants. Le Gérontophile, 24, (2) 27-33.

Saison 2019 – 2020
Formation continue
Atelier (7 h)

L'approche adaptée à la personne âgée

Karine Labarre, inf. M. Sc., Directrice des soins infirmiers, Résidence Humanitae, Groupe Patrimoine
Charlène Joyal, inf. M. Sc., Conseillère-cadre en soins infirmiers, CIUSSS de la Capitale-Nationale
Collaboratrices :
France Collin, retraitée
Michèle Morin, interniste-gériatre, Professeure de clinique au département de médecine, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

La situation souvent particulière des personnes âgées dans les soins de santé pose des défis pour l'ensemble des intervenants du réseau. En janvier 2010, le Ministère de la Santé et des Services sociaux rendait disponible un Cadre de référence sur l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. De plus, il propose un programme de sensibilisation et de formation destiné aux gestionnaires et aux intervenants oeuvrant en centre hospitalier. Mais quel que soit le milieu où la personne âgée requiert des soins : à domicile, en soins ambulatoires, en soins de courte durée incluant les soins critiques ou en soins de longue durée, la connaissance du vieillissement normal et pathologique permet d'étoffer la démarche du clinicien dans les étapes de soins: dépistage, évaluation, intervention et suivi; et mieux orienter le gestionnaire dans l'organisation des soins. Conséquemment, des soins optimaux sont offerts à tous les aînés en favorisant leur autonomie et leur bien-être sans nécessairement avoir toujours recours à un service spécialisé en gériatrie.

La formation présente d'abord le profil de la personne âgée qui requiert des soins de santé. Les concepts de comorbidité, de syndrome de fragilité et particulièrement la présentation atypique de plusieurs problèmes de santé aident à comprendre la complexité des soins aux personnes âgées. Puis, les notions théoriques sur le vieillissement normal dans les dimensions physique, mentale et fonctionnelle sont abordées. De plus, l'effet synergique du vieillissement normal avec les problèmes de santé représente un impact plus grand pour la personne âgée que l'adulte plus jeune. Cet impact, accentué par l'immobilité, s'observe particulièrement sur l'autonomie fonctionnelle. Comment éviter la perte d'autonomie et comment intervenir rapidement? Ces aspects sont discutés tout au long de la présentation et lors des études de cas.

Considérant la complexité et la spécificité des évaluations et des interventions auprès des personnes âgées, l'approche interdisciplinaire est intégrée. Également, la présentation de quelques résultats d'études montre l'importance de développer des programmes adaptés à la réalité des personnes âgées selon leurs besoins spécifiques. Les participants pourront ainsi mieux promouvoir et optimiser la santé et l'autonomie de la personne vieillissante dans les différents milieux de soins.

Le contenu de la formation est en partie théorique. Par ailleurs, des études de cas en équipe faciliteront l'intégration de ce contenu théorique à la pratique.

LES BUTS DE LA FORMATION

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

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse principalement aux infirmières et infirmiers. Les autres professionnels de la santé (travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes) ainsi que les infirmiers auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires sont invités à assister à cette formation dans le but d'être sensibilisé aux enjeux de l'approche adaptée à la personne âgée.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants :
1) de lire une des fiches cliniques de « L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier » à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca.

2) de visionner des capsules cliniques de Philippe Voyer qui se trouvent à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org :

- ☐ Delirium : éliminons la confusion (capsule # 3)
- ☐ La fièvre gériatrique (capsule # 4)
- ☐ Les indicateurs cliniques de la déshydratation chez l'aîné (capsule # 5)
- ☐ Dépendance aux benzodiazépines (capsule # 16)
- ☐ Dépistage du risque de chute (capsule # 25)
- ☐ Test du chuchotement (capsule #27)
- ☐ Prédiction du délirium et importance du jugement clinique (capsule #36)
- ☐ Le PQRSTU encore lui! (capsule # 38)

Par ailleurs, pour les participants qui désirent compléter le contenu présenté lors de la formation, les formatrices suggèrent de lire les chapitre 2, 3 (p. 35-40), 9, 13-15 et 20 dans Voyer, P. (2013) Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. 2e Édition. Montréal : ERPI.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 9 h	• Distinguer les notions : Approche adaptée à la personne âgée et indicateurs de déclin fonctionnel	• Définition de l'Approche adaptée • Présentation de l'acronyme AÎNÉES • Présentation des niveaux de risques de l'algorithme du cadre de référence de l'AAPA	Vidéo témoignage Exposé interactif Quiz, et échange	*Lien avec le cadre de référence du MSSS sur l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*
9 h – 10 h	• Décrire le profil de la clientèle âgée qui se présente dans un service de soins ou de santé	• Caractéristiques du syndrome de fragilité • Conséquences défavorables du syndrome de fragilité • Comorbidité • Signes atypiques gériatriques • Symptômes cliniques de l'infection – Fièvre gériatrique • Douleur et vieillissement • Pharmacocinétique et vieillissement	Exposé interactif Utilisation d'étude de cas	*Recours aux résultats d'une recherche montrant la réversibilité du syndrome de fragilité* *Exemples cliniques* *Tableau synthèse sur les indicateurs de signes atypiques gériatriques* *Comparaison des paramètres chez la population adulte et population âgée*
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 10 h 30	• Identifier les conséquences du	• Effets de l'immobilité sur différents systèmes	Étude de cas	*Rapport d'analyse d'un dossier d'une personne*

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	syndrome d'immobilisation		Exercice en équipe	*âgée hospitalisée et les conséquences du syndrome d'immobilisation*
10 h 30 – 12 h	• Établir les priorités d'évaluation et de suivi clinique dans les soins aux personnes âgées pour prévenir la perte fonctionnelle	• Autonomie fonctionnelle • Évaluation, surveillance clinique, interventions systématiques et spécifiques selon les principaux indicateurs de perte fonctionnelle en lien avec le vieillissement normal: <u>Autonomie</u> • AVQ • Mobilité – HTO, chute <u>Intégrité de la peau</u> <u>Nutrition et hydratation</u> <u>Élimination</u> • Vésicale • Intestinale	Exposé interactif Exercice en équipe en termes d'évaluation, de surveillance clinique et d'interventions	*Présentation d'outils d'évaluation et de surveillance clinique* *Utilisation d'aide mémoire des principaux indicateurs de déclin fonctionnel* *Utilisation de vignettes décrivant de courtes situations cliniques*
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 14 h 15	• Suite	<u>État mental</u> • Fonctions cognitives – Délirium	Exposé interactif Exercice en équipe en termes de dépistage,	*Présentation d'outils de Présentation d'outils de dépistage et d'évaluation*

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		– Dépression • Communication Sommeil	évaluation et d'interventions	*Utilisation d'aide mémoire des principaux indicateurs de déclin fonctionnel*
14 h 15 – 14 h 30	**Pause**			
14 h 30 – 16 h	• Suite	• Suite	• Suite	• Suite
16 h – 16 h 20	• Résumer les manifestations et les conséquences du syndrome d'immobilisation	• Définition et physiopathologie du syndrome d'immobilisation • Facteurs de risque • Conséquences	Exposé interactif	
16 h 20 – 16 h 30	• Conclusion	• Présentation de l'activité hors classe d'une durée de 30 minutes • Évaluation de la journée	Référence pour l'activité hors classe Éléments à intégrer dès le lendemain dans le travail quotidien	

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Anderson, L.C., Cutter, N.C. (1999). Immobility. In W.R. Hazzard, J.P. Blass, W.H. Ettinger, J.B. Halter, J.G. Ouslander (eds), Principles of Geriatric Medecine and Gerontology. Toronto: McGraw-Hill p. 1565-1575.
- Arcand, M., Hébert, R. (2007). Précis pratique de gériatrie. Canada : Edisem. 1270 pages.
- Blair, K.A. (2005). Immobilité et intolérance à l'activité de la personne âgée (F. Hallet, trad.). Dans M. Stanley et P. Gauntlett Beare (2e Éd.). Soins infirmiers en gériatrie, vieillissement normal et pathologique (pp. 259-272). Bruxelles : De Boeck & Larcier. (Document original publié en 1999).
- Hazzard's W. R. & al. (2009). Geriatric medicine and gerontology. Etats-Unis : Mc Graw Hill.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné — Guide d'évaluation et de surveillance clinique. 2e Édition Montréal : ERPI. 425 pages.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. (2e Edition) Montréal: ERPI. 753 pages.

Articles scientifiques

- Avidan A. Y. (2005). Sleep Disorders in the Older Patient. Primary Care: Clinics in Office Practice 32, 563-586.
- Bellini, G., Morandi, A., Davis, D.H.J., Mazzola, P., Turco, R., gentile, S., … MacLullich, A.M.J. (2014). Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. Age and Ageing 0: 1-7. Doi: 10.1093/ageing/afu021.
- Bernabei, R., Martone, A.M., Vetrano, D.L., Calvini, R., Landi,F., Marzetti, E. (2014) Frailty, Physical Frailty, Sarcopenia:
- A New Conceptual Model. Active Ageing and Healthy Living, doi:10.3233/978-1-61499-425-1-78
- Cameron et al. (2013) A multifactorial interdisciplinary interventionreduces frailty in older people: randomized trial. BMC Medicine, doi:10.1186/1741-7015-11-65.
- Cameron, I.D., Kurrle, S.E. (2002). Rehabilitation and older people. MJA, 177, 387-391.
- Covinsky et al. (2003) Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. Journal of the American Geriatrics Society, 51 (4), 451-458.
- Dorner, T.E. (2014). Association nutritionlal status (MNA®SF) and frailty (SHARE-FI) in acute hospitalised elderly patients. The Journal of Nutrition, Health & Aging, 18 (3), 264-269.
- Ebersole, Hess, Touhy and Jett (2010). Gerontological Nursing Healthy Aging (3rd Ed). Mosby Elsevier: St —Louis Missouri. 483p.
- Fiatorone, M.A. & al. (1994). Exercice training and nutritional supplémentation for physical frailty in very elderly people. The New England Journal of Medecine, 330, 1769-1775.

- Fick, D.M., Inouye, S.K., Guess, J., Ngo, L.H., Jones, R.N., Saczynski, J.S. et Marcantonio, E.R. (2015). Preliminary Development of an Ultrabrief Two-Item Bedside Test for Delirium. Journal of Hospital Medicine, 10 (10), 645-650. doi :10.1002/jhm.2418.
- Fried & al. (2001) Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 56, M146-156.
- Fried, L.P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, Anderson, G. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. Journal of Gerontology : MEDICAL CIENCES, 59, 255-2
- Goldspink, G. (2012). Age-Related Loss of Muscle Mass and Strenght. Journal of Aging Research Volume 2012, Article ID 158279, Récupéré sur pubMed, http://doi:10.1155/2012/158279
- Gonzalez-Fernandez M., Humbert, I., Winegard, H. & al. (2014). Dysphagia in old-old women: prevalence as determined by self-report and the 3 oz. Water swallowing. Journal of American Geriatric Society 62 (40): 716-720.
- Grumback, R. et Blanc, A. (1973). Le syndrome d'immobilisation du vieillard. Nouvelle presse médicale, 2 (30), 1989-1991.
- Halter, J.B., Ouslnader, J. G., Tinetti, M. E. & al. (2009). Hazzard's Gériatric medicine and gerontology 6ed., McGraw-Hills Compagnies: Etats-Unis.
- Hébert, R. et Roy, P.M. (2007) Syndrome d'immobilisation. Dans M. Arcand et R. Hébert (dir.) 3e éd. Précis de gériatrie. Montréal: Edisem.
- Hogan, D.B., MacKnight, C., Bergman, H. (Canadian Initiative on Frailty and Aging) (2003). Models, definitions, and criteria of frailty. Aging Clin. Exp. Res., 15 Suppl. (3), 3-29.
- Hshield, T.T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Travison, T. et Inouye, S.K. (2015). Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions. JAMA Intern Med. !75 (4), 512-520. doi:10.1001/jamainternmed.2014.7779.
- Huifen, L., Bhavish, M., Sean, X. L. (2011). Frailty, Inflammation and Immunity. Aging and Disease, 2 (6), 466-473.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med, 340(9), 669-676.
- Johnson, J.R. (2017). Delirium in Hospitalized Older Adults. The New England Journal of Medicine, 378 (1), 96-97.
- Kojima, G., Taniguchi, Y., Lliffe, S., Malters, K. (2016). Frailty as a predictor of Alzheimer disease, vascular dementia and all dementia among community-dwelling older people: A Systematic review and meta-analysis. The journal of post-acute and long-term care mededine 17, 881-888.
- Kroemer, D.J., Bloor, G., Fiebig, J. (2004). Acute Transition Alliance: rehabilitation at the acute/aged care interface. Australien Health Review, 28 (3), 266-274.
- Kubicki, A., Bonnetblanc, F., Petrment, G., Ballay, Y., Mourey, F. (2012). Delayed postural control during self-generated perturbations in the frail older adults. Clinical Interventions in Aging, 7, 65–75.
- Marcantanio, E.R., Ngo, L.H., O'Connor, M., Jones, R.N., Crane, P.K., Metzger, E.D. et Inouye, S.K. (2014). 3D-CAM : Derivation and Validation of a 3-Minute Diagnostic Interview for CAM-defined Delirium. Annals of Internal Medicine, october 21 : 161 (8), 554-561. doi :10.7326/M14-0865.
- Mauk K. L. (2010). Gerontological Nursing: competencies for care (2nd Ed.). Jones and Bartlett publishers: Massachusetts. 869p.
- Morin, J., Leduc,Y. (2004). Lève-toi et marche. Le Médecin du Québec, 39 (6), 89-94.
- Oliveira, MRM., Fogaça, KCP., A Leandro-Merhi, V. (2009). Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. Nutrition Journal , 8 (54). Récupéré sur le site de la revue : http://www.nutritionj.com/content/8/1/54

- Oelke, M., Wiese, B., Berges, R. (2014) Nocturia and its impact on health‐related quality of life and health care seeking behaviour in German community‐dwelling men aged 50 years or older. World J Urol, 32, 1155–1162.
- Ostir G. V., Berges I. M., Kuo Y., Goodwin J., Fischer S., Guralnik J. M. (2013). Mobility activity and its value as a prognostiv indicator of survival in hospitalized older patients. Journal of American Geriatric Society 61 (4), 551-557.
- Persico, I., Cesari, M., Morandi, A., Haas, J., Mazzola, P., Zambon, … Bellelli, G. (2018). Frailty and Delirium in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Literature: Frailty and delirium. Journal of the American Geriatrics Society, 66 (10), 2022-2030.
- Puts, M.T.E., Toubasi, S., Andrew, M.K., Ashe, M.C., Ploeg, J., Atkinson, E., … McGilton, K. (2017). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. Age and Ageing, 46, 383-392.
- Regal P. J. (2017). Delirium, in 405 articles of medical (non-surgical or IUC) inpatients : unproven spee of onset and recovery. Clinical intervention in aging 12 377-380.
- Rehman, H. ur, Qazi, S. (2013). Atypical Manifestations of Medical Conditions in the Elderly. CGS Journal CME, 3 (1). 17 -24.
- Rose, DJ. (2008). Preventing falls among older adults: No "one size suits all" intervention strategy. Journal of Rehabilitation Research & development, 45 (8), 1153-1166.
- Rubin, F.H., Neal, K., Fenlon, K., Hassan, S. et Inouye, S. K. (2011). Sustainability and scalability of the Hospital Elder Life program at a community hospital. Journal of the American Geriatrics Society, 59 (2), 359-365.
- Sager, M. A., Franke, T., Inouye, S. K., Landefeld, C. S., Morgan, T. M., Rudberg, M. A., et al. (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med, 156(6), 645-652.
- Shimada, H., Makizako, H., Doi, T., Tsutsumimoto, K., Suzuki, T. (2015). Incidence of Disability in Frail Older Persons With or Without Slow Walking Speed. JAMDA 16, 690-696.
- Schubert, M., Schürch, R., Boettger, S., Nuñez, D.G., Schwarz, U. Bettex, D., … Rudiger, A. (2018). A Hospital-wide evaluation of delirium prevalence and outcomes in acute care patients – a cohort study. BMH Health Services Research, 18 (1), 550.
- Tribess, S., VirtuosoJunior, JS., Jaco de Oliveira, R. (2012). Physical activity as a predictor of absence of frailty in the elderly. Rev. Assoc. Med. Bras. 58 (3). Récupéré sur le site de la bibliothèque de l'Université Laval : http://dx.doi.org.ezproxy.bibl.ulaval.ca/10.1590/S0104-42302012000300015
- Verloo, H., Goulet, C., Morin, D, Von Guten, A. (2016). Association between frailty and delirium in older patients discharged from hospital. Clinical Interventions in Aging. 11, 55-63.
- Vermeulen, J., Neyens, JCL., van Rossum, E., Spreeuwenberg, MD., de Witte, LP. (2011). Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. BMC Geriatrics, 11 (33). Récupéré sur le site de la revue : http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/33
- Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., … Carmochael. (2015). Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: a validation study. BMC Nursing 14:19. doi 10.1186/s12912-015-0070-1.
- Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., … Richard, S. (2015). RADAR : A Mesure of the Sixth Vital Sign ? Clinical Nursing Research 1-21. doi: 10.1177/1054773815603346

- Winkelman C. (2009). Bed rest in Health and Critical illness. American Academy on Communication in Healthcare, 20, (3) 254-266.
- Yu, F., Evans, L.K., Sullivan-Marx, E.M. (2005). Functional Outcomes for Older Adults with Cognitive Impairment in a Comprehensive Outpatient Rehabilitaion Facility. JAGS, 53, 1599-1606.
- Zisberg, A., Shadmi, E., Sinoff, G., Gur-Yaish, N., Srulovici, E., Admi, H. (2011). Low mobility during hospitalization and functional decline in olders adults. Journal of the American Geriatrics Society, 59 (2):266-73.

Documents cliniques et scientifiques

- Centre for reviews and dissemination (2017). Recognising and managing frailty in primary care. Universitu of York. www.york.ac.uk/inst/crd
- INESSS (2013). Chute chez les patients hébergés dans les milieux de santé (soins de courte et de longue durée). Synthèse des connaissances et des références rédigée par Elene Morarescu. Gouvernement du Québec, Québec.
- Joyal, C., Collin, F., Mbourou Azizah, G., Côté, F., Gagnon, J. (E2009) Prévenir, dépister et gérer le delirium surajouté à la démence. Faculté des sciences infirmières, Université Laval : Rapport 2008-2009. www.btec.fsi.ulaval.ca/q_r.html
- RNAO (2016). Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care. Tiré du Website: www.RNAO.ca/bpg
- RUSHGQ (2015). Guide de gestion médicamenteuse en UCDG. Sous-comité sur la médication. Québec : Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec, 39p.
- RUSHGQ (2013). L'approche interprofessionnelle structurée des troubles de la mobilité en UCDG (http://rushgq.org/module_tableau_bord/).
- Société canadienne de nutrition (2014). Outil canadien de dépistage nutritionnel (OCDN). Groupe de travail canadien sur la malnutrition.

Cadres de référence

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010) Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, cadre de référence. MSSS, 195 pages.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011) Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, Fiches cliniques, MSSS.

Saison 2019 – 2020
Formation continue
Atelier (7 h)

Le mentorat clinique par les pairs : une stratégie gagnante pour favoriser le déploiement des meilleures pratiques auprès de la clientèle gériatrique

Lucie Laberge, Inf. M.Sc., consultante en pédagogie des sciences infirmières

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Depuis plusieurs années, le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) offre aux infirmières1, différentes formations théoriques sur des concepts clés liés à la personne âgée. Cependant, les résultats de recherche démontrent que seulement 13% des personnes qui participent à une formation théorique retiennent la nouvelle information et qu'à peine 10% à 20% de cet apprentissage est transféré dans le milieu de travail (Voyer, 2014, p. 7). Dans ce contexte, de plus en plus de milieux de travail ont recours au mentorat clinique afin de favoriser le déploiement de pratiques exemplaires auprès de leur clientèle. Par son rôle conseil, ses activités de supervision clinique et la transmission de rétroactions constructives, la mentor joue un rôle clé dans l'atteinte des objectifs visés par le mentorat clinique. Par contre, bien que cette fonction puisse être motivante par son caractère novateur et volontaire, elle comporte de nombreux défis dont celui d'avoir à l'exercer auprès de ses pairs.

LES BUTS DE LA FORMATION

La formation vise le recours à une démarche efficace de mentorat clinique auprès de ses pairs afin de favoriser le déploiement optimal des meilleures pratiques cliniques au sein de son organisation.

De façon plus spécifique, les principaux objectifs de la formation sont les suivants.

Permettre à l'infirmière qui exerce à titre de « mentor-clinique » :

1. De bien cerner ses rôles, ses responsabilités et ses limites eu égard à la fonction de « mentor-clinique ».
2. De mettre en place des conditions propices au mentorat clinique.
3. D'utiliser une approche andragogique adaptée aux caractéristiques individuelles de ses pairs, lors des interventions de mentorat clinique.
4. D'exercer un leadership d'expertise positif afin de stimuler ses pairs à adopter de nouvelles approches cliniques gériatriques.
5. De soutenir le développement du jugement clinique par le recours à la pensée critique et au raisonnement clinique afin de promouvoir le déploiement d'une compétence individuelle et collective.
6. D'adapter son approche selon le niveau de motivation et de compétence de la personne mentorée.

[1] L'emploi du féminin ne se veut aucunement discriminatoire. Il vise simplement l'allègement du texte.

7. De favoriser l'engagement optimal des leaders négatifs et des personnes réfractaires aux approches cliniques préconisées.
8. De transmettre une rétroaction constructive, dans le respect de principes établis.

CLIENTÈLE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières qui interviennent à titre de « mentors-cliniques » afin de promouvoir le développement de la compétence auprès de ses pairs. Elle vise le recours à une démarche efficace pour favoriser le déploiement des pratiques exemplaires dans le milieu clinique.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demandent aux participants la lecture d'au moins deux des trois articles inscrits ci-dessous, tous extraits de la revue Perspectives Infirmières. Ces derniers sont disponibles en ligne à l'adresse électronique indiquée.

- Bourbonnais, A. & al., 2018. Ce n'est pas la joie, tous ces cris! *Perspectives infirmières, vol. 15* n° 1, p.27-32. https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/cris-personnes-agees-alzheimer.pdf/43d893ab-bb16-cd21-1b6e-a44519d1f548
- Rey, S., Voyer, P. et Juneau, L. Syndrome comportementaux et psychologiques de la démence : prise en charge des SCPD. *Perspectives infirmières, vol.13*, no 4. Sept-oct. 2016, p.56-60. http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no04/13-recherche.pdf
- Voyer, P. et al., (2016). Les ratios infirmière/résidents en CHSLD : pénurie de soins ou pénurie d'infirmières? *Perspectives infirmières, vol.13*, no 3. Mai-juin 2016, p. 45-50. http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no03/13-organisation.pdf

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 9 h 45	**1. Bien cerner ses rôles, ses responsabilités et le profil attendu chez la mentor clinique**			

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	• Définir les termes : supervision clinique, mentorat clinique et coaching • Cibler les principaux avantages, rôles et responsabilités liés au mentorat • Reconnaître les qualités essentielles et le profil attendu du mentor	• Définition des termes selon la littérature • Avantages/défis liés au mentorat • Rôles et responsabilités des mentors • Qualités essentielles du mentor • Profil attendu • Principaux défis	• Exposé magistral et interactif avec appui visuel • Exposé magistral et interactif avec appui visuel • Exercice d'introspection sur ses propres caractéristiques : forces et limites liées au mentorat • Exercice en équipe : · Constats réalisés / défis / forces et limites · Stratégies à déployer pour favoriser le bon déroulement du mentorat clinique	
9 h 45 – 10 h	**Pause**			

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
10 h – 11 h 30	**2. Mettre en place des conditions propices au mentorat clinique**			
	• Planifier le mentorat clinique	• Étapes de planification du mentorat clinique • Accueil de la mentorée, établissement de la relation de confiance, climat d'apprentissage	• Exposé magistral et interactif avec appui visuel	
	• Identifier ses attentes afin de promouvoir le bon déroulement du mentorat clinique auprès de ses pairs	• Identification de ses attentes à l'endroit : · de la personne mentorée; · de ses collègues; · de l'Organisation	• Exercice d'identification de ses attentes à l'endroit : · de la personne mentorée; · de ses collègues; · de l'Organisation	
	3. Utiliser une approche andragogique adaptée aux caractéristiques individuelles de ses pairs, lors des interventions de mentorat clinique			
	• Adopter une approche andragogique lors des interventions auprès de ses pairs	• Stratégies à déployer afin d'adopter une approche andragogique	• Exposé magistral et interactif avec appui visuel	
11 h 30 – 12 h	**4. Exercer un leadership d'expertise positif afin de stimuler ses pairs à adopter de nouvelles approches cliniques**			
	• Distinguer le leadership légitime et d'expertise	• Distinction entre le leadership légitime et d'expertise	• Exercice magistral et interactif avec appui visuel	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	• Reconnaître les conditions requises pour exercer un leadership clinique positif auprès de ses pairs	• Conditions requises pour exercer un leadership clinique positif auprès de ses pairs		
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 14 h	**5. Soutenir le développement du jugement clinique par le recours à la pensée critique et au raisonnement clinique afin de promouvoir la compétence individuelle et collective**			
	• Distinguer les concepts liés au jugement clinique, à la pensée critique et au raisonnement clinique	• Distinction entre les concepts liés au jugement clinique, à la pensée critique et au raisonnement clinique	• Exposé magistral et interactif • Exercice d'intégration du cycle de raisonnement infirmier / raisonnement pédagogique	
	• Identifier les étapes du cycle de raisonnement infirmier permettant de poser un jugement clinique ou un jugement pédagogique	• Le cycle du raisonnement clinique infirmier ou du raisonnement pédagogique		
	• Définir la compétence individuelle et collective	• Définition des notions de : compétence individuelle/collective		
	• Reconnaitre les éléments de la	• Éléments de compétence		

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	compétence et les facteurs qui influencent l'acquisition de la compétence	• Facteurs d'influence au développement de la compétence		
14 h – 14 h 20	**6. Adapter son approche selon le niveau de motivation et de compétence de la personne mentorée**			
	• Cerner le niveau de motivation et de compétence de la personne mentorée afin d'adapter son approche aux caractéristiques individuelles et aux besoins de la mentorée	• Type d'approche à utiliser selon le niveau de motivation, la compétence et les besoins de la personne mentorée	• Exposé magistral et interactif avec appui visuel	
14 h 20 – 15 h	**7. Favoriser l'engagement optimal des leaders négatifs et des personnes réfractaires aux approches cliniques préconisées**			
	• Anticiper les comportements difficiles chez les leaders négatifs • Adopter une stratégie d'encadrement favorisant l'engagement des leaders négatifs	• Identification de 3 types de collaborateurs difficiles dans le cadre des activités de mentorat clinique • Stratégies pour optimiser le déroulement du mentorat auprès des personnalités difficiles : · Avant le mentorat;	• Exposé magistral et interactif avec appui visuel	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		· Dès le début du mentorat; · En cours du mentorat • Champ et limites d'intervention de la mentor clinique		
15 h – 15 h 15	**Pause**			
15 h 15 – 16 h 20	**8. Transmettre une rétroaction constructive, dans le respect de principes établissements**			
	• Transmettre une rétroaction constructive dans le respect des principes établis	• Principes à respecter pour offrir une rétroaction constructive • Cadre pour offrir la rétroaction • Distinction entre le jugement et l'observation	• Exposé • Plénière • Exercice : jugement ou observation • Jeu de rôle : transmission d'une rétroaction sur les éléments de compétence observés	
16 h 20 – 16 h 30	Conclusion et évaluation de la formation			

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Alfaro-Lefevre, R., (2009). Critical thinking and clinical judgment : a practical to outcome-focused thinking (4e éd.). St-Louis : Saunders Elsevier.
- Allen, T.D., M.L. Poteet et S.M. Burroughs (1997). The mentor's perspective: A qualitative inquiry and future research agenda», Journal of Vocational Behavior, 51, p.70-89.
- Andrews C.E. & Ford K. (2013). Clinical Facilitator learning and Development needs: Exploring the Why, What and How. Nurse Education in Practice 13 : 413-417.
- Anthony, A. & Gaiptman, B. (1993). Fundamentals of Supervision: Reaching your Potential as a Supervisor (Leader's guide), 168p.
- Association des Infirmières et des Infirmiers du Canada (AIIC), (2004). Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession : Guide sur le préceptorat et le mentorat. Ontario : AIIC, 70p.
- Bareil, C. (2004). Gérer le volet humain du changement. Les Éditions Transcontinental et les Éditions de l'entrepreneurship, 213p.
- Balg, Catherine (2013). La compétence collective mise en oeuvre par les infirmières à l'urgence : une étude de cas. Québec, Université Laval. Mémoire de maitrise : http://www.theses.ulaval.ca/2013/30005/
- Bell, Jennifer; Marks, Nichole; Hermann, Jennifer; and Klooster, Amanda (2017) "Mentor Us: A Formal Mentoring Program for Nurses in Graduate Education," Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière: Vol. 3: Iss. 2, Article 6.
- Bernard J. M. & Goodyear, R.K. (2004). Fundamentals of Clinical Supervision (3e Ed). Boston, US : Pearson Education.
- Bogo, M., Regehr, C., Power, R. et Regehr, G. (2007). When values collide: Field instructors' experiences of providing feedback and evaluating competence, The Clinical Supervisor, 26(1), 99-117.
- Brody, A. A., Edelman, L., Siegel, E. O., Foster, V., Jr.Bailey, D. E., Bryant, A. L., & Bond, S. M. (2016). Evaluation of a peer mentoring program for early career gerontological nursing faculty and its potential for application to other fields in nursing and health sciences. Nursing Outlook, 64(4), 332. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.03.004
- Burns, C., Beauchesne, M., Ryan-Krauss, P. et Sawin, K. (2006). Mastering the preceptor role: Challenges of clinical teaching. Journal of Pediatric Health Care, 20(3), 172-183. Doi:10.1016/j.pedhc.2005.10.012.
- Chandler G.E. (2012). Succeeding in the First Year of Practice. Journal for Nurses in Staff Development, 28 (3): 103-107.
- Chapados et al. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. Perspective infirmière, vol.11, no1 , p. 37-40 (https://www.oiiq.org/sites/defaet la validation
- Chiasson, M. & L. Frève (2001). Superviser dans le feu de l'action. Montréal : Les Éditions Transcontinental inc. & Les Éditions de la Fondation de l'entrepreneurship, 213p.

- Cullen D, Shieh C, McLennon SM, Pike C, Hartman T & Shah H (2017). Mentoring Nontenured Track Nursing Faculty: A Systematic Review. Nurse Educator Nov/Dec;42(6): 290-294.
- De Villers, M.-È. (2007). Multidictionnaire de la langue française. Montréal, Canada : Québec Amérique.
- Doyon, O. et Longpré, S. (2016). Évaluation clinique d'une personne symptomatique. Montréal, Pearson, 868p.
- Drolet, M. (2002). Le coaching d'une équipe de travail. Montréal : Les Éditions Transcontinental Inc., 4ième Édition, 162p.
- Faucher, C. & Gendron, P.J. (2002). Les nouvelles stratégies du coaching. Montréal : Les Éditions de l'homme, 224p.
- Fowler J. (2013). Advancing Practice : from Staff nurse to nurse consultant. Par 4 :Using Clinical Supervision. British Journal of Nursing, 22 (16) : 941.
- Gaberson, K.B. et al. (2014) (40Ed). Clinical Teaching Strategies in Nursing. New York. Springer Publishing Company, 380p.
- Godshalk, V.M. (2007). Mentoring and leadership. Standing at the crossroads of theory, Research, and Practice, dans Ragins, B.R. et Kram, K.E. (dir.), The Handbook of Mentoring at Work. Theory, Research, and Practice, Thousand Oaks, CA, Sage, p.149-178.
- Gottlieb, L.N. (2014). Les soins infirmiers basés sur les forces. Montréal, Pearson, 457p.
- Grossman, S. & Valiga, T. (2013). The New Leadership Challenge: Creating the Future of Nursing, 4th edition. Philadelphia, USA : PA: F A Davis Company .
- Gruber-Page M. (2016). The value of mentoring in nursing: an honor and a gift. Oncol Nurs Forum. 43(4), p. 420-422.
- Hader, R. (2013). The only constant is change. Nursing Management 44 (5): 6, May 2013.
- Hagedorn, R. (1996). Clinical Decision making in familiar Cases: A model of the process and implications for practice, British Journal of Occupational Therapy, 59:5, 217-22.
- Halfer, D. (2011). Job Embeddedness Factors and Retention of Nurses With 1 to 3 years of Experience. The Journal of Continuing Education in Nursing, 42 (10): 468-476.
- Health Nexus Santé. (2003). Mieux comprendre la formation aux adultes, l'andragogie : Une science imprégnée d'humanisme. Le Bloc-Notes, 6(10). Récupéré de : http://www.leblocnotes.ca/node/251
- Higgs, J. & Jones, M. (2000). Clinical reasoning in the health professions dans Higgs et Jones (éds). Clinical reasoning in the health professions, 2oEd. Boston: Butteworth.
- House, B.M., et al. (1990). Questioning: an essential ingredient in effective teaching. The Journal of Continuing Education in Nursing, 21(5), 196-201.
- Jackson M. et al., (2004). Conversations in critical thinking and clinical judgment. Sudbury MA : Jones and Bartlett Publishers.
- Jewell, A. (2013). Supporting the novice nurse to fly: la literature review. Nurse Education in Practice, 13 (4): 323-327.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). La pensée infirmière. Montréal: Beauchemin.
- Kilbourn, B. (1990). Constructive feedback: Learning the art. Toronto, ON : Ontario Institute for Studies in Education.
- Kuiper R. A. et Pesut D.J., (2004). Pomoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice : self-regulated learning theory. Journal of Advanced Nursing, 45(4), 381-391.
- Kuiper R. A. et Pesut D.J. et Kautz, D., (2009) Pomoting self-regulationof clincal reasoning skills in nursing students. The Open Nursing Journal, 3, 76-85.

- Lafranchise, N. & Cadec, K. (2014). Mentorat et leadership. Document consulté en ligne : http://www.associationsquebec.qc.ca/chroniques.asp?CodeN=1197&service=
- Lainey, P. 2008. Le leadership organisationnel, de la théorie à la pratique. Montréal, Québec. Chenelière Éducation, 266p.
- Larue C. et Chapados C., (2008) dans St-Pierre, L. (2007). Se former pour mieux superviser en sciences infirmières. Chapitre 6 : la responsabilisation des stagiaires. Montréal : Le Groupe Beauchemin, Éditeur Ltée., p.67-83.
- Le Boterf, G. (2002). Développer la compétence des professionnels : construire les parcours de professionnalisation. [Paris] : Éditions d'Organisation, 4e éd. rev, 311p.
- Lechasseur, K. (2009). Mobilisation des savoirs par une pensée critique chez des étudiantes infirmières bachelières en situation de soins. Québec, Université Laval : Thèse de doctorat.
- Lechasseur, K. (2009). Mobilisation des savoirs par une pensée critique chez des étudiantes infirmières bachelières en situation de soins. Québec, Université Laval : Thèse de doctorat.
- Lechasseur, K., Lazure G. & Guilbert L. (2011). Knowledge mobillized by a critical thinking process deployed by nursing students in practical care situations : a qualitative study.Journal of Advanced Nursing, 67(9) : 1330-1340.
- Levett-Jones, T. et al. (2009). Staff-student relationships and their impact on nursing students' belongingness and learning. Journal of Advanced Nursing, 65(2):316-24.
- Lupien, Sonia (2010). Par amour du stress. Montréal : Éditions au Carré, 2010, 274p.
- Martel, Brigitte (2007). Étude descriptive de l'expérience de l'excellence de la pratique infirmière en soins intensifs pédiatriques. Québec, Université Laval, 147p.
- Mayrand-Leclerc, M., C.Viens,, M. Lavoie-Tremblay, & F. Brabant. (2005). Pour un environnement psychosocial optimal du travail des gestionnaires infirmiers.
- Milena P. S. & al. (2013). Empowering Nursing preceptors to Mentoring Undergraduate Senior Students in Acute Care Settings. Journal of Professional Nursing, 29 (5) : e-32-e36.
- Neistadt. M.E. (1996). Teaching strategies for the development of clinical reasoning. American. Journal of Occupational Therapy. 50(8), 676-684.
- O'Connor Duffy, J. & al. (2018). Using collaborative autoethnography to explore online doctoral mentoring: Finding empathy in mentor/protégé relationships American Journal of Qualitative Research. June 2018, Vol.2 No. 1, p. 57-76.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), (2011). La formation continue pour la profession infirmière au québec, Norme professionnelle. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. 7p.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), (2005). La compétence professionnelle, une obligation déontologique. Le Journal, mars / avril, Vol .2, No 4.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ), 2010. Guide sur la supervision professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux. 66p. (document en ligne) https://www.otstcfq.org/docs/documents-accueil/guide_supervision.pdf?sfvrsn=1
- Papathanasiou Ioanna V. and al. (2013). Views and Perceptions of Nursing Students on their clinical learning environment : Teaching and Learning. Nurse Education Today: Article in press.

- Phaneuf, M. (année). : Revalorisation ou dévalorisation des rôles. http://infiressources.ca/fer/depotdocuments/changements_professionnel-revalorisation_ou_devalorisation_des_roles.pdf
- Phaneuf, M. (2011). Les savoirs d'expérience en soins infirmiers, une richesse à explorer: mentorat, pratiques exemplaires et benchmarking.
- http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Savoirs_d_experience_en_soins_infirmiers_une_richesse_a_explorer_mentorat_pratiques_exemplaires_et_benchmarking-Phaneufdec2011.pdf
- Ragins, B. R. et K.E. Kram (2007). The handbook of mentoring at work : theory, research, and practice. Sage Publications, Los Angeles.
- Reny, P. (2012). Savoir communiquer pour mieux aider. Montréal : ERPI. 207p.
- Rey, S., Voyer, P. et Juneau, L. Syndrome comportementaux et psychologiques de la démence : prise en charge des SCPD. Perspectives infirmières, vol.13, no 4. Sept-oct. 2016, p.56-60. http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no04/13-recherche.pdf
- Saarikoski, M. & al. (2002). Clinical learning environment and supervision : Testing a research instrument in an international comparative study. Nurse Education Today, vol. 22, p. 340-349.
- Severson, C., (2015). Encourager le mentorat à travers le perfectionnement professionnel. Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie, 25 (2), Printemps 2015, 222-223.
- Sévigny, I. et P. Effio. L'assistante infirmière-chef d'unité et la qualité des soins. Perspectives infirmières, vol.13, no 4. Sept-oct. 2016, p. 25-27. http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no04/09-organisation.pdf
- Sorensen, H. A. J. et Yankech R., (2008). Precepting in the fast lane : iproving critical thinking in graduate nurses. The Journal of Continuing Education in Nursing, 39(5), 208-216.
- Staykova Milena P. and al. (2013). Empowering Nursing Preceptors to Mentoring Undergraduate Senior Students in Acute Care Settings. Journal of Professional Nursing, 29 (5) : e32-e36.
- Stiggins, R. (2008). Assessment for learning, the achievement gap, and truly effective schools. Présenté à « The Educational Testing Service and College Board Conference ». Récupéré en ligne http://www.nocheating.org/Media/Conferences_and_Events/pdf/stiggins.pdf.
- St-Onge, S. et al. (2013). Relever les défis de la gestion des ressources humaines. Montréal : Gaétan Morin, Éditeur, 4ième Édition, 462p.
- St-Pierre, L. (2007). Se former pour mieux superviser en sciences infirmières. Montréal : Le Groupe Beauchemin, Éditeur Ltée., 171p.
- Sundler Annelie J. and al. (2013). Sudent Nurses experiences of the Cinical Learning Environment in Relation to the Organization of Supervision: A Questionnaire Survey. Nurse Education Today: Article in press.
- Vacha-Haase, T., Davenport, D. S. et Kerewnsky, S. D. (2004). Problematic students: Gatekeeping practices of academic professional psychology programs. Professional Psychology: Research and Practice, 35(2), 115-122
- Valizadeh S, Borimnejad L, Rahmani A, Gholizadeh L, Shahbazi S. Challenges of the preceptors working with new nurses: A phenomenological research study. Nurse Educ Today. 2016 May 27.

- Voyer, P. (2014). Les mentors du CEVQ pour une intégration clinique efficace des nouvelles compétences sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. CHU de Québec, CEVQ, Affilié à l'Université Laval, 112p. http://www.cevq.ca/fileadmin/cha/Microsite/CEVQ/Mentorat/Guide_mentorat_MSSS_2014.pdf
- Voyer, P. et al., (2016). Les ratios infirmière/résidents en CHSLD : pénurie de soins ou pénurie d'infirmières? Perspectives infirmières, vol.13, no 3. Mai-juin 2016, p. 45-50. http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no04/09-organisation.pdf
- Wautier, J.L. et Vileyn, F. (2004). L'andragogie : utopie ou réalité. Transfusion Clinique et Biologique, 11(3), 169-172. Doi : 10.1016/j.tracli.2004.06.002
- Viens, C. & H. Clavet (2011-2012). Développer et maintenir le leadership transformationnel infirmier, doc. Formation offerte dans le cadre d'activités du C.E.V.Q.
- Weisinger, H. (2002). L'art de la critique constructive. Montréal : Les éditions transcontinental inc., 185p.
- Weisinger, H. (2005). L'intelligence émotionnelle au travail. Montréal : Les éditions transcontinental inc., 235p.
- Wihlborg, J. (2019). Using the case method to explore characteristics of the clinical reasoning process among ambulance nurse students and professionals. Nurse Education in PracticeVolume 35, February 2019, Pages 48-54
- Zhang, Y., Qian, Y., Wu, J., Wen, F., & Zhang, Y. (2016). The effectiveness and implementation of mentoring program for newly graduated nurses: A systematic review. Nurse Education Today, 37, 136–144. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.027

Autres références :

- Consortium national de formation en santé (CNFS) – volet Université d'Ottawa, 2014. L'Art de superviser les stagiaires. http://www.cnfs.ca/formations/lart-superviser-les-stagiaires-ateliers-en-ligne
- Consortium national de formation en santé (CNFS) – volet Université d'Ottawa, 2004. L'Art de superviser les stagiaires. Façonner le raisonnement clinique.
- Consortium national de formation en santé (CNFS) – volet Université d'Ottawa, 2013. L'Art de superviser les stagiaires. Comprendre les principes de base de la supervision; Bâtir un climat de confiance; Évaluer le rendement; Explorer divers modèles de supervision ; Gérer les conflits
- Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI)– Université de Montréal, 2016. L'Art de stimuler le raisonnement clinique infirmier à partir de stratégies d'enseignement-apprentissage en préceptorat. Formation en ligne. www.cifi.ca
- Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI)– Université de Montréal, 2016. L'Art de stimuler le raisonnement clinique infirmier : module 2 : le raisonnement clinique infirmier et module 3 : le questionnement. www.cifi.ca
- http://www.demos.fr/chaines-thematiques/management-equipe-leadership/Pages/comment-gerer-un-collaborateur-difficile-en-reunion.aspx

Optimiser ses pratiques de collaboration interprofessionnelle et apprivoiser les différends

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 efficience 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 être 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 (30 MINUTES HORS CLASSE)

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 l

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 *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 9 h 15	• Cibler ses forces ainsi que les compétences à consolider pour représenter un bon collaborateur	• Accueil et présentation des participants; • Activité brise-glace; • Présentation des objectifs de la formation; • Retour sur Activité préparatoire et objectifs de développement personnel	• *Activité brise-glace :* 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 00	• Identifier des leviers contribuant à l'optimisation de la CIP	• Présentation des principaux concepts incontournables liés à la CIP : - Définition de la CIP; - Continuum des pratiques de CIP et illustrations à partir d'exemples	• Exposé interactif suivi de l'exercice : « *La CIP dans mon milieu* » • Les participants sont invités à reconnaître les pratiques utilisées dans leur contexte d'intervention. • Liens avec l'activité brise-glace.	• *La CIP dans mon milieu* comprend : réflexion individuelle et partage en équipe suivis d'une plénière

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		- Référentiel national des compétences en matière d'interprofessionnalisme		
10 h 00 – 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 : « *Mon rôle et mes attentes* » Démarche proposée comprend : - Identification des responsabilités et tâches, attentes réciproques, ajustements souhaités; - Révision/bonification des modalités de communication	Occasion de : - 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	• Processus et composantes du travail d'équipe sous l'angle de la réalité clinique créée autour de ballons	• Travail d'équipe – partie 1 : Activité « *Jeu de ballons* »	• À partir des échanges, les participants sont invités à compléter leur projet d'amélioration
11 h 40 – 12 h	• Choisir des priorités de travail pour améliorer la CIP au sein de son équipe (1ère partie)	• Démarche réflexive afin de repérer des priorités à travailler au sein de son équipe	• L'activité « *Projet d'amélioration de la CIP au sein de mon équipe* » *-1ère étape*	• À partir des échanges, les participants sont invités à compléter leur projet d'amélioration

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 13 h 30	Identifier des leviers contribuant à l'optimisation de la CIP	• Présentation des principales notions avec l'emphase sur : - 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 • Travail d'équipe – partie 2	
13 h 30 – 14 h 30	• Expérimenter des stratégies d'amélioration de la CIP	• Gestion des conflits interprofessionnels et concepts-clés : - Facteurs et impacts;; - Étapes de progression; stratégies gagnantes	1ère partie • 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 : - Identification des facteurs de risque de conflits; -Reconnaissance stratégies favorables à la gestion des conflits

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
14 h 30 – 14 h 45	**Pause**			
14 h 45 – 15 h 45	• Expérimenter des stratégies d'amélioration de la CIP	(Suite) • La gestion des conflits	2ième partie • Application des notions abordées précédemment à partir de l'Activité «*Apprivoiser nos différends*» : • 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 (2ère partie)	• Suite de la démarche réflexive afin de repérer des priorités à travailler au sein de son équipe	• L'activité *«Projet d'amélioration de la CIP au sein de mon équipe» - 2ième 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 «*Démarche réflexive* » 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

- Bainbridge, L., & Wood, V.I. (2012). The power of prepositions: Learning with, from and about each others in the context of interprofessional educatoin. *Journal of interprofessional Care*, 26(6): 452-8.
- 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. Foremen, M. Jones et J. Thistlewaite (dir.), *Leadership and collaboration: Further developments for interprofessional education (*p. 153-166). Basomgstple. 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.
- 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)
- 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.
- D'AmourD. et Oandasan Y. (2005). Interprofessionnality 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.
- 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.
- 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.
- Johnson, Whitney. Collaboration is risky. Now get on with it. *Harvard Business Review OnPoint*. Spring 2014: 16-17.

- 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.
- Mitchell, R., Parker, V., Giles, V., & Boyle, B. (2013). The ABC of health care team dynamics: Understanding complex affective, behvioral, and cognitive dynamics in interprossional teams. *Health Care Manage Rev*, 00(0).
- 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.
- 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, MAZIADE 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.
- 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
- 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.

Saison 2019 – 2020
Formation continue
Atelier (7 h)

Soins d'assistance gériatriques pour PAB et ASSS experts

Sylvie Rey, inf. M. Sc., Ph. D. (c), chargée de cours à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Les préposées aux bénéficiaires (PAB) et auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS) exercent auprès d'aînés qui présentent des problèmes de santé complexes. Ces aînés requièrent des soins répondant à leurs besoins et aux spécificités cliniques de leur situation de santé. De plus, les PAB et ASSS travaillent souvent sans supervision immédiate ni constante d'une infirmière, dans des contextes de travail parfois instables. Pour mieux comprendre les atteintes et les besoins de la personne, elles doivent détenir des notions de base sur les mécanismes pathologiques en présence. Pour mieux agir en prévention des complications et des risques, elles doivent connaître et appliquer les techniques recommandées. Pour mieux agir en promotion de la santé, elles doivent établir une relation de partenariat avec l'aîné et ses proches.

De plus, dans l'optique d'une pratique interprofessionnelle de qualité, il est essentiel que les PAB et les ASSS puissent tenir pleinement leur rôle au sein de l'équipe interprofessionnelle. Pour ce faire, elles doivent actualiser leurs compétences et adopter une position dynamique au sein de l'équipe.

Dans le cadre de cette formation, des situations complexes de soins seront abordées sous l'angle de l'intervention. Ainsi, quelques notions de base seront abordées afin de préciser les répercussions des différents problèmes sur la vie quotidienne et l'autonomie fonctionnelle de l'aîné. Pour chaque situation, des techniques seront enseignées et des exercices d'appropriation des connaissances seront proposés.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de permettre aux participants d'acquérir des habiletés dans les soins aux aînés présentant des problèmes de santé complexes, en particulier dans les situations de soins problématiques représentant un défi. Les compétences sont relatives à une acquisition de connaissances sur certains mécanismes pathologiques et certaines interventions spécifiques recommandées.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux préposé(e)s aux bénéficiaires (PAB) et aux auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS). Les infirmières, les infirmières auxiliaires, les ergothérapeutes, les éducateurs spécialisés et toute personne œuvrant auprès d'aînés sont également les bienvenus. Cependant, aucune unité d'éducation continue n'est allouée pour ce cours.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 35 – 8 h 45	• Nommer ses apprentissages		• Quizz de départ : état des connaissances (exercice individuel)	• Le même quizz sera repris à la fin de la journée
8 h 45 – 9 h	• Nommer les spécificités du rôle des PAB et des ASSS	• Rôle des PAB et des ASSS • Principes de collaboration • Approche globale de la situation de travail • Observation • Transmission • Responsabilité	• Exposés interactifs	• Reprendre : - AGIR : *pour collaborer* - ASSTSAS : situation de travail - CSSS-VC : cercles de compétences
9 h – 9 h 20	• Accompagner l'aîné et ses proches	• Rôle d'accompagnateur	• Exposés interactifs • Études de cas	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		• Transitions et bouleversements de vie • Rôles familiaux et perspectives : être aidé et être aidant		
9 h 20 – 10 h	• Communiquer avec un aîné présentant des déficits sensoriels	• Troubles de la vision et troubles de l'audition : - Répercussions sur la vie quotidienne - Principes clés pour la communication - Principes clés pour l'aménagement de l'environnement physique	• Exposés interactifs • Études de cas • Démonstrations	• Activité avec des lunettes et des images qui représentent le déficit visuel tel qu'il est vécu par la personne, par exemple : hémianopsie, cataracte, macula, cécité unilatérale, glaucome, … Les lunettes peuvent être prêtées aux participants à but d'exercice pendant les temps des pauses et du repas
10 h – 10 h 20	**Pause**			
10 h 20 – 10 h 45	• Soins corporels : les essentiels de la pratique et de la relation	• Importance des soins corporels • Les 3 F du soin corporel : fonction, forme et fréquence	• Exposés interactifs • Études de cas	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		• Soins corporels – soins relationnels • Communication verbale, vocale et corporelle • zones corporelles		
10 h 45 – 11 h 15	• Adapter ses techniques de soins alimentaires et buccodentaires en fonction de différents problèmes de santé	• Aspects techniques de l'alimentation et de l'hydratation chez : 1. un aîné présentant des troubles de la déglutition 2. un aîné présentant une maladie de Parkinson 3. un aîné présentant des séquelles d'AVC	• Exposés interactifs • Études de cas • Démonstration	• Parkinson : bradypsychie, bradykinésie, dysphagie et tremblements AVC : dysphagie, perte de champs visuels
		• Soins buccodentaires : aspects techniques et situations problématiques	• Démonstration • Capsules vidéo	• Stratégies en fonction de certains comportements de résistance aux soins : tableau
11 h 15 – 12 h	• Mobiliser et faire marcher l'aîné présentant	• Répercussions des problèmes cardiaques	• Exposés interactifs • Études de cas	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	des problèmes cardiaques chroniques	chroniques sur la vie quotidienne		
		• Prévention des difficultés au cours des soins : 1. Fatigue 2. Anxiété 3. Orthopnée	• Exposés interactifs • Études de cas	• Positionnement au lit • Gestion des PRN brièvement évoquée
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 13 h 30	• Mobiliser et habiller l'aîné présentant des contractures : aspects techniques	Techniques de mobilisation en situation de : 1. contractures 2. trouble proprioceptif	• Exposés interactifs • Études de cas • Démonstration	
13 h 30 – 14 h	• Habiller un aîné souffrant de problèmes moteurs et osseux : aspects techniques	1. Observation de la douleur 2. Répercussions des problèmes de santé moteurs et osseux sur la vie quotidienne 3. Aspects techniques : • Faciliter les mouvements • Douceur et lenteur • Habits adaptés	• Exposés interactifs • Démonstration	• Problèmes de santé : ostéoporose, cyphose dorsale importante, arthrite (douleur) • Gestion des PRN brièvement évoquée

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	• Habiller un aîné présentant des déficits auditifs et visuels	1. Répercussions des déficits auditifs et visuels sur la vie quotidienne 2. Aspects techniques pour les soins et l'assistance	• Exposés interactifs • Démonstration	
14 h – 14 h 30	Stimuler les praxies chez un aîné présentant des troubles cognitifs légers lors de l'habillement et de la toilette du matin (hygiène, soins buccodentaires, cheveux, etc.)	- Présentation de la mémoire procédurale - Communication optimale avec l'aîné présentant des déficits cognitifs légers	• Exposés interactifs • Études de cas • Capsules vidéo	
14 h 30 – 14 h 45	**Pause**			
14 h 45 – 15 h 10	• Laver, habiller et alimenter l'aîné présentant des problèmes pulmonaires chroniques	• Répercussions des problèmes pulmonaires chroniques sur la vie quotidienne	• Exposés interactifs	
		• Prévention des difficultés au cours des soins : 1. Essoufflement 2. Perte d'énergie	• Exposés interactifs • Études de cas	• Gestion des PRN brièvement évoquée
15 h 10 – 15 h 30	• Aîné souffrant de déconditionnement et de	• Principes clés du positionnement	• Exposés interactifs	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	fragilité : aspects techniques 1) Mobiliser et installer pour les soins corporels 2) Faire pivoter et positionner au fauteuil	• Notion de confort corporel • Prévention des complications	• Démonstration	
15 h 30 – 15 h 50	• Mobiliser, installer, laver et habiller un aîné avec une contrainte particulière de type appareillage : trachéostomie, soluté, sonde vésicale, sonde nasogastrique, colostomie	• Contexte anatomique et technique	• Exposés interactifs	
		• Principaux risques associés aux soins et à la manipulation (déconnecter, arracher, tirer)	• Exposés interactifs • Études de cas • Démonstration	
		• Conséquences d'une trachéostomie sur la vie quotidienne d'une personne âgée	• Exposés interactifs • Études de cas • Démonstration	
15 h 50 – 16 h 20	• Mobiliser ses connaissances dans des situations concrètes de soins	• Révision des notions développées au cours de la journée	• Études de cas • Quizz • Corrigé en équipe	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
16 h 20 – 16 h 30	• Conclusion et échanges			• Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Aquino, J.-P.; Lavallart, B., & Mollard, J. (2011). Assistant de soins en gérontologie. Le manuel officiel de la formation. Paris : Elsevier Masson.
- Arcand, M., & Hébert, R. (2007). Précis pratique de gériatrie. 3ème édition. EDISEM – Maloine.
- Buckley, C. (2017). A narrative approach to person-centredness with older people in residential long-term care. In B. McCormack & T. McCance (Eds.), Person-Centred Practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice (2 ed.) (pp. 183-192). Chichester (UK): Wiley Blackwell.
- Delamarre, C. (2014). Alzheimer et communication non verbale. (Outils santé social). Paris : Dunod.
- Duhamel, F. (2015). La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers (3 ed.). Montréal (QC): Chenelière Éducation.
- Eliopoulos, C. (2018). Gerontological Nursing (9 ed.). Philadelphia (PA): Wolters Kluwer.
- Jarvis, C. (2010). L'examen clinique et l'évaluation de la santé. Montréal : Beauchemin Chenelière Éducation.
- Klerk-Rubin, V. (2010). La méthode de Naomi Feil à l'usage des familles. Paris : Lamarre.
- Khosravi, M. (2011). La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. Guide pratique (3 ed.). Rueil-Malmaison (F): Doin.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). Person-Centred Practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice (2 ed.). Chichester (UK): Wiley Blackwell.
- Stanley, M., & Gauntlett Beare, P. (2005). Soins infirmiers en gériatrie. Vieillissement normal et pathologique. Bruxelles : De Boeck.
- Voyer, P. (sous la dir.). (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. (Compétences infirmières). 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI.

Articles

- Annear, M. J., Toye, C., McInerney, F., Eccleston, C., Tranter, B., Elliott, K. E., & Robinson, A. (2015). What should we know about dementia in the 21st century? A Delphi consensus study. BMC Geriatrics, 15, 5.
- Baijens, L. W., Clave, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., . . . Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clin Interv Aging, 11, 1403-1428.
- Byeon, H. (2016). Analysis of dysphagia risk using the modified dysphagia risk assessment for the community-dwelling elderly. J Phys Ther Sci, 28(9), 2507-2509

- Caroly, S., Moisan, S., Juret, I., Brinon, C., Guillo-Bailly, M.-P., & Roquelaure, Y. (2009). Instruments de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 11 (2). Récupéré sur le site : http ://pistes.revues.org/2368.
- Chiang, C. K., & Hwu, Y. J. (2018). Feeding experiences of nursing aides for residents with dysphagia. Geriatr Nurs, 39(4), 436-442.
- Conway, E. R., & Chenery, H. J. (2016). Evaluating the MESSAGE Communication Strategies in Dementia training for use with community-based aged care staff working with people with dementia: a controlled pretest-post-test study. Journal of Clinical Nursing.
- DeFabrizio, M. E., & Rajappa, A. (2010). Contemporary Approaches to Dysphagia Management. The Journal for Nurse Practitioners, 6 (8), 622-630.
- Di Pede, C., Mantovani, M. E., Del Felice, A., & Masiero, S. (2016). Dysphagia in the elderly: focus on rehabilitation strategies.
- Aging Clin Exp Res, 28(4), 607-617.
- du Toit, M. (2018). Prevention of contractures in older people living in long-term care settings. Nurs Older People, 30(4), 24-30.
- Ellis, J. M., Wells, Y., & Ong, J. S. M. (2017). Non-Pharmacological Approaches to Pain Management in Residential Aged Care: a Pre-Post-Test Study. Clinical Gerontologist, 1-11.
- Garcia, J. M., Chambers, E. t., Russell, E. G., & Katt, A. (2018). Modifying Food Textures: Practices and Beliefs of Staff Involved in Nutrition Care. Am J Speech Lang Pathol, 27(4), 1458-1473.
- Harvey, L. A., Katalinic, O. M., Herbert, R. D., Moseley, A. M., Lannin, N. A., & Schurr, K. (2017). Stretch for the treatment and prevention of contractures. Cochrane Database Syst Rev, 1, Cd007455.
- Hobbelen, J. H., Tan, F. E., Verhey, F. R., Koopmans, R. T., & de Bie, R. A. (2012). Passive movement therapy in severe paratonia: a multicenter randomized clinical trial. International Psychogeriatrics, 24(5), 834-844.
- Hoben, M., Clarke, A., Huynh, K. T., Kobagi, N., Kent, A., Hu, H., . . . Yoon, M. N. (2017). Barriers and facilitators in providing oral care to nursing home residents, from the perspective of care aides: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud, 73, 34-51.
- Jablonski-Jaudon, R. A., Kolanowski, A. M., Winstead, V., Jones-Townsend, C., & Azuero, A. (2016). Maturation of the MOUTh Intervention: From Reducing Threat to Relationship-Centered Care. Journal of Gerontological Nursing, 42(3), 15-23; quiz 24-15.
- Kayser-Jones, J., & Pengilly, K. (1999). Dysphagia Among Nursing Home Residents. Geriatric Nursing, 20 (2), 77-82.
- Lane, K. R., & Clark, M. K. (2014). Assisting Older Persons With Adjusting to Hearing Aids. Clinical Nursing Research, 17, 1-13
- Leroi, I., Himmelsbach, I., Wolski, L., Littlejohn, J., Jury, F., Parker, A., . . . Thodi, C. (2019). Assessing and managing concurrent hearing, vision and cognitive impairments in older people: an international perspective from healthcare professionals. Age Ageing.

- Maarel-Wierink, C. D. van der, Meijers, J. M. M., De Visschere, L. M. J., Baat, C. de, Halfens, R. J. G., & Schols, J. M. G. A. (2014). Subjective dysphagia in older care home residents : A cross-sectional, multi-centre point prevalence measurement. International Journal of Nursing Studies, 51, 875-881
- Mamo, S. K., Nirmalasari, O., Nieman, C. L., McNabney, M. K., Simpson, A., Oh, E. S., & Lin, F. R. (2017). Hearing Care Intervention for Persons with Dementia: A Pilot Study. American Journal of Geriatric Psychiatry, 25(1), 91-101.
- Malet, D., & Benchekroun, T.-H. (2012). Comprendre la manutention de patient pour la valoriser : une voie de construction de la santé des soignants. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 14 (1). Récupéré sur le site : http ://pistes.revues.org/834.
- McInerney, F., Doherty, K., Bindoff, A., Robinson, A., & Vickers, J. (2017). How is palliative care understood in the context of dementia? Results from a massive open online course. Palliative Medicine, 269216317743433.
- Mick, P., Kawachi, I., & Lin, F. R. (2014). The association between hearing loss and social isolation in older adults. Otolaryngology and Head and Neck Surgery, 150(3), 378-384.
- Mick, P., & Pichora-Fuller, M. K. (2016). Is Hearing Loss Associated with Poorer Health in Older Adults Who Might Benefit from Hearing Screening? Ear and Hearing.
- Offenbächer, S., Sauer, S., Riess, J., Müller, M., Grill, E., Daubner, A., Randzio, O., Kohls, N., & Herold-Majumdar, A. (2014).
- Contractures with special reference in elderly : definition and risk factors – a systematic review with pratical implications.
- Disability and Rehabilitation, 36 (7), 529-538.
- Ortega, O., Martin, A., & Clave, P. (2017). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. J Am Med Dir Assoc, 18(7), 576-582.
- Park, Y.-H., Han, H.-R., Oh, B.-M., Lee, J., Park, J.-A., Yu, S. J., & Chang, H. (2013). Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. Geriatric Nursing, 34, 212-237.
- Prabhu, R. K., Swaminathan, N., & Harvey, L. A. (2013). Passive movements for the treatment and prevention of contractures. Cochrane Database Syst Rev(12), Cd009331.
- Resnick, B., Simpson, M., Bercovitz, A., Galik, E., Gruber-Baldini, A. L., Zimmerman, S., & Magaziner, J. (2006). Pilot testing of the Restorative Care Intervention. Impact on Residents. Journal of Gerontological Nursing, 32 (3), 39-47.
- Resnick, B., Galik, E., Gruber-Baldini, A. L., & Zimmerman, S. (2009). Implementing a restorative care philosophy of care in assisted living : Pilot testing of Res-Care-AL. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21, 123-133.
- Stelmack, J. (2001). Quality of Life of Low-Vision Patients and Outcomes of Low-Vision Rehabilitation. Optometry and Vision Science, 78 (5), 335-342.
- Surr, C. A., Smith, S. J., Crossland, J., & Robins, J. (2016). Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: A repeated measures study. Int J Nurs Stud, 53, 144-151.
- Swenor, B. K., Bandeen-Roche, K., Munoz, B, & West, S. K. (2014). Does Walking Speed Mediate the Association Between Visual

- Impairment and Self-Report of Mobility Disability ? The Salisbury Eye Evaluation Study. Journal of the Geriatrics Society, 62, 1540-1545
- Swenor, B. K., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Newman, A. B., Rubin, S., & Wilson, V. (2015). Visual Impairment and Incident Mobility Limitations : The health, Aging and Body Composition Study. Journal of the Geriatrics Society, 63, 46-54
- Wagner, L. M., Capezuti, E., Brush, B. L., Clevenger, C., Boltz, M., & Renz, S. (2008). Contractures in Frail Nursing Home residents. Geriatric Nursing, 29 (4), 259-266.
- Wagner, L. M., & Clevenger, C. (2010). Contractures in Nursing Home Residents. Review. Journal of American Medical Directors Association, 11 (2), 94-99.
- Winegarden, J. A., Carr, D. B., & Bradshaw, Y. (2015). Contractures in end-stage Alzheimer's disease may respond to low-dose corticosteroid treatment: report of three cases. Journal of Palliative Medicine, 18(3), 208-209.
- Woodbridge, R., Sullivan, M. P., Harding, E., Crutch, S., Gilhooly, K. J., Gilhooly, M., . . . Wilson, L. (2016). Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia: A systematic review. Dementia (London).
- Yamada, Y., Denkinger, M. D., Onder, G., Finne-Soveri, H., van der Roest, H., Vlachova, M., . . . Topinkova, E. (2015). Impact of dual sensory impairment on onset of behavioral symptoms in European nursing homes: results from the Services and Health for Elderly in Long-Term Care study. Journal of the American Medical Directors Association, 16(4), 329-333.

DVD

- Barrick, A. L., Rader, J., & Sloane, P. D. (2003). Bathing Without a Battle. Educational CD-ROM & DVD. Creating a better bathing experience for persons with Alzheimer's Disease and related dementias. Chapel Hill (NC): University of North Carolina.
- Institut de réadaptation en déficience physique au Québec. (2012). S'adapter à une perte d'audition : 10 aînés se racontent
- Société Alzheimer de Québec. (2014). Stratégies d'accompagnement.
- The Cecil G. Sheps Center for Health Services Research of the University of North Carolina at Chapel Hill. (2014). Mouth Care without a battle, Individualized Mouth Care for Persons with Cognitive and Physical Impairment.

Autres références

- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales, & Communication et Études Corporelles. (2007). Approche relationnelle de soins. Cahier du participant. ASSTSAS.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (nd). Principes de déplacement sécuritaire du bénéficiaire. Fiches de PDSB. Récupéré sur le site : http://www.asstsas.qc.ca/publications/repertoire-des-fiches-pdsb/fiches-pdsb.html

- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (nd). Rappel des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires. Récupéré sur le site : http://www.asstsas.qc.ca/documents/Publications/Repertoire%20de%20nos%20publications/Autres/A99PDSB_jeu_complet.pdf
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (2016). Relâcher les rétractions. Une approche douce pour le client et facilitante pour le client (Vol. Fiche technique 14 - ARS). Montréal: 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. (2017). La reconnaissance des feedbacks et l'adaptabilité (Vol. Fiche technique 18 - ARS). Montréal (QC): ASSTSAS.
- Cyr, N. (2009). Cadre de référence sur le partage des rôles et des responsabilités de l'équipe de soins en centre d'hébergement. Québec, Centre de Santé et des Services Sociaux de la Vieille-Capitale.
- Équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. (2017). Communiquer avec votre proche atteint d'une maladie de la mémoire. Québec: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Francoeur, L., & Legault, A. (sous la dir). (2007). Le préposé au cœur des soins des aînés. Assistance à l'alimentation : préparation au repas et communication. Outils à l'intention des formateurs. Montréal, Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal.
- Geneau, D. (nd). Programme de formation en psychogériatrie. Comportements d'agitation pathologique et approche optimale du résident. Compréhension, analyse et intervention. Document d'accompagnement. Services d'expertise en psychogériatrie, enseignement et consultation.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2008). Agir auprès de la personne âgée. Manuels de formation. MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de
- référence. MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). Déclin fonctionnel dans les AVQ. Fiches cliniques. MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). Syndrome d'immobilisation. Fiches cliniques. MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). Dénutrition. Fiches cliniques. MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). Déshydratation. Fiches cliniques. MSSS.
- Schindel Martin, L., Loiselle, 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 Gérontologique Éducation (AGE) Inc.

Processus de pratique sur les fondamentaux des soins : cinq étapes pour répondre aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels de la personne âgée et de ses proches

Sylvie Rey, inf. M. Sc., Ph.D. (cand), chargée de cours, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
Camille Savoie, inf. Ph.D. (cand), auxiliaire d'enseignement, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Toutes les infirmières2 rencontrent des situations complexes lorsqu'elles exercent auprès de personnes âgées, quel que soit le milieu de pratique. Elles 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 infirmières. En outre, le PP-FDS aide l'infirmière 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 réitérées : 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 et déontologique encadrant l'exercice infirmier au Québec. Par la suite, un retour sur certaines connaissances fondamentales au niveau des spécificités cliniques gériatriques sera réalisé. Après cette partie introductive, les participantes seront appelées 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 participantes 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 participantes 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.

[2] Le féminin est utilisé pour désigner l'ensemble des personnes exerçant la profession infirmière.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de présenter un processus pratique guidant la réflexion critique des infirmières 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 infirmières de tous les milieux cliniques qui exercent auprès de personnes âgées. Les infirmières enseignantes sont également ciblées pour autant qu'elles enseignent des contenus relatifs aux soins infirmiers à la personne âgée.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

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

1. Lire la Chronique déontologique de Joanne Letourneau, & Myriam Brisson (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.
Ce texte peut être obtenu à partir du lien suivant :
https://www.oiiq.org/en/l-evaluation-clinique-cet-incontournable?inheritRedirect=true

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=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&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 participantes.

Le descriptif du plan de la journée présenté ci-après est volontairement succinct, car les formatrices ne veulent pas dévoiler aux participantes 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.1@ulaval.ca

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 8 h 45	Accueil des participantes	Accueil, présentation et tour de salle Présentation du plan de cours et des objectifs de la formation		
8 h 45 – 9 h	Situer son champ d'exercice professionnel dans les cadres légal et déontologique	Activités réservées Fondamentaux du code de déontologie Éthique clinique	Exposés interactifs	
9 h – 9 h 20	Énoncer les spécificités cliniques des personnes âgées	Signes vitaux gériatriques Symptômes atypiques Signes cliniques majeurs	Exposés interactifs Exemples cliniques	Questions « quizz »
9 h 30 – 9 h 35	Appliquer une démarche de raisonnement clinique infirmier	Étude de cas 1 : Mme Gauthier : maladie pulmonaire chronique. À partir des habitudes de pratique des infirmières participantes : Étapes de l'évaluation clinique.	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.

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		Cibles prioritaires de l'évaluation clinique Formulation d'un constat. Identification des interventions requises. Partenariat avec la personne/famille. Collaboration interprofessionnelle.		
9 h 35 – 10 h 05	Comprendre le processus pratique des fondamentaux des soins	Cinq étapes du processus pratique sur les fondamentaux des soins	Exposés interactifs Discussions en équipe	
10 h 05 – 10 h 20	**Pause**			
10 h 20 – 11 h 45	Appliquer le processus pratique des fondamentaux des soins dans le contexte d'un suivi clinique d'une maladie pulmonaire chronique.	Étude de cas 1 (suite) : Mme Gauthier : maladie pulmonaire chronique Application du processus pratique des fondamentaux des soins.	Étude de cas 1 (suite) Discussion de groupe	Reprendre la première étude clinique en intégrant les cinq étapes du processus pratique. Exercices, problèmes à résoudre, mises en situation, questions « quizz »
11 h 45 – 12 h 45	**Dîner**			
12 h 45 – 13 h 45	Appliquer le processus pratique des fondamentaux des soins pour l'évaluation initiale des SCPD dans contexte	Étude de cas 2 : Mme Lévesque : maladie d'Alzheimer (stade 7a) et expression de SCPD (CHSLD)	Étude de cas 2 Discussion de groupe	Exercices, problèmes à résoudre, questions « quizz »

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	de la maladie d'Alzheimer.			
13 h 45 – 14 h 50	Appliquer le processus pratique des fondamentaux des soins dans le contexte de l'évaluation en situation aigue de delirium.	Étude de cas 3 : Mme Trottier : delirium (Hôpital)	Étude de cas 3 Discussion de groupe	Exercices, problèmes à résoudre, questions « quizz »
14 h 50 – 15 h 05	**Pause**			
15 h 05 – 16 h 10	Appliquer le processus pratique des fondamentaux des soins dans le contexte du suivi d'un aîné vivant avec une maladie de Parkinson.	Étude de cas 4 : M. Gignac : maladie de Parkinson et proche aidant (SAD)	Étude de cas 4 Discussion de groupe	Exercices, problèmes à résoudre, questions « quizz »
16 h 10 – 16 h 30	Exprimer sa satisfaction envers les savoirs acquis et sa participation à cette construction	Conclusion et échange Évaluation de la satisfaction des participants.		Évaluation de la formation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE[3]

- 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
- 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.
- Barrick, A. L., Rader, J., Hoeffer, 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
- 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.
- 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.

[3] Cette bibliographie sera complétée lors de la scénarisation exhaustive des études de cas.

- 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
- Jackson, D., & Kozlowska, 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.
- 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.
- Meleis, A. I. (2018). *Theorical Nursing. Development and Progress* (6 ed.). Philadelphia (PA): Wolters Kluwer.
- 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
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2011). Approch 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 etpsychologiques 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 aînées (2ème ed). MSSS (2016).
- 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.
- 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. Duggleby (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
- 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-Carrières (QC): Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de la Capitale Nationale - Territoire de Portneuf.
- 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'incommodité 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). Incommodité : illustrer l'expérience vécue au cours des soins corporels. (Communication orale). Montreux (Suisse) : Congrès international francophone de gérontologie et gériatrie.
- 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.
- Schindel Martin, L., Loiselle, 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 Gérontologique 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.
- Vonarx, N. (2016). Le corps au sein de la discipline infimrière: 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. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie (2 ed.). Saint-Laurent (CA): Éditions du renouveau pédagogique.
- Voyer, P. (2017). *L'examen clinique de l'aîné. Guide d'évaluation et de surveillance clinique* (2 ed.). Montréal (QC): Éditions du Renouveau 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.12049

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

Caroline Sirois, B. Pharm. PhD, professeur agrégé, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski, Professeure associée, Faculté de pharmacie de l'Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

De plus en plus d'aînés consomment plusieurs médicaments simultanément. Au Canada, près du tiers des personnes de 65 ans et plus prennent au moins 10 classes de 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 pratiques 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 présenter de l'intérêt pour cette formation.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur 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 2015 Updated Beers Critera for Potentiall Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2015 ; 63 :2227-46 ».

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 9 h	• Connaître la prévalence et l'impact de la polymédication chez les aînés	• Données sur le nombre de médicaments consommés; revue des impacts sur la santé (hospitalisation, mortalité, chutes, effets indésirables…)	• 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 • Questions quiz avec données statistiques
9 h – 9 h 15	• Comprendre le terme déprescription	• Définitions dans la littérature scientifique; origine et buts du processus	• Exposés interactifs, avis des participants sur la signification du terme	
9 h 15 – 9 h 50	• Décrire les impacts cliniques de la déprescription chez les aînés	• Résultats des essais cliniques et études observationnelles (médicaments en général, certaines classes particulières)	• Exposés interactifs	• Mise en situation • Questions quiz
9 h 50 – 10 h 05	**Pause**			
10 h 05 – 10 h 30	• Définir les attitudes et les barrières envers la déprescription de la part	• Résultats des études quantitatives et qualitatives quant aux attitudes des patients	• Exposés interactifs, discussions de groupe	• Mise en commun des idées des participants sur les principales barrières perçues et

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	des patients et des prescripteurs	et des professionnels de la santé		comparaison avec les données de la littérature
10 h 30 – 11 h	• Identifier les médicaments et les circonstances se prêtant le mieux à la déprescription	• 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	• Exposés interactifs, discussions de groupe	• Examen d'un cas clinique • Calcul de NNT/NNH
11 h – 11 h 45	• Connaître des outils utiles à la déprescription	• Outils développés par divers organismes (guides de déprescription, logiciels)	• Exposés interactifs	• Démonstration interactive avec le logiciel Medstopper • Retour sur le cas clinique
11 h 45 – 12 h	• Répertorier les initiatives nationales et internationales en déprescription	• Travaux de différents groupes de recherche et initiatives gouvernementales (OPEN, deprescribing network, travaux européens, INESSS)	• Exposés interactifs	• Présentation des sites web lorsque disponibles
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 14 h	• Réaliser un processus de déprescription en utilisant les outils	• Mises en situations complexes nécessitant l'utilisation des outils (Critères de Beers,	• Discussions en équipe ; rédaction d'un plan de déprescription en ciblant les médicaments les plus	• Après une certaine période de réflexion et de discussion, on ajoute une difficulté

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	disponibles et en s'adaptant au contexte	Laroche, STOPP/START, protocoles de déprescription, site web Medstopper)	appropriés et en utilisant les outils disponibles.	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 00 – 14 h 15	**Pause**			
14 h 15 – 16 h	• Réaliser un processus de déprescription en utilisant les outils disponibles et en s'adaptant au contexte	• Présentation des cas par les équipes	• 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.
16 h – 16 h 30	• Conclusion et échange		• Retour sur le cas du départ – le nombre de « médicaments » dans le dispositif a-t-il changé?	• 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 Critera for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2015; 63: 2227-46.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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, PeterssonG. 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.
- Lipska KJ, Ross J, Wang Y, Inzucchi SE, Minges K, Karter AJ, Huang ES, Desi MM, Gill TM, Krumholz HM. National trends in US hospital admissions for hyperglycemia and hypoglycemia among medicare beneficiaires, 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.
- 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, 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 2018 Sep 19. Pii; S1551-7411(18)30072-X. doi: 10.1016/j.sapharm.2018.09.008 [Epub ahead of print]
- 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.

DEPRESCRIPTION

- 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.
- Bolmsjö BB, Palagyi A, Keay L, Potter J, Lindley RI. Factors influencing deprescribing for residents in advanced care facilities: insights from general practitioners in Ausrtralia 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.
- 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. Faisability study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: adressing 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 peopole. Isr Med Assoc J. 2007 Jun;9(6):430-4.
- 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, Gnjidic 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.
- Ie 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.
- 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.
- 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 chages 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.
- 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
- 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.
- 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.

- 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.
- Singh S, Zieman 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-bases 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.
- 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 Geratri 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.

Articles de formation continue

- Sirois C. La polypharmacie. Québec Pharmacie 2014 ; 61(3) :29-36

Document gouvernemenal

- 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.

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.simpathy.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/

Outil pour la déprescription

- Medstopper.com

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Saison 2019 – 2020
Formation continue
Atelier (7 hres)

Introduction aux soins de plaies chez l'aîné

Diane St-Cyr, inf., B.Sc., M.éd., consultante, stomothérapeute C(C)

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Familiariser les infirmières et autres professionnels avec deux types de plaies qui affectent couramment les aînés et discuter des interventions adaptées à cette clientèle pour les prévenir et les traiter de façon optimale. Le contenu de la formation est fondé sur des données probantes, notamment les recommandations des pratiques exemplaires Wounds Canada de l'Association Canadienne du soin des plaies et de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. L'anatomie et la physiologie du système tégumentaire et les répercussions du vieillissement sur la peau seront brièvement révisées. La physiologie de la cicatrisation et les facteurs qui lui sont nuisibles seront énoncés. Les paramètres pour faire une évaluation détaillée d'une plaie seront explicités. La physiopathologie, l'évaluation des facteurs de risque, la prévention et le traitement des lésions de pression et des déchirures cutanées seront présentés. Les différentes classes de produits et de pansements fréquemment utilisés pour la prévention et le soin local de ces plaies seront discutés. Les éléments d'enseignement, de surveillance clinique et de documentation seront exposés. Finalement, l'importance de favoriser l'approche interdisciplinaire pour prévenir et traiter de façon optimale ces plaies chez les aînés sera soulignée.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de permettre aux participants d'acquérir les connaissances nécessaires à la prévention et au traitement optimal des lésions de pression et des déchirures cutanées.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux infirmières et infirmiers qui s'intéressent aux soins des plaies.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

- Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants de lire l'article suivant avant la formation : Orsted, H.L., Keast, D.H., Forest-Lalande, L., Kuhnke, J.L., O'Sullivan-Drombolis D., Jin, S., Haley, J., Evans, (2018) Recommandations pour les pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des plaies, Wounds Canada,
- L'article est disponible en ligne au : https://www.woundscanada.ca/docman/public/1180-pratiques-exemplaires-pour-la-prevention-et-la-gestion-des-plaies/file

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 8 h 45	▪ Présenter le déroulement de la journée, les sujets qui seront abordés et rencontrer les participant(e)s du groupe	▪ Introduction	▪ Exposé interactif	S/O
8 h 45 – 9 h	▪ Décrire l'anatomie et la physiologie de la peau ainsi que les répercussions du vieillissement sur la peau	▪ Caractéristiques générales du système tégumentaire ▪ Couches de la peau ▪ Fonctions de la peau ▪ Répercussions du vieillissement sur la peau	▪ Exposé interactif	Photos qui démontrent l'aspect de la peau d'un enfant et d'une personne âgée
9 h – 9 h 30	▪ Décrire les étapes du processus de cicatrisation et les facteurs nuisibles	▪ Phases du processus de cicatrisation ▪ Types de cicatrisation ▪ Facteurs locaux et systémiques nuisibles à la cicatrisation	▪ Exposé interactif	Anecdotes cliniques qui démontrent les impacts majeurs de certains facteurs locaux et systémiques sur la cicatrisation des plaies chez l'aîné
9 h 30 – 10 h	▪ Connaître les paramètres pour faire une évaluation détaillée d'une plaie	▪ Paramètres d'évaluation d'une plaie o Site o Grandeur o Tissus	▪ Exposé interactif ▪ Démonstration à l'aide d'un modèle de silicone de plaie	Photos qui démontrent les différents paramètres présentés. Utilisation d'un modèle de plaie en silicone pour faire

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		○ Bord de plaie ○ Peau environnante ○ Exsudat ○ Douleur	▪ Utilisation d'une feuille d'évaluation de plaie pour documenter les données de l'évaluation	la démonstration de la mesure d'une plaie Des questions sont posées pour identifier les différents types de tissus/conditions projetés à l'écran
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 11 h 30	▪ Décrire les caractéristiques, les indications, contre-indications et considérations cliniques des principales catégories de produits et pansements	▪ Barrières cutanées liquides ▪ Pansement non adhérent ▪ Pellicules transparentes ▪ Hydrocolloïdes ▪ Pâte hydrophile ▪ Pansement transparent en acrylique ▪ Hydrogels ▪ Mousses hydrocellulaires ▪ Alginates ▪ Hydrofibre ▪ Pansement hypertonique NaCl ▪ Pansement antimicrobien ○ Iode ○ Argent	▪ Exposé interactif ▪ Manipulation des différents pansements ▪ Démonstration de trucs pour l'utilisation de certains pansements ▪ Lors des cas cliniques en pm, les participantes devront suggérer les classes de pansements appropriées pour les photos de plaies projetées	Anecdotes cliniques qui démontrent les impacts d'un choix inapproprié de pansement
11 h 30 – 12 h	▪ Décrire l'ampleur du problème des déchirures cutanées	▪ Statistiques au sujet des déchirures cutanées	▪ Exposé magistral	Définition du GTI Le nombre de déchirures cutanées annuellement

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	▪ Décrire la physiopathologie des déchirures cutanées	▪ Affaiblissement jonction épidermodermique ▪ Fragilité de la peau (soleil, médicaments) ▪ Purpura sénile	▪ Exposé magistral	Illustration graphique de la physiopathologie de ce type de plaie
	▪ Décrire les sites et les causes des déchirures cutanées	▪ Sites ▪ Circonstances et causes de la plaie	▪ Exposé magistral	
	▪ Identifier et évaluer les risques associés à ces plaies	▪ Échelle du Groupe de travail international GTI pour évaluer les risques	▪ Exposé interactif	Présenter les causes et les situations où se produisent les déchirures cutanées. Questions sur le type de facteur de risque
	▪ Prévenir les déchirures cutanées par des interventions adaptées aux risques identifiés liés : ▪ État de santé ▪ Mobilité ▪ État de la peau ▪ Programme institutionnel	▪ Interventions préventives o Enseignement o Améliorer l'hydratation et l'alimentation o Sélection et bonne utilisation des aides techniques o Environnement sécuritaire o Mobiliser avec alèzes o Manipuler avec délicatesse o Garder les ongles courts o Éviter les bijoux	▪ Exposé interactif	Questions sur les types d'interventions utilisées par les participantes

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		○ Recouvrir les ridelles de lit ○ Savon émollient ○ Lotion hydratante ○ Éviter les adhésifs agressifs ○ Favoriser le port de vêtements à manches longues ○ Programme de prévention des chutes		
	▪ Évaluer la gravité de la déchirure cutanée	▪ Classification du GTI pour la gravité de la plaie	▪ Exposé interactif	Photos de chaque type de déchirures cutanées Quiz photos
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 13 h 30	▪ Traiter les déchirures cutanées selon leur gravité	▪ Guide de sélection de produits du GTI	▪ Exposé interactif ▪ Histoire de cas en pm	Photos qui illustrent différents traitements
13 h 30 – 14 h 30	▪ Décrire l'ampleur du problème des lésions de pression particulièrement chez les aînés	▪ Statistiques générales et pour les aînés	▪ Exposé interactif	Présentation de statistiques canadiennes générales et pour les aînés
	▪ Connaitre la définition des lésions de pression	▪ Définition du NPUAP 2016	▪ Exposé magistral	Source National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) 2016

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	▪ Décrire la physiopathologie des lésions de pression	▪ Physiopathologie des lésions de pression ▪ Intensité et durée de la pression ▪ Gradient de pression ▪ Friction et cisaillement ▪ Microclimat	▪ Exposé interactif	Diapo qui montre des patients couchés ou assis en diverses positions Questions pour vérifier l'intensité de la pression dans différentes positions Questions pour vérifier quels sont les sites de plaies de pression qui se développent plus rapidement en fonction de la position
	▪ Identifier et quantifier les facteurs de risque des lésions de pression	▪ Échelle de Braden pour évaluer les risques de lésions de pression	▪ Exposé interactif ▪ Étude de cas en petits groupes	Rappel que les échelles validées identifient le risque plus précocement que le simple jugement clinique
	▪ Prévenir les lésions de pression par des interventions adaptées aux risques identifiés	▪ Interventions préventives ▪ Soulager la pression o Tourner selon la fréquence établie o Horaire de positionnement o Position latérale 30° o Protection des talons o Utiliser une surface de réduction ou de	Exposé interactif Évaluation lors des études de cas	

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		soulagement de pression prn ▪ Contrôler l'humidité ▪ Contrôler la friction et le cisaillement ▪ Optimiser l'activité et la mobilité ▪ Améliorer l'état nutritionnel ▪ Approche interdisciplinaire		
14 h 30 – 14 h 45	**Pause**			
14 h 45 – 15 h 30	▪ Évaluer le stade des lésions de pression	▪ Classification par stades des lésions de pression (NPUAP 2007)	Exposée interactif Projection de photos de divers stades de lésions de pression	Photos qui illustrent chaque stade de la classification Quiz de photos pour les stades de différentes lésions de pression
	▪ Traiter les lésions de pression	▪ Interventions pour favoriser la cicatrisation	Évaluation lors des études de cas	Photos qui illustrent différents types traitements
15 h 45 – 16 h 15	▪ Élaborer un plan préventif et curatif interdisciplinaire pour un aîné qui souffre d'une lésions de pression ou d'une déchirure cutanée	▪ Plan préventif et curatif interdisciplinaire	▪ Étude de cas ▪ Évaluation des présentations des études de cas	
16 h 15 – 16 h 30	▪ Conclusion	▪ Retour sur la journée ▪ Évaluation	▪ Discussion ▪ Évaluation formelle	S/O

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Bryant, R.A. et Nix, D.P. (2016). Acute and Chronic Wounds: Current Management Concepts, 5e éd., St. Louis, Missouri, Elsevier, 648 pages.
- Baranoski, S., Ayello, E. A. (2008). Wound Care Essentials: Practice Principles, 2e éd, Ambler, (PA), Lippincott, Williams et Wilkins, 479 pages.
- Doughty, D.B., McNichol, L.L. dans (ss la dir. de), Core Curriculum Wound Management, Wound, Ostomy, Continence Nurses Society, Wolters Kluwer, 2016, p. 764.
- Krasner, D., Rodeheaver,G.T., Sibbald, R.G. (2007) (sous la dir. de), Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals, 4e éd., Malvern (PA), HMP Communications, 768 pages.
- Makklebust, J., Sieggreen, M. (2001). Pressure Ulcers Guidelines for Prevention and Management. Springhouse (MA): Springhouse Corporation. 322 pages.
- Ordre des infirmières et infirmières du Québec (dir.) (2007). Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter. Montréal (QC) : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 486 pages.
- Voyer, P. (dir.) (2013) Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e éd., St-Laurent, ERPI, Pearson, 753 pages.

Articles scientifiques

- Cheung, C. « Older Adults and Ulcers: Chronic Wounds in the Geriatric Population » Advances in Skin & Wound Care, vol. 23, n° 1, 2011, p. 39-44.
- Davies, P. « Role of multi-layer foam dressings with Safetac in the prevention of pressure ulcers: a review of the clinical and scientific data » Journal of Wound Care, vol. 25, n° 1, 2016, p. S1-S24.
- Delmore, B., Lebovits, S., Baldock, P., Ayello, E.A. « Pressure Ulcer Prevention Program » Journal of Wound Ostomy Continence Nursing, vol. 38, n° 5, 2011, p. 505-513.
- Edsberg, L.E., Black, J.M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., Sieggreen, M. « Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System » Journal of Wound Ostomy Continence Nursing, vol. 43, n° 6, 2016, p. 585-597.
- Hanna-Bull, D. « Preventing Heel Pressure Ulcers: Sustained Quality Improvement Initiative in a Canadian Acute Care Facility » Journal of Wound Ostomy Continence Nursing, vol. 43, n° 2, 2016, p. 129-132.
- Keast, D.H., Parslow, N., Houghton, P.E., Norton, L., et Fraser, C. (2006). « Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et la prise en charge des ulcères de pression : mise à jour 2006 », Wound Care Canada, vol. 4, n° 1, 2006, p. 87-98.
- Langemo, D., Thompson, P., Hunter, S. Hanson, D., Anderson, J. « Heel Pressure Ulcers: Stand Guard », Advances in Skin & Wound Care, vol. 21, n° 6, 2008, p. 282-92.

- LeBlanc K et al. Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin. Wounds International 2018. Available to download from www. woundsinternational.com
- LeBlanc K, Woo, K., Christensen, D., Forest-Lalande, L., O'Dea, J., Varga, M., McSwiggan, J., van Ineveld, C. (2018). Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Skin Tears» Wounds Canada.
- LeBlanc, K., S. Baranoski. « International Skin Tear Advisory Panel: Putting it all together, a tool kit to aid in the prevention, assessment using a simplified classification system and treatment of skin tears », World Council of Enterostomal Therapists Journal, vol. 34, n° 1, mars 2014, p. 12-27.
- LeBlanc, K. et S. Baranoski. « Skin tears: state of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears », Advances in Skin and Wound Care, vol. 24, n° 9 Suppl., sept. 2011, p. 2-15.
- LeBlanc, K. et S. Baranoski. « Prevention and management of skin tears », Advances in Skin and Wound Care, vol. 22, n° 7, juil. 2009, p. 325-332 ; quiz 333-324.
- Leblanc, K., Christensen, D., Orsted, H.L. « Pratiques recommandées pour la prévention et le traitement des déchirures cutanées » Wound Care Canada, vol. 6, n° 1, 2008, p. 32, 34-36, 38-40,42-44, 46-48, 50,52.
- Miller, S.K., Sharma, N., Aberegg, L.C. et Blasiole, K.N. « Analysis of the Pressure Distribution Qualities of a Silicone Border Foam Dressing», Wound, Ostomy and Continence Nursing, vol. 42, n° 4, 2015, p. 346-351.
- Minimas, D.A. « Ageing and its influence on wound healing », Wounds UK, vol. 3, n° 1, 2007, p. 42,46,48-50.
- Norton, L., Parslow, N., Johnston, D., Ho, C., Afalavi, A., Mark, M., O'Sullivan-Drombolis D., Moffat, S. (2018) Recommandations pour les pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des lésions de pression Wounds Canada. En ligne :https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/1296-les-pratiques-exemplaires-pour-la-prevention-et-la-gestion-des-lesions-de-pression/file
- Orsted, H.L., Keast, D.H., Forest-Lalande, L., Kuhnke, J.L., O'Sullivan-Drombolis D., Jin, S., Haley, J., Evans, (2018) Recommandations pour les pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des plaies, Wounds Canada, info@woundscanada.ca
- Orsted, H.L., Keast, D.H., Forest-Lalande, L., Kuhnke, J.L., O'Sullivan-Drombolis D., Jin, S., Haley, J., Evans, (2018) Pratiques exemplaires pour la gestion des soins de la peau et des plaies. La peau : anatomie, physiologie et cicatrisation des plaies, Wounds Canada, info@woundscanada.ca
- Reid Bush, T., Leitkam, S., Aurino, M., Cooper, An et Basson, M.D.« A Comparison of Pressure Mapping Between Two Pressure-Reducing Methods for the Sacral Region», Wound, Ostomy and Continence Nursing, vol. 42, n° 4, 2015, p. 338-345.
- Santamaria, N., Gerdtz, M., Kapp, S., Wilson, L., Gefen, A. (2018) A randomised controlled trial of the clinical effectiveness of multi-layer silicone foam dressing for the prevention of pressure injuries in high-risk aged care residents: The Border III Trial. (2018) International Wound Journal, p. 1-9.
- Sibbald, R.G., Orsted, H.L., Coutts, P.M., et Keast, D.H. « Recommandations des pratiques exemplaires pour la préparation du lit de la plaie : mise à jour 2006 », Wound Care Canada, vol. 4, n° 1, 2006, p. 73-86.
- St-Cyr, D. « Les déchirures cutanée; Évaluation du risque et traitements » Perspective infirmière, vol. 11, no. 5, 2014, 36-42.
- St-Cyr, D. « Les plaies de pression aux talons : Facteurs de risques», Perspective infirmière, vol.10, no.13, 2013, p. 43-45.
- St-Cyr, D. « L'infection d'une plaie : Traitement local et systémique», Perspective infirmière, vol. 8, no. 1, 2011, p. 27-28.
- St-Cyr, D. « Dermatite d'incontinence : La traiter, la prévenir et la distinguer des plaies de pression», Perspective infirmière, vol.8, no. 2, 2011, p. 36-40.

- St-Cyr, D.. « Les biofilms : Que sont-ils? Où sont-ils? Quels impacts ont-ils sur les soins des plaies», Perspective infirmière, vol.8, no.3, 2011, p. 36-38.
- St-Cyr, D. « L'escarre au talon: Données probantes concernant le débridement », Perspective infirmière, vol. 7, n°2, 2010, p. 26-28.
- St-Cyr, D. « L'infection d'une plaie : Reconnaître les signes cliniques et pratiquer correctement une culture de plaie », Perspective infirmière, vol.7, no. 6, 2010, p. 25-27.
- Wu, S., et Armstrong, D.G. « Risk assessment of the diabetic foot and wound », International Wound Journal, vol. 2, n° 1, 2005, p. 17-24.
- Zaratkiewicz, S, Whitney, J., Baker, M. et Lowe, J.R. « Defining Unstageable Pressure Ulcers as Full-Thickness Wounds », Wound, Ostomy and Continence Nursing, vol. 42, n° 6, 2015, p. 583-588.
- Ulcers as Full-Thickness Wounds », Wound, Ostomy and Continence Nursing, vol. 42, n° 6, 2015, p. 583-588.

Lignes directrices

- National Pressure Ulcers Advisory Panel, European Pressure Ulcers Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014) Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline.
- Registered Nurses Association of Ontario (2016) Assessment and Management of Pressure Injuries for the Interprofessional Team, Third Edition
- Registered Nurses Association of Ontario (2005). Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers, éd. rev., Toronto, RNAO, coll. « Nursing Best Practice Guideline ».
- National Pressure Ulcers Advisory Panel, European Pressure Ulcers Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014) Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline

Les plaies des membres inférieurs chez l'aîné

Diane St-Cyr, inf., B.Sc., M.Éd., consultante, stomothérapeute C(C)

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Familiariser les infirmières et professionnels de la santé avec les plaies des membres inférieurs qui affectent le plus couramment les aînés. Les ulcères veineux, artériels, et les ulcères du pied diabétique seront traités. Le contenu de la formation est fondé sur des données probantes, notamment les recommandations des pratiques exemplaires Wounds Canada de l'Association Canadienne du soin des plaies (ACSP) et de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. La physiopathologie, les facteurs de risque, les caractéristiques de ces types de plaies et du membre inférieur seront exposés. L'examen clinique des membres inférieurs, l'indice de pression systolique cheville bras, l'épreuve du monofilament et du diapason seront démontrés. Les interventions qui aident à éliminer ou à traiter les causes de ces plaies seront présentées. Les interventions qui favorisent le soin local optimal de ces plaies seront explicitées. Finalement, les aspects importants de l'enseignement seront présentés. Une étude de cas aidera les participant(e)s à intégrer les connaissances théoriques.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cet atelier est de familiariser les professionnels de la santé aux multiples défis cliniques de la prise en charge optimale de plaies complexes des membres inférieurs chez l'aîné.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation vise en particulier les infirmières et infirmiers et autres professionnels de la santé de l'équipe interdisciplinaire qui sont impliqués dans le soin de divers types de plaies des membres inférieurs qui affectent les aînés.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, la formatrice demande aux participants de lire l'article suivant avant la formation : « Burrows, C., Miller, R., Townsend, D., Bellefontaine, R., Mackean, G., Orsted, H.L., et al. (2006). Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe : mise à jour 2006. Wound Care Canada, 4 (1) : 99-107. », disponible en ligne au : http://cawc.net/images/uploads/wcc/4-1-vol4no1-BP-VLU-fr.pdf

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 8 h 45	▪ Présenter le déroulement de la journée, les sujets qui seront abordés et rencontrer les participant(e)s du groupe	▪ Introduction	Exposé interactif	N/A
8 h 45 – 9 h 45	▪ Décrire l'ampleur du problème des ulcères artériels	▪ Statistiques au sujet des ulcères artériels	Exposé interactif	Statistiques
	▪ Décrire la physiopathologie des ulcères artériels	▪ Anatomie et physiologie du système artériel ▪ Atteinte vasculaire	Exposé magistral Questions sur l'anatomie et physiologie du système artériel	Schéma du système artériel
	▪ Énumérer les facteurs de risques des ulcères artériels	▪ Facteurs de risques liés à l'état de santé et aux comportements	Exposé interactif Question pour évaluer quel facteur de risque précède toujours l'autre:	N/A

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
			athérosclérose ou artériosclérose	
	▪ Reconnaître les caractéristiques des ulcères artériels et du membre inférieur	▪ Caractéristiques des ulcères artériels ▪ Caractéristiques du membre inférieur ischémique	Exposé interactif Évaluation durant le quiz en pm	Photos d'ulcères artériels et de membres inférieurs ischémiques
	▪ Reconnaître les principaux examens d'investigation pour évaluer la gravité de l'atteinte artérielle	▪ Palpation des pouls ▪ Remplissage capillaire ▪ Test de coloration du membre inférieur ▪ Indice de pression systolique cheville-bras ▪ Pressions segmentées ▪ Ondes artérielles ▪ Doppler pulsé ▪ Artériographie	Exposé interactif	Photos et graphiques qui illustrent les tests vasculaires
	▪ Déterminer les interventions curatives pour favoriser la cicatrisation de l'ulcère	▪ Approche chirurgicale ▪ Angioplastie ▪ Pontages ▪ Amputation ▪ Soin local de la plaie ▪ Débridement prn ▪ Garder la plaie sèche pour prévenir l'infection ▪ Types de pansements	Exposé interactif Évaluation durant l'étude de cas en pm	Photos de traitement de plaies
	▪ Nommer les aspects essentiels du plan d'enseignement pour	▪ Éléments d'enseignement	Exposé interactif	Diapositives synthèses

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	favoriser la prévention et la récurrence de ce type d'ulcère	▪ Contrôle des facteurs de risque ▪ Chaussures ▪ Programme de marche	Évaluation durant l'étude de cas en pm	
9 h 45 – 10 h	**Pause**			
10 h – 11 h	▪ Décrire l'ampleur du problème des ulcères veineux	▪ Statistiques au sujet des ulcères veineux	Exposé interactif	Statistiques
	▪ Décrire la physiopathologie des ulcères veineux	▪ Anatomie du système veineux ▪ Physiologie : ▪ Valvules ▪ Pompe du mollet ▪ Hypertension veineuse ▪ Théories explicatives	Exposé interactif Questions sur le nombre et types de veines	Schéma du système veineux
	▪ Énumérer les facteurs de risques des ulcères veineux	▪ Facteurs de risques: ▪ Reflux ▪ Obstruction ▪ Déficience de la pompe du mollet	Exposé interactif Question pour classifier les facteurs de risques	N/A
	▪ Présenter la classification clinique des ulcères veineux	▪ Classification clinique de l'insuffisance veineuse chronique	Exposé interactif Évaluation durant l'étude de cas	Tableau synthèse de la classification
	▪ Reconnaître les caractéristiques des ulcères veineux du membre inférieur.	▪ Caractéristiques des ulcères veineux ▪ Caractéristiques du membre inférieur	Exposé interactif Évaluation durant le quiz en pm	Photos d'ulcères veineux et des manifestations cliniques

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		▪ Varicosités ▪ Œdème ▪ Hémosidérine ▪ Morphologie ▪ Dermite ▪ Lipodermato sclérose ▪ Atrophie blanche ▪ Douleur		
	▪ Nommer les principaux examens d'investigation pour déterminer la gravité de l'atteinte veineuse	▪ Test de Trendelenburg ▪ Doppler pulsé	Exposé interactif	Photos et graphiques qui illustrent les tests vasculaires
	▪ Connaître les caractéristiques de l'ulcère veineux	▪ Site ▪ Bords de plaie ▪ Type de tissus ▪ Exsudat ▪ Peau environnante	Exposé interactif	Photos qui illustrent les caractéristiques
	▪ Déterminer les interventions curatives pour favoriser la cicatrisation de l'ulcère	▪ Traiter les problèmes de santé concomitants ▪ Approche chirurgicale ▪ Soin local de la plaie ▪ Débridement prn ▪ Maintenir l'équilibre hydrique de la plaie	Exposé interactif Évaluation durant l'étude de cas en pm	N/A
	▪ Nommer les aspects essentiels du plan d'enseignement pour favoriser la	▪ Éléments d'enseignement ▪ Contrôle des facteurs de risque	Exposé interactif Évaluation durant l'étude de cas	Diapos synthèses

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	prévention et la récurrence de ce type d'ulcère	▪ Obésité ▪ Immobilité ▪ Port de compression à vie		
11 h – 12 h	▪ Différencier les types de systèmes de compression et leur mode d'action pour contrôler l'hypertension veineuse	▪ Types de systèmes de compression ▪ Élastiques ▪ Inélastiques ▪ Inélastique modifié ▪ Indications et contre-indications des systèmes de compression	Exposé interactif Manipulation des systèmes de compression Évaluation durant l'étude de cas	Faire circuler les différents types de systèmes de compression
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 14 h	▪ Décrire l'ampleur du problème des ulcères du pied diabétique	▪ Statistiques au sujet de ces ulcères	Exposé interactif	Statistiques
	▪ Décrire la physiopathologie de l'ulcère du pied diabétique	▪ Atteinte vasculaire ▪ Neuropathie: o Sensorielle o Motrice o Autonome	Exposé interactif	Algorithme de l'AIIAO des lignes directrices sur le pied diabétique 2013
	▪ Nommer les aspects à inclure dans l'évaluation globale de la personne avec un ulcère diabétique	▪ Historique de la plaie ▪ Allergies ▪ Caractéristiques de la démarche ▪ Évaluation des chaussures ▪ Évaluation du pied	Exposé interactif	Photos qui illustrent l'évaluation

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
		▪ Évaluation de la neuropathie sensorielle (monofilament et diapason)		
	▪ Nommer les caractéristiques et la classification des ulcères du pied diabétique de l'Université du Texas	▪ Caractéristiques des ulcères du pied diabétique ▪ Classification de l'Université du Texas	Exposé interactif Évaluation durant le quiz	Photos d'ulcères du pied diabétique
	▪ Énumérer les principales modalités d'investigation pour ce type de plaie	▪ Radiographie ▪ Scintigraphie ▪ Tomodensitogramme ▪ Résonnance magnétique	Exposé interactif	Photos de certains types de tests
	▪ Décrire les principes du soin local de l'ulcère diabétique	▪ Charge microbienne évolutive ▪ Culture de plaie ▪ Signes d'infection selon la profondeur de la plaie ▪ Traitement de l'ostéomyélite ▪ Thérapie par pression négative ▪ Approche interdisciplinaire	Exposé interactif Évaluation durant l'étude de cas	Tableaux synthèses de l'évolution de la charge microbienne et des signes d'infection selon la gravité
	▪ Expliquer les différents types de mise en décharge pour la prévention et	▪ Orthèses de contact total ▪ Souliers orthopédiques	Exposé interactif Manipulation de matériaux d'orthèses et de types de	Photos et dispositifs à manipuler

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	le traitement de l'ulcère du pied diabétique	▪ Botte de marche standard ▪ Botte de marche sur mesure ▪ Plâtre de contact total	bottes de mise en décharge Évaluation durant l'étude de cas en pm	
	▪ Nommer les aspects essentiels du plan d'enseignement de ces ulcères	▪ Éléments d'enseignement ▪ Contrôle des facteurs de risque ▪ Inspection et soins des pieds Die ▪ Port des chaussures et orthèses appropriées	Exposé magistral	Diapos synthèses Photos de chaussures appropriées
14 h – 14 h 45	▪ Évaluer la neuropathie sensorielle et l'atteinte artérielle	▪ Examen clinique des membres inférieurs ▪ Test du monofilament ▪ Test du diapason ▪ Indice de pression systolique cheville-bras	Démonstration des techniques Manipulation de monofilament, diapason, doppler Observation des participantes lors des manipulations des instruments	Présence des appareils à manipuler
14 h 45 – 15 h	**Pause**			
15 h – 15 h 15	▪ Déterminer l'étiologie des divers types d'ulcères des membres inférieurs	▪ Ulcères veineux ▪ Ulcères artériels ▪ Ulcères mixtes ▪ Ulcères diabétiques	Quiz photos Évaluation des réponses des participant(e)s	Photos de plaies

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
15 h 15 – 16 h 15	▪ Élaborer un plan préventif et curatif pour un aîné qui souffre d'un ulcère, veineux, artériel, mixte ou diabétique	▪ Plan préventif et curatif	Étude de cas Évaluation des présentations des études de cas	Cas de plaies de différentes étiologies
16 h 15 – 16 h 30	▪ Conclusion	▪ Retour sur la journée ▪ Évaluation	Discussion Évaluation formelle	N/A

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Baranoski, S., Ayello, E. A. (2008). Wound Care Essentials : Practice Principles, 2e éd, Ambler, (PA), Lippincott, Williams et Wilkins, 479 pages.
- Bryant, R.A. et Nix, D.P. (2016). Acute and Chronic Wounds: Current Management Concepts, 5e éd., St. Louis, Missouri, Elsevier, 648 pages.
- Doughty, D.B., McNichol, L.L. dans (ss la dir. de), Core Curriculum Wound Management, Wound, Ostomy, Continence Nurses Society, Wolters Kluwer, 2016, p. 764.
- Krasner, D., Rodeheaver,G.T., Sibbald, R.G. (2007) (sous la dir. de), Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals, 4e éd., Malvern (PA), HMP Communications, 768 pages.
- Morison,M., Moffatt, C. (1994) A Colour Guide to the Assessment and Management of Leg Ulcers, 2e éd., Londres, Mosby, 130 pages.
- Ordre des infirmières et infirmières du Québec (dir.) (2007). Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter. Montréal (QC) : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 486 pages.

Articles scientifiques

- Botros, M., Kuhnke, J., Embil, J., Goettl, K., Morin, C., Parsons, L., Scharfstein, B., Somayaji, R.,Evans, R. (2018) « Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Diabetic Foot Ulcers», Wounds Canada.
- Botros, M., Goettl, K., Parsons, L., Menszildzic S., Morin, C., Smith, T., Hoar, A., Nesbeth, H., McGrath, S. (2010). Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention, le diagnostic et le traitement des ulcères du pied diabétique: mise à jour, 2010. Wound Care Canada, 8 (4) : 42-70.
- Burrows, C., Miller, R., Townsend, D., Bellefontaine, R., Mackean, G., Orsted, H.L., et al. (2006). Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe : mise à jour 2006. Wound Care Canada, 4 (1) : 99-107.
- Embil, J.M., Albalawi, Z., Bowering, K., Trepman, E. (2018) « Foot Care Clinical Practice Guideline » Canadian Journal of Diabetes vol. 42 S222–S227.
- Grenon, S. M., Gagnon, J., Hsiang, Y. (2009). Ankle-Brachial Index for Assessment of Peripheral Arterial Disease. New EnglanFod Journal of Medicine, 361. e40-43:
- International Wound Infection Institute (WII) Wound infection in clinical practice. Wounds International 2016. http://www.woundinfection-institute.com/wp-content/uploads/2014/04/IWII-Consensus_Final-web.pdf

- Lima Borges, E., Sucasas Frison, Honorato-Sampaio, K., Martins Guedes, A.C., de Araujo Nogueira Lima, V.L., Medeiros de Oliveira, O. M., Ferreira Ferraz, A., Tyrone, A. C. (2018) « Effect of Polyhexamethylene Biguanide Solution on Bacterial Load and Biofilm in Venous Leg Ulcers » Journal of Wound Ostomy Continence Nursing, vol. 45, n° 5, p. 425-431.
- Miller, J.D., Salloum, M., (201 Button, A.,Giovinco, N.A. et Armstrong, D.G (2014) How Can I Maintain My Patient With Diabetes and History of Foot Ulcer in Remission? The International Journal of Lower Extremity Wounds, 13(4), 371-377.
- Moffatt, C. (2008). Using Compression Therapy in complex situations. WoundsUK, 4(4) : 84-86, 88, 90, 92,94,
- Orsted, H.L., Keast, D.H., Forest-Lalande, L., Kuhnke, J.L., O'Sullivan-Drombolis D., Jin, S., Haley, J., Evans, (2017) Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Wounds, Wounds Canada, info@woundscanada.ca
- Orsted, H.L., Searles, G., Trowell, H., Shapera, L., Miller, P., et Rahman, J. (2006). Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention, le diagnostic et le traitement des ulcères du pied diabétique : mise à jour 2006. Wound Care Canada, 4 (1) : 108-121.
- Ratliff, C.R., Yates, S., McNichol, L., Gray, M. « Compression for Primary Compression, Treatment, and Prevention of Recurrence of Venous Leg Ulcers: An Evidence-and- Consensus-Based Algorithm for Care Across the Continuum » Journal of Wound Ostomy Continence Nursing, vol. 43, n° 4, 2016, p. 347-364.
- Selvarajah, D., Wilkinson, I.D., Maxwell, M., Davies, J., Sankar, A., Boland, E., Gandhi, R., Tracey, I., Tesfaye, S. (2014). Magnetic Resonance Neuroimaging Study of Brain Structural Differnces in Diabetic Peripheral Neuropathy. Diabetic Care, 37: 1681-1688.
- Sibbald, R.G., Orsted, H.L., Coutts, P.M., et Keast, D.H. (2006). Recommandations des pratiques exemplaires pour la préparation du lit de la plaie : mise à jour 2006. Wound Care Canada, 4(1) : 73-86.
- Sibbald, R.G., Goodman, L., Woo, K. Y., Krasner, D. L., Smart, H., Tariq, G., Ayello, E.A., Burrell, R.E., Keast, D.H., Mayer D., Norton, L. Salcido, R. S. (2012). Special Considerations in Wound Bed Preparation, 2011: An Update. Wound Care Canada, 10(2) : 20-22, 24, 27-28, 30, 34-35
- St-Cyr, D, Martineau, L. (2017) L'ulcère du pied diabétique : Épidémiologie et évaluation Perspective infirmière, vol. 14(1), 35-42.
- St-Cyr, D, Martineau, L. (2017) L'ulcère du pied diabétique : Partie 2 Perspective infirmière, vol. 14(2), 38-46.
- St-Cyr, D. (2013) Les ulcères artériels aux membres inférieurs : Des plaies complexes à traiter Perspective infirmière, novembre/décembre, 10(5), 35-38.
- St-Cyr, D. (2013) Les ulcères artériels aux membres inférieurs : Reconnaître la maladie vasculaire athérosclérotique Perspective infirmière, septembre /octobre, 10(4), 40-44.
- St-Cyr, D. (2013) Traitement des ulcères veineux : La thérapie de compression Perspective infirmière, mars/avril, 10(2), 50-54.
- Turns, M « Prevention and management of diabetic foot ulcers », Community Wound Care, vol. 20, Mars 2015, S30-37.
- Vowden, K. (2015) Diabetic Foot Ulcer or Pressure Ulcer? That is the Question. Diabetic Foot Journal, 18(2) : 62-66.
- Vowden, P. (2012) Understanding the ankle brachial pressure index to treat venous ulceration. Wounds UK , 8(1) : 10-15.

- International Wound Infection Institute (WII) Wound infection in clinical practice. Wounds International 2016. http://www.woundinfection-institute.com/wp-content/uploads/2014/04/IWII-Consensus_Final-web.pdf

Lignes directrices

- Association canadienne du diabète (ACD (2013). Lignes directrices de pratique clinique pour la prévention et la prise en charge du diabète au Canada. [En ligne] Disponible : http://www.diabetes.ca/cpg2003/
- Association des infirmières et des infirmiers de l'ontario (RNAO) (2e édition MARS 2013). « Évaluation et traitement des plaies du pied chez les personnes atteintes de diabète / Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers / Bâtir l'avenir des soins infirmiers » http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/french/Réduction_des_complications_des_plaies_du_pied_chez_les_diabétiques.pdf
- Registered Nurses Association of Ontario. (2004). Assessment and Management of Venous Leg Ulcers, Toronto: RNAO. Coll. Nursing Best Practice Guideline. 112 pages.
- Registered Nurses Association of Ontario. (Revised 2007). Assessment and Management of Venous Leg Ulcers.Toronto: RNAO. Coll. Nursing Best Practice Guideline. 21 pages.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2005). Évaluation et traitement des plaies du pied chez les personnes atteintes de diabète. Toronto : RNAO. Coll. Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. 131 pages.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2004). Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques.Toronto : RNAO. Coll. Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. 84 pages.
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. (2017). Venous, arterial, and neuropathic lower-extremity wounds: Clinical resource guide. Mt. Laurel, NJ: Author.

Contribution du personnel infirmier à l'usage optimal des médicaments chez l'aîné

Philippe Voyer, inf. Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Parmi toute la population québécoise, les aînés sont les plus importants consommateurs de médicaments. Ils en font un usage important afin de répondre aux nombreux problèmes de santé qui les touchent. Les aînés retirent des avantages incontestables en recourant aux médicaments, car ces derniers soulagent leurs symptômes et même guérissent ou encore freinent l'évolution de leurs maladies chroniques. Néanmoins, il arrive encore trop souvent que les personnes âgées subissent les effets indésirables des médicaments. Ceux-ci peuvent être légers ou sévères et ainsi entraîner des conséquences fâcheuses pour leur santé et leur qualité de vie. L'objectif de la thérapie médicamenteuse est donc d'éviter les réactions indésirables et de favoriser, le plus fréquemment possible, l'atteinte de la cible thérapeutique. Il existe donc un équilibre fragile en gériatrie entre obtenir les effets positifs et contrer les effets négatifs des médicaments. L'objectif de toutes les thérapies médicamenteuses est d'atteindre un usage optimal des médicaments.

Dans le cadre de cette formation, la signification du concept d'usage optimal des médicaments adapté au contexte des soins infirmiers gériatriques sera présentée, de même que les moyens pour l'atteindre. À ce sujet, les responsabilités professionnelles de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire concernant la médication, les principes de la surveillance clinique de la pharmacothérapie et la révision du profil pharmacologique de l'aîné seront traités en profondeur. À ce sujet, une attention particulière sera portée sur les médicaments psychotropes et les médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central. Au cœur de cette formation, le rôle essentiel des soins infirmiers est souligné concernant l'usage optimal des médicaments en gériatrie.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'illustrer le rôle des soins infirmiers concernant l'usage optimal des médicaments et d'habiliter les participantes et participants à assumer pleinement leurs fonctions concernant la thérapie médicamenteuse en gériatrie.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux infirmiers, mais les infirmiers auxiliaires peuvent y assister afin d'être sensibilisés aux enjeux de la médication chez l'aîné.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner les capsules qui se trouvent sur le site internet suivant : www.philippevoyer.org. Ces capsules web permettront aux participants de maîtriser les enjeux concernant les médicaments :

10- Administrer des médicaments PRN et le jugement clinique
14- La surveillance clinique de la pharmacothérapie chez l'aîné
16- La dépendance aux benzodiazépines

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 9 h 40	▪ Décrire la situation concernant l'usage des médicaments chez les aînés	▪ Statistiques sur la consommation des médicaments chez l'aîné ▪ Enjeux des psychotropes et médicaments à risque	▪ Exposés interactifs	
9 h 40 – 10 h	▪ Définir ce qu'est l'usage optimal des médicaments dans le contexte des soins infirmiers	▪ Fonctions des infirmières et des infirmières auxiliaires concernant les médicaments ▪ OIIQ, OIIAQ ▪ Examen clinique	▪ Exposés interactifs ▪ Études de cas	• Mise en situation sur l'utilisation du Gravol lors d'un vomissement en milieu de soins
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 10 h 45	▪ Décrire les effets indésirables des médicaments	▪ Définition des concepts reliés aux effets indésirables des médicaments	▪ Exposés interactifs ▪ Études de cas	▪ Problème à résoudre

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	Autres informations jugées pertinentes
		▪ Présentation des facteurs associés aux effets indésirables des médicaments ▪ Vieillissement normal et pharmacocinétique et pharmacodynamique ▪ Critères de BEERS		▪ Statistiques sur les hospitalisations liées aux effets indésirables des médicaments
10 h 45 – 12 h	▪ Appliquer les stratégies infirmières pour favoriser l'atteinte d'un usage optimal des médicaments	▪ Évaluation de la capacité de l'aîné à s'auto-administrer ses médicaments ▪ Administration des médicaments (régulier et PRN) ▪ Surveillance clinique de la pharmacothérapie	▪ Exposés interactifs ▪ Études de cas	▪ Mises en situation
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 15 h	▪ Suite	▪ Surveillance clinique de la pharmacothérapie	▪ Exposés interactifs ▪ Études de cas	▪ Problème à résoudre ▪ Utilisation d'un cas consommant plusieurs médicaments illustrant ainsi le risque élevé

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	Autres informations jugées pertinentes
				d'effets secondaires des médicaments.
15 h – 15 h 15	**Pause**			
15 h 15 – 16 h 20	▪ Appliquer les stratégies infirmières pour favoriser l'atteinte d'un usage optimal des médicaments	▪ Révision du profil pharmacologique ▪ Contribution infirmière	▪ Exposés interactifs ▪ Études de cas	
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Articles scientifiqueS

- Arcand, M., Hébert, R. (2007). Précis clinique de gériatrie (3e édition). Montréal : EDISEM.
- Akande-Sholabi, W., et al. (2018). "Potentially inappropriate medication use among older patients attending a geriatric centre in south-west Nigeria." Pharm Pract (Granada) **16**(3): 1235.
- Bergqvist, M., Ulfvarson, J., Karlsson, E.A., von Bahr, C. (2008). A nurse-led intervention for identification of drug-related problems. European Journal of Clinical pharmacology, 64, 451-456.
- Bigi, C., & Bocci, G. (2017). The key role of clinical and community health nurses in pharmacovigilance. Eur J Clin Pharmacol. doi:10.1007/s00228-017-2309-0
- Bonner, A. F., Field, T. S., Lemay, C. A., Mazor, K. M., Andersen, D. A., Compher, C. J., . . . Gurwitz, J. H. (2015). Rationales that Providers and Family Members Cited for the Use of Antipsychotic Medications in Nursing Home Residents with Dementia. Journal of the American Geriatrics Society, 63(2), 302-308. doi:10.1111/jgs.13230
- Brady, A.M., Malone, A.M., Fleming, S. (2009). A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. Journal of Nursing Menagement, 17, 679-697.
- Budnitz, D.A., Lovegrove, M.C., Shehab, N., Richards, C.L. (2011). Emergency hospitalizations for adverse drug events in older americans. New England Journal of Medicine, 365, (21), 2002-2012.
- Cole, M.G., McCusker, J., Wilchesky, M., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Vu, M., Ciampi, A., Belzile, E. (2016). Use of medications that antagonize mediators of inflammatory responses may reduce the risk of delirium in older adults: a nested case–control study. International Journal of Geriatric Psychiatry, DOI: 10.1002/gps.4468
- Dias et al. (2014). Patients' beliefs about medicines and adherence to medication in ischemic heart disease. Aten Primaria. 2014;46(Espec Cong 1):101-106
- Doggrell, S.A. (2010). Adherence to medicines in older-aged with chronic conditions: does intervention by allied health professional help? Drugs & Aging, 27(3), 239-254.
- Farris, K.B., Phillips, B.B. (2008). Instruments assessing capacity to manage medications. *The Annals of Pharmacotherapy, 42*, 1026-1036.

- Franceschi, M., Scarcelli, C., Niro, V., Seripa, D., Pazienza, A.M., Pepe, G., Colusso, A.M., Pacilli, L., Pilotto, A. (2008). Prevalence, clinical features and avoidability of adverse drug reactions as cause of admission to a geriatric unit. Drug Safety, 31(6), 545-556.
- Gabe, M.E., Davies, G.A., Murphy, F., Davies, M., Johnstone, L., Jordan, S. (2011) Adverse drug reactions: treatment burdens and nurse-led medication monitoring, Journal of Nursing Management, 19, 377–392.
- Gagnon, A. (2010). Étude descriptive des facteurs influençant la prise de décision des infirmières dans l'Administration des psychotropes PRN lors de symptômes comportementaux de la démence en CHSLD. Université Laval.
- Garfinkel, D., Mangin, D. (2010). Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. Archives in Internal Medicine, 170(18), 1648-1654.
- Gellad, W.F., Grenard, J.L., Marcum, Z.A. (2011). A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. The American Journal of Geriatric Pharmacoherapy, 9(1), 11-23.
- Gurwitz, J.H., Field, T.S., Judge, J., Rochon, P.A., Harrold, L.R., Cadoret, C., Lee, M., La Primo, J., Erramuspe-Mainard, J., De Florio, M., Gavendo, L., Auger, J. et Bates, D.W. (2005). The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *The American Journal of Medicine, 118* (3), 251-258.
- Halvorsen, K.H., Ruths, S., Granas, A.G., Viktil, K.K. (2010). Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 28, 82-88.
- Herxheimer, A., Ziebland, S. (2011). Nurses should be encouraged and helped to monitor patients' medicines. Journal of nursing management, 19, 393-394.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS). (2016). Utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées résidant dans les établissements de soins de longue durée, 2014. Rapport.: Institut Canadien d'Information sur la Santé.
- Kaestli, L.Z., Wasilewski, A.F., Bonnabry, P., Vogt-Ferrier, N. (2008). Use of transdermal drug formulations in the elderly. Drugs & Aging, 25(4), 269-280.
- Kelly, J., Wright, D. (2011). Medicine administratin errors and their severity in secondary care older persons' ward: a multi-centre observational study. *Journal of clinical nursing,* doi: 10.1111/j.1362-2702.2011.03760.x
- Kolanowski, A., Mogle, J., Fick, D., Campbell, N., Hill, N., Mulhall, P., . . . Clare, L. (2015). Anticholinergic Exposure During Rehabilitation: Cognitive and Physical Function Outcomes in Patients with Delirium Superimposed on Dementia. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 23(12), 1250-1258.
- Kongkaew, C., Noyce, P.T., Ashcroft, D.M. (2008). Hospital admissions associated with adverse drug reacions: A systematic review of prospective observational studies. Annals of Pharmacotherapy, 42, 1017-1025.
- Kröger E, Tatar O, Vedel IM, Giguere AMC, Voyer P, Guillaumie L, Grégoire J-P, Guénette L. (2017). Improving medication adherence among community-dwelling seniors with cognitive impairment: a systematic review of interventions. International Journal of Clinical Pharmacy, 39(4), 641-656.
- Kroger et al. (2015). Medication Use Among Nursing Home Residents With Severe Dementia: Identifying Categories of Appropriateness and Elements of a Successful Intervention. J Am Med Dir Assoc. 1;16(7):629.e1-17. doi: 10.1016/j.jamda.2015.04.002. Epub 2015 May 13.

- Laaksonen, D.E., Lindstrom, J., Lakka, T.A., Eriksson, J.G., Niskanen, L., Wikstrom, K., Aunola, S., Keinanen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Valle, T.T., Ilanne-Parikka, P., Louheranta, A., Hamalainen, H., Rastas, M., Salminen, V., Cepaitis, Z., Hakumaki, M., Kaikkonen, H., Harkonen, P., Sundvall, J., Tuomilehto, J. et Uusitupa, M. (2005). Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. *Diabetes*. *54* (1), 158-165.
- Lehne, R.A. (2010). *Pharmacology for Nursing Care,* 7e éd. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Lyer, S., Naganthan, V., McLachlan, A.J., Le couteur. D.G. (2008). Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older. A systematic review. Drugs & Aging, 25(12), 1021-1031.
- Maust, D., Kales, H., Wiechers, I., Blow, F., & Olfson, M. (2016). No End in Sight: Benzodiazepine Use in Older Adults in the United States. Journal of the American Geriatrics Society, 64(12), 2546-2553.
- Mengue, N.P.G., Abdous, B., Berbiche, D., Préville, M., Voyer, P. (2014). La dépendance aux benzodiazépines et le risque de troubles anxieux et de dépression : étude sur la santé des aînés. L'Encéphale, 40, 216-222.
- Mengue, P.G.N., Abdous, B., Berbiche, D., Préville, M., Voyer, P. (2013). Impact de la dépendance aux benzodiazépines sur l'utilisation des services de santé : étude sur la santé des aînés. Gériatrie et Psychologie neuropsychiatrie du vieillissement, 11(3), 229-236.
- Mengue, P.G.N, Abdous, B., Berbiche, D., Préville, M., Voyer, P. (2013). Impact du sentiment de dépendance aux benzodiazépines sur l'utilisation des services de santé : Étude sur la santé des aînés. Revue canadienne du vieillissement, 32(1), 21-30.
- Monette, J., Alessa, W., McCusker, J., Cole, M., Voyer, P., Champoux, N., Ciampi, A., Sourial, N., Monette, M., Belzile, E. (2012). Association of resident and room characteristics with antipsychotic use in long-term care facilities. Archives of Gerontology and Geriatrics, 55(1), 66-69.
- Nafti, M. (2017). Étude de la relation entre la prise de benzodiazépines et le risque de démence et de déclin cognitif dans une population âgée canadienne. (Maîtrise Mémoire de maîtrise), Université Laval, Québec. Retrieved from www.theses.ulaval.ca/2017/
- Neumann, R. D., Faris, P., & Klassen, R. (2015). Examining Trends in the Administration of "As Needed" Medications to Inpatients With Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®, 30(3), 247-256. doi:doi:10.1177/1533317515585924
- Parameswaran Nair, N., Chalmers, L., Connolly, M., Bereznicki, B. J., Peterson, G. M., Curtain, C., . . . Bereznicki, L. R. (2016). Prediction of Hospitalization due to Adverse Drug Reactions in Elderly Community-Dwelling Patients (The PADR-EC Score). PLoS ONE, 11(10), e0165757. doi:10.1371/journal.pone.0165757
- Neumann, R. D., Faris, P., & Klassen, R. (2015). Examining Trends in the Administration of "As Needed" Medications to Inpatients With Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®, 30(3), 247-256. doi:doi:10.1177/1533317515585924
- Préville, M., Bossé, C.,Vasiliadis, H.M. Voyer, P., Laurier, C., Berbiche, D., Pérodeau, G. Grenier, S., Béland, S.G., Dionne, P.A., Gentil, L., Moride, Y. (2012). Correlates of Potentially Inappropriate Prescriptions of Benzodiazepines among Older Adults: Results from the ESA Study. *Canadian Journal on Aging* 31(3), 313-322.

- Reeve, E., Andrews, J. M., Wiese, M. D., Hendrix, I., Roberts, M. S., & Shakib, S. (2015). Feasibility of a Patient-Centered Deprescribing Process to Reduce Inappropriate Use of Proton Pump Inhibitors. Annals of Pharmacotherapy, 49(1), 29-38. doi:doi:10.1177/1060028014558290
- Sari, A.B.A., Cracknell, A., Sheldon, T.A. (2008). Incidence, preventability and consequences of adverse events in older people: results of a retrospective case-note review. Age and Ageing, 37, 265-269.
- Smith, D., Lovell, J., Weller, C., Kennedy, B., Winbolt, M., Young, C., & Ibrahim, J. (2017). A systematic review of medication non-adherence in persons with dementia or cognitive impairment. PLoS ONE, 12(2), e0170651. doi:10.1371/journal.pone.0170651
- Thom et al. (2015). The Impact of Health Coaching on Medication Adherence in Patients with Poorly Controlled Diabetes, Hypertension, and/or Hyperlipidemia: A Randomized Controlled TrialJ Am Board Fam Med, 28, 38–45.
- Thomsen, L.A., Winterstein, A.G., Sondergaard, B., Haugbolle, L.S., Melander, A. (2007). Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care. Annals of pharmacotherapy, 41, 1411-1426.
- Timiras, M.L. (2007). *Psychological basis of aging and geriatrics,* 4e éd. Florida: CRC Press.
- Trivalle, C., Cartier, T., Verny, C., Mathieu, A.M., Davrinche, P., Agostini, H., Becquemont, L., Demolis, P., the IMEPAG GROUP. (2010). Identifying and preventing adverse drug events in elderly hospitalised patients: A randomised trial of a program to reduce adverse drug effects. Joural of Nutrition, Health & Aging, 14(1), 57-61.
- van der Spek, K., Gerritsen, D. L., Smalbrugge, M., Nelissen-Vrancken, M. H., Wetzels, R. B., Smeets, C. H., . . . Koopmans, R. T. (2016). Only 10% of the psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia is fully appropriate. The PROPER I-study. Int Psychogeriatr, 28(10), 1589-1595. doi:10.1017/S104161021600082X
- Van Doormaal, J.E., Van den Bemt, P.L.L.A., Mol, P.G.M., Zaal, R.J., Egberts, A.C.G., Haaijer-Ruskamp, F.M., Kosterink, J.G.W. (2009). Medication errors: the impact of prescribing and transcribing errors in preventable harm in hospitalized patients. Quality Safety & Heatlh Care, 18, 22-27.
- van Middelaar, T. and E. P. Moll van Charante (2018). "Deprescribing preventive medication in older patients." Br J Gen Pract **68**(675): 456-457.
- Voyer, P., Roussel, M.E., Berbiche, D., Préville, M. (2010). Effectively detect dependence on benzodiazepines among community-dwelling seniors by asking only two questions. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17, 328-334.
- Voyer P, McCusker J, Cole MG, Monette J, Champoux N, Ciampi A, Belzile E, Richard H. (2015). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: How Long Does Every Behavior Last, and Are Particular Behaviors Associated With PRN Antipsychotic Agent Use? Journal of Gerontological Nursing, 41(1), 22-37.
- Wimmer, B. C., Bell, J. S., Fastbom, J., Wiese, M. D., & Johnell, K. (2016). Medication Regimen Complexity and Polypharmacy as Factors Associated With All-Cause Mortality in Older People: A Population-Based Cohort Study. Ann Pharmacother, 50(2), 89-95. doi:10.1177/1060028015621071
- Zhang, M., Holman, C.D., Price, S.D., Sanfilippo, F.M., Preen, D.B., Bulsara, M.K. (2009). Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. British Medical Journal, 338:a2752. Doi: 101136/bmj.a2752.

- Zhang, J.X., Lee, J.U., Meltzer, D.O. (2014). Risk factors for cost-related medication non-adherence among older patients with diabetes. WJD, 5(6), 945-950.
- Zwikker et al. (2014). Perceived need to take medication is associated with medication non-adherence in patients with rheumatoid arthritis, Patient Preference and Adherence, 8, 1635-1645.

Le délirium : le prévenir, le détecter et le traiter

Philippe Voyer, inf., Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le délirium est un trouble neuropsychiatrique qui apparaît fréquemment chez l'aîné qui est hospitalisé ou encore chez celui qui présente une perte d'autonomie, qui est atteint de multimorbidité ou encore d'un syndrome de fragilité. Le délirium constitue un syndrome gériatrique extrêmement important sur le plan clinique car il peut représenter une manifestation atypique d'un problème de santé aigu (pneumonie, infarctus du myocarde) ou encore être le résultat d'une multitude de facteurs prédisposants et précipitants. En plus d'être un problème fréquent, les conséquences de ce trouble sont significatives pour l'aîné et le système de santé. En effet, le délirium entraîne une perte d'autonomie et des séquelles cognitives à long terme chez une forte proportion de patients atteints. De même, la durée de séjour et l'intensité des soins sont souvent augmentées en raison du délirium ce qui entraîne une augmentation des coûts pour le système de santé. Le délirium regroupe donc les deux caractéristiques qui en font un problème clinique majeur, c'est-à-dire qu'il est très prévalent et ses conséquences sont lourdes. Néanmoins, le délirium passe encore souvent inaperçu. En effet, les cliniciens ne détectent que de 10 à 50% des cas de délirium chez l'aîné. Enfin, la prise en charge de l'aîné atteint d'un délirium doit s'appuyer sur des données probantes et le recours aux médicaments et aux contentions physiques doivent être bien encadré. Plusieurs interventions non pharmacologiques doivent être mises en place auprès de l'aîné atteint d'un délirium afin de favoriser une guérison prompte et leur implantation requiert une approche interdisciplinaire complète. Dans le cadre de cet atelier, nous allons tracer un bilan complet de la situation du délirium chez l'aîné en présentant les résultats de plusieurs recherches réalisées au cours des dernières années. Nous allons déterminer la prévalence du délirium, les facteurs prédisposants et précipitants du délirium et les taux de détection du délirium. Par la suite, nous allons décrire en détail comment prévenir le délirium selon une approche interdisciplinaire, le détecter et enfin, présenter l'approche à préconiser concernant les soins à donner à une personne atteinte d'un délirium.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de préparer les soignants et professionnels de la santé à travailler ensemble d'une manière concerter afin de prévenir, détecter et traiter le délirium.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse à toutes personnes impliquées dans les soins à l'aîné.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner les capsules web suivantes que vous pouvez retrouver à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org

Formation pour utiliser le RADAR
https://www.youtube.com/watch?v=7ytGymRNCUw&list=PLDeZyroxJyARCfQ3x1BB9p9T0iw1p_ipm&index=3

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Tracer la situation du délirium	▪ Définition du délirium ▪ Taux de prévalence ▪ Conséquences du délirium ▪ Impact psychologique du délirium ▪ Facteurs prédisposants et précipitants du délirium ▪ Modèle multifactoriel du délirium	▪ Exposés ▪ Mise en situation	Une question sera posée afin de faire la distinction entre la démence et le délirium. Vidéo : témoignage d'une dame âgée qui a survécu à un délirium de type hyperactif
	▪ Expliquer la méthode de prévention du délirium	▪ Programme : « Hospital Elder Life Program (HELP) de Inouye ▪ Données probantes récentes sur les différentes	▪ Exposés ▪ Mises en situation	

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	Autres informations jugées pertinentes
		approches visant la prévention du délirium		
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 12 h	▪ Expliquer les étapes d'un programme de prévention du délirium	▪ Programme préventif du délirium chez l'aîné ▪ Identification des aînés à haut risque de délirium ▪ Identification des facteurs de risque du délirium chez les aînés à haut risque de délirium ▪ Interventions thérapeutiques visant les facteurs de risque ▪ Programme préventif du délirium chez l'aîné atteint de troubles cognitifs ▪ Identification des aînés à haut risque de délirium ▪ Identification des facteurs de risque du délirium chez les aînés à haut risque de délirium ▪ Interventions thérapeutiques visant les facteurs de risque	▪ Exposés ▪ Problème à résoudre	Présentation d'un arbre décisionnel permettant d'illustrer les différentes étapes
12 h 00 – 13 h 00	**Dîner**			

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
13 h – 15 h	▪ Décrire la méthode de détection du délirium	▪ Composantes de l'état mental ▪ Révision des symptômes du délirium ▪ Délirium hypoactif versus hyperactif ▪ Description du processus du repérage des signes du délirium au diagnostic médical du délirium. ▪ Instruments de mesure o RADAR o CAM et MEEM	▪ Exposés ▪ Problème à résoudre	Tableau qui demande aux participants d'associer une fonction cognitive à un symptôme du délirium. Outil multimédia sur le délirium RADAR : vidéos de simulation CAM et MEEM : vidéos démontrant une infirmière réalisant un examen de l'état mental à l'aide de ces outils avec un vrai patient âgé.
15 h – 15 h 15	**Pause**			
15 h 15 – 16 h 20	▪ Recourir aux principes du traitement du délirium	▪ Approche pharmacologique ▪ Approche non pharmacologique ▪ Surveillance clinique ▪ Traitements des troubles du comportement lors d'un délirium	▪ Exposés interactifs ▪ Études de cas	*Questions quiz*
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion		Évaluation	

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Articles scientifiqueS

- Alagiakrishnan, K., Marrie, T., Rolfson, D., Coke, W., Camicioli, R., Duggan, D., Launhardt, B., Fisher, B., Gordon, D., Hervas-Malo, M., Magee, B., Wiens, C. (2009). Gaps in patient care practices to prevent hospital-acquired delirium. Canadian Family Physician, 55, 41-46.
- Australian Health Minister (2006). Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people. Clinical epidemiology and health service evaluation unit, Merlbourne.
- Canadian coalition for seniors' mental health (2006). National guidelines for seniors' mental health: The assessment and treatment of delirium. Toronto.
- Chen, C. C., Li, H. C., Liang, J. T., Lai, I. R., Purnomo, J. D. T., Yang, Y. T., . . . Inouye, S. K. (2017). Effect of a Modified Hospital Elder Life Program on Délirium and Length of Hospital Stay in Patients Undergoing Abdominal Surgery: A Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Surg, 152(9), 827-834. doi:10.1001/jamasurg.2017.1083
- Cole, M.G., McCusker, J., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., Belzile, E., Vu, M. (2014). Core symptoms not meeting criteria for delirium are associated with cognitive and functional impairment and mood and behavior problems in older long-term care residents. International Psychogeriatrics, 26(7), 1181-1189.
- Cole, M.G., McCusker, J., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., Vu, M., Belzile, E. (2013). The course of subsyndromal delirium in older long-term care residents. American Journal of Geriatric Psychiatry, 21(3), 289-296.
- Cole, M.G., McCusker, J., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., Vu, M., Dyachenko, A., Belzile, E. (2013). Symptoms of delirium predict incident delirium in older long-term care residents. International Psychogeriatrics, 25(6), 887-894.
- Cole, M. G., McCusker, J., Wilchesky, M., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., . . . Belzile, E. (2017). Use of medications that antagonize mediators of inflammatory responses may reduce the risk of délirium in older adults: a nested case-control study. Int J Geriatr Psychiatry, 32(2), 208-213. doi:10.1002/gps.4468
- Davis, D. H., Barnes, L. E., Stephan, B. C., MacLullich, A. M., Meagher, D., Copeland, J., . . . Brayne, C. (2014). The descriptive epidemiology of delirium symptoms in a large population-based cohort study: results from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). BMC Geriatrics, 14(1), 87. doi:10.1186/1471-2318-14-87

- Dessap, A. M., Roche-Campo, F., Launay, J.-M., Charles-Nelson, A., Katsahian, S., Brun-Buisson, C., & Brochard, L. (2015). Délirium and Circadian Rhythm of Melatonin During Weaning From Mechanical Ventilation: An Ancillary Study of a Weaning Trial. Chest, 148(5), 1231-1241. doi:http://dx.doi.org/10.1378/chest.15-0525
- Émond, M., Grenier, D., Morin, J., Eagles, D., Boucher, V., Le Sage, N., . . . Lee, J. S. (2017). Emergency Department Stay Associated Délirium in Older Patients. Canadian geriatrics journal, 20(1), 10-14. doi:10.5770/cgj.20.246
- Fick, D. M., et al. (2017). "Network for Investigation of Delirium Across the U.S. (NIDUS): Advancing the Field of Delirium with a New Interdisciplinary Research Network." J Gerontol Nurs 43(5): 4-6.
- Girard, T.D., Pandharipande, P.P., Ely, E.W. (2008). Delirium in the intensive care unit. Critical Care, 12 (suppl 3): S3, 1-9.
- Goldberg, A., Straus, S. E., Hamid, J. S., & Wong, C. L. (2015). Room transfers and the risk of delirium incidence amongst hospitalized elderly medical patients: a case–control study. BMC Geriatrics, 15. doi:10.1186/s12877-015-0070-8
- Hasemann, W., Tolson, D., Godwin, J., Spirig, R., Frei, I. A., & Kressig, R. W. (2016). A before and after study of a nurse led comprehensive delirium management programme (DemDel) for older acute care inpatients with cognitive impairment. International journal of nursing studies, 53, 27-38. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.003
- Heim, N., et al. (2017). "HELP! Problems in executing a pragmatic, randomized, stepped wedge trial on the Hospital Elder Life Program to prevent delirium in older patients." Trials 18(1): 220.
- Holroyd-Leduc, J.M., Khandwala, F., Sink, K.M. (2009). How can delirium best be prevented and managed in older patients in hospital? Canadian Medical Association Journal. DOI:10 10.1503/cmaj.080519
- Hshieh, T. T., et al. (2018). "Delirium in the Elderly." Psychiatr Clin North Am 41(1): 1-17.
- Hshieh, T. T., et al. (2017). "Cerebral blood flow MRI in the nondemented elderly is not predictive of post-operative delirium but is correlated with cognitive performance." J Cereb Blood Flow Metab 37(4): 1386-1397.
- Jefferies, D., Johnson, M., & Nicholls, D. (2012). Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. Contemporary Nurse. doi: 10.5172/conu.2012.2688
- Kolanowski, A., Fick, D., Litaker, M., Mulhall, P., Clare, L., Hill, N., . . . Yevchak-Sillner, A. (2016). Effect of Cognitively Stimulating Activities on Symptom Management of Delirium Superimposed on Dementia: A Randomized Controlled Trial. Journal of the American Geriatrics Society. doi:10.1111/jgs.14511
- Landreville, P., Voyer, P., Carmichael, P.H. (2013). Relationship between delirium and behavioral symptoms of dementia. International Psychogeriatrics, 25(4), 635-643.
- McCusker, J., Cole, M. G., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A. (2011). Prevalence and incidence of delirium in long-term care. International Journal of Geriatric Psychiatry. doi: 10.1002/gps.2654
- McCusker, J., Cole, M.C., Voyer, P., Vu, M., Ciampi, A., Monette, J., Champoux, N., Belzile, E., Dyachenko, A. (2013). Environmental factors predict the severity of delirium symptoms in long-term care residents with and without delirium. Journal of the American Geriatric Society, 61, 502-511.
- McCusker, J., Cole, M.G., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., Vu, M., Belzile, E. (2014). Six-Month Outcomes of Co-Occurring Delirium, Depression, and Dementia in Long-Term Care. Journal of the American Geriatrics Society, 62(12), 2296-2302.
- Morandi, A., Lucchi, E., Turco, R., Morghen, S., Guerini, F., Santi, R., Gentile, S., Meagher, D., Voyer, P., Fick, D.M., Schmitt, E.V., Inouye, S., Trabucchi, M., Bellelli, G.. (2015). Delirium superimposed on dementia: A quanitative and qualitative evaluation of informal caregivers and health care staff experience. J Psychosom Res, 79(4), 272-280.

- Morandi, A., Lucchi, E., Turco, R., Morghen, S., Guerini, F., Santi, R., Gentile, S., Meagher, D., Voyer, P., Fick, D., Schmitt, E.M., Inouye, S.K., Trabucchi, M., Bellelli, G. (2015). Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of patient experience. Journal of Psychosomatic Research, 79(4), 281-287.
- National clinical guideline centre (2010). Delirium: diagnosis, prevention and management. National institute for health and clinical excellence, London.
- Oh, E. S., et al. (2017). "Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment." JAMA 318(12): 1161-1174.
- Paulson, C. M., Monroe, T., McDougall, G. J., Jr., & Fick, D. M. (2016). A Family-Focused Délirium Educational Initiative With Practice and Research Implications. Gerontol Geriatr Educ, 37(1), 4-11. doi:10.1080/02701960.2015.1031896
- Press, Y., Margulin, T., Grinshpun, Y., Kagan, E., Snir, Y., Berzak, A., et al. (2009). The diagnosis of délirium among elderly patients presenting to the emergency department of an acute hospital. Archives of gerontology and geriatrics, 48(2), 201-204.
- Pun, B. T., Gordon, S. M., Peterson, J. F., Shintani, A. K., Jackson, J. C., Foss, J., et al. (2005). Large-scale implementation of sedation and délirium monitoring in the intensive care unit: a report from two medical centers. Critical care medicine, 33(6), 1199-1205.
- Scherer, Y. K., Bruce, S. A., Montgomery, C. A., & Ball, L. S. (2008). A challenge in academia: meeting the healthcare needs of the growing number of older adults. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20(9), 471-476.
- Siddiqi, N., Cheater, F., Collinson, M., Farrin, A., Forster, A., George, D., . . . Young, J. (2016). The PiTSTOP study: a feasibility cluster randomized trial of délirium prevention in care homes for older people. Age Ageing, 45(5), 652-661. doi:10.1093/ageing/afw091
- Press, Y., Margulin, T., Grinshpun, Y., Kagan, E., Snir, Y., Berzak, A., et al. (2009). The diagnosis of delirium among elderly patients presenting to the emergency department of an acute hospital. Archives of gerontology and geriatrics, 48(2), 201-204.
- Pun, B. T., Gordon, S. M., Peterson, J. F., Shintani, A. K., Jackson, J. C., Foss, J., et al. (2005). Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: a report from two medical centers. Critical care medicine, 33(6), 1199-1205.
- Scherer, Y. K., Bruce, S. A., Montgomery, C. A., & Ball, L. S. (2008). A challenge in academia: meeting the healthcare needs of the growing number of older adults. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20(9), 471-476.
- Steis, M. R., & Fick, D. M. (2012). Delirium superimposed on dementia: accuracy of nurse documentation. Journal of Gerontological Nursing, 38(1), 32-42. doi: 10.3928/00989134-20110706-01
- Tieges et al. (2013). Abnormal level of arousal as a predictor of delirium and inattention: An exploratory study. American Journal of Geriatrics psychiatry, 21, 1244-1253.
- Tyler et al. (2012). A survey of nurses' perceptions of the intensive care delirium screening checklist. Dynamics, 23(4), 18-24.
- Verloo, H., Goulet, C., Morin, D., & von Gunten, A. (2016a). Association between frailty and delirium in older adult patients discharged from hospital. Clinical Interventions in Aging, 11, 55-63. doi:10.2147/CIA.S100576
- Vidàn, M.T., Sânchez, E., Alonso, M., Montero, B., Ortiz, J., Serra, J.A. (2009). An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. Journal of the American Geriatric Society, 57(11), 2029-20-36.
- Voyer, P., McCusker, J., Cole, M.G., Monette, J., Champoux, N., Vu, M., Ciampi, A., Sanche, S., Richard, S., de Raad, M. (2014). Feasibility and acceptability of a delirium prevention program for cognitively impaired long term care residents: A participatory approach. JAMDA, 77.e1-77.e9. http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.08.013

- Voyer, P., Richard, S., Doucet, L., Cyr, N., Carmicheal, P.H. (2010). Examination of the multifactorial model of delirium among long-term care residents with dementia. Geriatric Nursing, 31 (2), 105-114.
- Voyer, P. Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., Savoie, M., Carmichael, P.H., Richard, H., Richard, S. (2016). RADAR: a Measure of the sixth Vital Sign? Clinical Nursing Research, 25(1), 9-29.
- Wei, L. A., Fearing, M. A., Sternberg, E. J., & Inouye, S. K. (2008). The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. Journal of the American Geriatrics Society, 56(5), 823-830. doi: JGS1674 [pii] 10.1111/j.1532-5415.2008.01674.
- Yevchak, A. M., Han, J. H., Doherty, K., Archambault, E. G., Kelly, B., Chandrasekhar, R., . . . Rudolph, J. L. (2015). Impaired Arousal in Older Adults Is Associated With Prolonged Hospital Stay and Discharge to Skilled Nursing Facility. Journal of the American Medical Directors Association, 16(7), 586-589. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.01.093

L'examen clinique de l'abdomen de l'aîné

Philippe Voyer, inf. Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population fait en sorte qu'un nombre grandissant d'infirmières prodiguent des soins aux aînés. Les soins aux aînés présentent de nombreux défis cliniques. Parmi ceux-ci, notons la réalisation de l'examen clinique. Depuis plus de 10 ans maintenant, la loi sur les infirmières et infirmiers du Québec a changé, l'infirmière a plus que jamais recours à l'examen clinique dans sa pratique afin d'assumer pleinement ses deux premières activités réservées, à savoir l'évaluation de l'état physique et mental d'une personne symptomatique et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques. Or, la réalisation de l'examen clinique de l'aîné pose d'importants défis en raison des effets du vieillissement normal sur l'organisme vieillissant, de la multimorbidité et de la polymédication. En effet, il peut être très difficile parfois de distinguer les symptômes et les signes qui appartiennent au vieillissement normal de ceux liés à l'apparition d'une nouvelle maladie ou de l'exacerbation d'une maladie existante ou encore qui proviendraient de l'effet indésirable d'un médicament. La compétence de l'infirmière à évaluer l'aîné se trouve justement dans la différenciation de l'origine du malaise. Une connaissance approfondie de l'impact du vieillissement normal et des syndromes gériatriques sur l'examen clinique permet d'y parvenir.

Dans le cadre de cette formation, l'examen clinique de l'abdomen est explicité en prenant soin d'illustrer les particularités gériatriques. De même, la place du plan thérapeutique infirmier (PTI) et de la note au dossier dans le contexte de l'examen clinique est approfondie.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les compétences des participants dans l'utilisation de l'examen clinique abdominal auprès de l'aîné.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner la conférence web # 3 (« Introduction à l'examen clinique de l'aîné ») qui se trouve à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org. Cette conférence permettra aux participants de maîtriser les différentes dimensions de l'examen clinique infirmier. De même, les participants sont invités à visionner les capsules web suivantes : 12b et 22.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire	**Objectifs spécifiques** **Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :**	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur le système digestif et la fonction éliminatoire	▪ Système digestif (bouche, œsophage, estomac, intestin grêle et côlon) ▪ Fonction éliminatoire (urinaire et fécale)	▪ Exposé interactif	
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 12 h	▪ Reconnaître les signes cliniques des problèmes de santé des systèmes gastro-intestinal et génito-urinaire chez l'aîné	▪ Signes typiques et atypiques chez l'aîné ▪ Examen gastro-intestinal ▪ Déshydratation ▪ Dysphagie ▪ Brûlements d'estomac ▪ Reflux gastro-oesophagien ▪ Ulcère gastrique ▪ Occlusion intestinale ▪ Appendicite ▪ Diverticulite ▪ Constipation ▪ Fécalome ▪ Examen génito-urinaire	▪ Exposé interactif ▪ Présentation de tableaux comparatifs des manifestations typiques et atypiques avec statistiques pour appuyer.	Concernant le signe atypique lié à la perte d'autonomie, des questions sont posées sur la façon de reconnaître la perte d'autonomie chez une personne déjà en perte d'autonomie sévère et atteinte d'une démence. Utilisation d'une vidéo démontrant

		▪ Infection urinaire		l'impact du vieillissement sur l'évaluation de la déshydratation.
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 14 h 30	▪ Procéder à l'examen physique de l'abdomen	▪ Standards des examens cliniques en situation aiguë et de suivi ▪ Inspection ▪ Auscultation ▪ Percussion ▪ Palpation	▪ Démonstration	▪ Vidéo présentant l'examen de l'abdomen auprès d'un patient âgé. ▪ Utilisation d'une vidéo démontrant le test de la gorgée ▪ Pratique en équipe de quatre
14 h 30 – 14 h 45	**Pause**			
14 h 45 – 16 h 20	▪ Établir la relation entre l'examen clinique, le PTI et la note au dossier	▪ PTI – Constats de l'évaluation – Directives infirmières ▪ Note au dossier	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstrations ▪ Études de cas	Utilisation d'une note au dossier où les participants doivent trouver les données manquantes et les erreurs. Les participants doivent rédiger une note au dossier.
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Halter, J. B., Ouslander, J. G., Studenski, S., High, K.P., Asthana, S., Supiano, M.A., Ritchie, C.S. (2016). Hazzard's geriatric medicine and gerontology (seventh edition). New York: McGraw-Hill.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Articles scientifiques

- Aguilera, P. A., Dang, C., & Hardin, E. (2001). Diverticulitis and Appendicitis in the Older Population: Current Clinical Strategies for Avoiding Misdiagnosis. Topics in Emergency Medicine, 23(3), 13-21.
- Bennett, J. A., Thomas, V., & Riegel, B. (2004). Unrecognized Chronic Dehydration in Older Adults: Examining Prevalence Rate and Risk Factors. Journal of gerontological nursing, 30(11), 22-28.
- Brabrand M, Kellett J, Opio M, Cooksley T, Nickel CH. (2018). Should impaired mobility on presentation be a vital sign? Acta Anaesthesiol Scand. doi: 10.1111/aas.13098.
- Cooper, G. S., Shlaes, D. M., & Salata, R. A. (1994). Intraabdominal Infection: Differences in Presentation and Outcome Between Younger Patients and the Elderly. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America, 19(July), 146-148.
- Di Saverio, S., Tugnoli, G., Orlandi, P.E., Casali, M., Catena, F., Biscardi, A., Pillay, O. et Baldoni, F. (2009). A 73-years-old man with long-term care immobility presenting with abdominal pain. Plos Medicine, 6 (7), 1-8. Extrait du site Web de Plos Medecine: http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000092
- Healthcare Infection Control Practices Advisoy Committee (2009) Guidelines for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infection, Center for Disease Control and Prevention, 67 pages.
- Hengeveld Pisarra, V. (2003). Recognizing the various presentations of appendicitis. Dimensions of Critical Care Nursing, 20(3), 24-27.
- Hilton et al. (2001). Absence of abdominal pain in older persons with Endosccopic Ulcers: Aprospective Study. The American Journal of Gastroenterology, 96(2), 380-384.
- Hinrichs, M., & Huseboe, J. (2001). Research-based protocol: management of constipation. Journal of gerontological nursing, 27(2), 17-28.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017). Infection urinaire chez l'adulte. Rapport rédigé par Fatiha Karam. Québec: INESSS.

- Jarbrink-Sehgal, M. E., Andreasson, A., Talley, N. J., Agreus, L., Song, J. Y., & Schmidt, P. T. (2016). Symptomatic Diverticulosis Is Characterized By Loose Stools. Clin Gastroenterol Hepatol, 14(12), 1763-1770 e1761. doi:10.1016/j.cgh.2016.06.014
- Jeyarah et al. (2009). Diverticula disease hospital admissions are increasing, with poor outcomes in the elderly and emergency admissions. Aliment Pharmacol Ther, 30, 1171-1182.
- Juthani Mehta, M., Van Ness, P., Bianco, L., Rink, A., Rubeck, S., Ginter, S., . . . Peduzzi, P. (2016). Effect of Cranberry Capsules on Bacteriuria Plus Pyuria Among Older Women in Nursing Homes: A Randomized Clinical Trial. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 316(18), 1879-1887.
- Karakoumis J, Nickel CH, Kirsch M, Rohacek M, Geigy N, Müller B, Ackermann S, Bingisser R. (2015). Emergency Presentations With Nonspecific Complaints-the Burden of Morbidity and the Spectrum of Underlying Disease: Nonspecific Complaints and Underlying Disease. Medicine 94(26):e840. doi: 10.1097/MD.0000000000000840.
- Kellett J, Nickel CH. (2018). What are nonspecific complaints and what are their causes and outcomes? The common unknown unknowns of medicine. Eur J Intern Med. 47:e12-e13. doi: 10.1016/j.ejim.2017.09.032.
- Kizer, K. W., & Vassar, M. J. (1998). Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. The American journal of emergency medicine, 16(4), 357-362.
- Marra, M. V., Simmons, S. F., Shotwell, M. S., Hudson, A., Hollingsworth, E. K., Long, E., . . . Silver, H. J. (2016). Elevated Serum Osmolality and Total Water Deficit Indicate Impaired Hydration Status in Residents of Long-Term Care Facilities Regardless of Low or High Body Mass Index. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 116(5), 828-836.e822. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2015.12.011
- Mentes, J. (2006). Oral hydration in older adults: greater awareness is needed in preventing, recognizing, and treating dehydration. The American journal of nursing, 106(6), 40-49; quiz 50.
- Misch F, Messmer AS, Nickel CH, Gujan M, Graber A, Blume K, Bingisser R. (2014). Impact of observation on disposition of elderly patients presenting to emergency departments with non-specific complaints. PLoS One. 28;9(5):e98097. doi: 10.1371/journal.pone.0098097.
- Mody, L., Krein, S., Saint, S., Min, L., Montoya, A., Lansing, B., . . . Bradley, S. (2015). A targeted infection prevention intervention in nursing home residents with indwelling devices: a randomized clinical trial. JAMA internal medicine, 175(5), 714-723.
- Munch, L., Tvistholm, N., Trosborg, I., & Konradsen, H. (2016). Living with constipation—older people's experiences and strategies with constipation before and during hospitalization. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 11, 10.3402/qhw.v3411.30732. doi:10.3402/qhw.v11.30732
- Navaneethan, S., Schold, J., Huang, H., Nakhoul, G., Jolly, S., Arrigain, S., . . . Nally, J. (2016). Mortality Outcomes of Patients with Chronic Kidney Disease and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. American Journal of Nephrology, 43(1), 39-46.
- Pals, J. K., Weinberg, A. D., Beal, L. F., Levesque, P. G., Cunningham, T. J., & Minaker, K. L. (1995). Clinical triggers for detection of fever and dehydration: implications for long-term care nursing. Journal of gerontological nursing, 21(4), 13-19.
- Rodrigues, S., Silva, J., Severo, M., Inácio, C., Padrão, P., Lopes, C., . . . Moreira, P. (2015). Validation Analysis of a Geriatric Dehydration Screening Tool in Community-Dwelling and Institutionalized Elderly People. International Journal of Environmental Research and Public Health, 12(3), 2700-2717. doi:10.3390/ijerph120302700

- Navaneethan, S., Schold, J., Huang, H., Nakhoul, G., Jolly, S., Arrigain, S., . . . Nally, J. (2016). Mortality Outcomes of Patients with Chronic Kidney Disease and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. American Journal of Nephrology, 43(1), 39-46.
- Pals, J. K., Weinberg, A. D., Beal, L. F., Levesque, P. G., Cunningham, T. J., & Minaker, K. L. (1995). Clinical triggers for detection of fever and dehydration: implications for long-term care nursing. Journal of gerontological nursing, 21(4), 13-19.
- Rowe, T.A., Juthani-Mehta, M. (2014). Diagnosis and Management of urinary tract infection in older adults. Infect Dis Clin North Am, 28(1), 75-89.
- Rowe, T.A., Juthani-Mehta, M. (2013). Urinary tract infection in older adults. Aging Health, 9(5) doi:10.2217/ahe.13.38.
- Rowat, A., Graham, C., & Dennis, M. (2012). Dehydration in Hospital-Admitted Stroke Patients: Detection, Frequency, and Association. Stroke, 43(3), 857‑859. doi:10.1161/STROKEAHA.111.640821
- Ruhl, C. E., & Everhart, J. E. (2011). Gallstone Disease Is Associated With Increased Mortality in the United States. Gastroenterology, 140(2), 508‑516. doi:10.1053/j.gastro.2010.10.060
- Schnelle, J.F., Simmons, F., Beuscher, L., Peterson, E.N., Habermann, R. et Leung, F. (2009). Prevalence on constipation symptoms in fecally incontinent nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society, 57 (4), 647-652.
- Serrano Falcón, B., Barceló López, M., Mateos Muñoz, B., Álvarez Sánchez, A., & Rey, E. (2016). Fecal impaction: a systematic review of its medical complications. BMC Geriatrics, 16, 4. doi:10.1186/s12877-015-0162-5
- Shimizu, M. (2012). Physical signs of dehydration in the elderly. Internal medicine, 51(10), 1207‑10.
- Siervo, M., Bunn, D., Prado, C. M., & Hooper, L. (2014). Accuracy of prediction equations for serum osmolarity in frail older people with and without diabetes. The American Journal of Clinical Nutrition, 100(3), 867-876. doi:10.3945/ajcn.114.086769
- Søreide, K., Thorsen, K., & Søreide, J. A. Clinical patterns of presentation and attenuated inflammatory response in octo- and nonagenarians with perforated gastroduodenal ulcers. Surgery, 160(2), 341-349. doi:10.1016/j.surg.2016.02.027
- Spinzi, G., Amto, A., Imperiali, G., Lenoci, N., Mandelli, G., Paggi, S., Radaelli, F., Terreni, N. et Terruzzi, V. (2009). Constipation in the elderly. Management strategies. Drugs and Aging, 26 (6), 469-474.
- Suares, N. C., & Ford, A. C. (2011). Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. The American journal of gastroenterology, 106(9), 1582–1591.
- Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. Clin Interv Aging, 7, 287‑98.
- Tangalos, E.G. (2009). Managing chronic constipation in long-term care settings. Annals of long term care, 17 (9), 22-24.
- Van lersel, M.B., van Mierlo, P.J.W.B. (2010). Abdominal pain and melena in a delirious older patient: think out of the box. Netherlands : The Journal of Medicine, 68(9), 365-368.
- Weigel K, Nickel CH, Malinovska A, Bingisser R. (2018). Symptoms at presentation to the emergency department: Predicting outcomes and changing clinical practice? Int J Clin Pract. 72(1). doi: 10.1111/ijcp.13033
- Woodford, H.J., George, J. (2011). Diagnosis and management of urinary infections in older people. Clinical Medicine, 11(1), 80-83.
- Woodford, H.J., Graham, C., Meda, M., Miciuleviciene, J. (2011) Bacteremic urinary tract infection in hospitalized older patients- are any currently available diagnostic criteria sensitive enough? Journal of the American Geriatrics Society, 59(3), 567-568.

L'examen clinique de l'abdomen de l'aîné (14 h de formation accréditée)

Philippe Voyer, inf. Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population fait en sorte qu'un nombre grandissant d'infirmières prodiguent des soins aux aînés. Les soins aux aînés présentent de nombreux défis cliniques. Parmi ceux-ci, notons la réalisation de l'examen clinique. Depuis plus de 10 ans maintenant, la loi sur les infirmières et infirmiers du Québec a changé, l'infirmière a plus que jamais recours à l'examen clinique dans sa pratique afin d'assumer pleinement ses deux premières activités réservées, à savoir l'évaluation de l'état physique et mental d'une personne symptomatique et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques. Or, la réalisation de l'examen clinique de l'aîné pose d'importants défis en raison des effets du vieillissement normal sur l'organisme vieillissant, de la multimorbidité et de la polymédication. En effet, il peut être très difficile parfois de distinguer les symptômes et les signes qui appartiennent au vieillissement normal de ceux liés à l'apparition d'une nouvelle maladie ou de l'exacerbation d'une maladie existante ou encore qui proviendraient de l'effet indésirable d'un médicament. La compétence de l'infirmière à évaluer l'aîné se trouve justement dans la différenciation de l'origine du malaise. Une connaissance approfondie de l'impact du vieillissement normal et des syndromes gériatriques sur l'examen clinique permet d'y parvenir.

Dans le cadre de cette formation, l'examen clinique de l'abdomen est explicité en prenant soin d'illustrer les particularités gériatriques. De même, la place du plan thérapeutique infirmier (PTI) et de la note au dossier dans le contexte de l'examen clinique est approfondie.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les compétences des participants dans l'utilisation de l'examen clinique abdominal auprès de l'aîné.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner la conférence web # 3 (« Introduction à l'examen clinique de l'aîné ») qui se trouve à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org. Cette conférence permettra aux participants de maîtriser les différentes dimensions de l'examen clinique infirmier. De même, les participants sont invités à visionner les capsules web suivantes : 12b et 22.

PLAN DE LA JOURNÉE (JOUR 1)

Horaire	**Objectifs spécifiques** **Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :**	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur le système digestif et la fonction éliminatoire	▪ Système digestif (bouche, œsophage, estomac, intestin grêle et côlon) ▪ Fonction éliminatoire (urinaire et fécale)	▪ Exposé interactif	
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 12 h	▪ Reconnaître les signes cliniques des problèmes de santé des systèmes gastro-intestinal et génito-urinaire chez l'aîné	▪ Signes typiques et atypiques chez l'aîné ▪ Examen gastro-intestinal ▪ Déshydratation ▪ Dysphagie ▪ Brûlements d'estomac ▪ Reflux gastro-oesophagien ▪ Ulcère gastrique ▪ Occlusion intestinale ▪ Appendicite ▪ Diverticulite ▪ Constipation ▪ Fécalome ▪ Examen génito-urinaire	▪ Exposé interactif ▪ Présentation de tableaux comparatifs des manifestations typiques et atypiques avec statistiques pour appuyer.	Concernant le signe atypique lié à la perte d'autonomie, des questions sont posées sur la façon de reconnaître la perte d'autonomie chez une personne déjà en perte d'autonomie sévère et atteinte d'une démence. Utilisation d'une vidéo démontrant

		▪ Infection urinaire		l'impact du vieillissement sur l'évaluation de la déshydratation.
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 14 h 30	▪ Procéder à l'examen physique de l'abdomen	▪ Standards des examens cliniques en situation aiguë et de suivi ▪ Inspection ▪ Auscultation ▪ Percussion ▪ Palpation	▪ Démonstration	▪ Vidéo présentant l'examen de l'abdomen auprès d'un patient âgé. ▪ Utilisation d'une vidéo démontrant le test de la gorgée ▪ Pratique en équipe de quatre
14 h 30 – 14 h 45	**Pause**			
14 h 45 – 16 h 20	▪ Établir la relation entre l'examen clinique, le PTI et la note au dossier	▪ PTI – Constats de l'évaluation – Directives infirmières ▪ Note au dossier	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstrations ▪ Études de cas	Utilisation d'une note au dossier où les participants doivent trouver les données manquantes et les erreurs. Les participants doivent rédiger une note au dossier.
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE (JOUR 2 : MENTORAT – 7 H)

- Mettre en application ses connaissances
- Réaliser l'examen clinique auprès des patients
- Recevoir de la rétroaction d'un mentor
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil cognitif du résident
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil d'autonomie du résident
- Contenu : Examen abdominal

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Halter, J. B., Ouslander, J. G., Studenski, S., High, K.P., Asthana, S., Supiano, M.A., Ritchie, C.S. (2016). Hazzard's geriatric medicine and gerontology (seventh edition). New York: McGraw-Hill.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Articles scientifiques

- Aguilera, P. A., Dang, C., & Hardin, E. (2001). Diverticulitis and Appendicitis in the Older Population: Current Clinical Strategies for Avoiding Misdiagnosis. Topics in Emergency Medicine, 23(3), 13-21.
- Bennett, J. A., Thomas, V., & Riegel, B. (2004). Unrecognized Chronic Dehydration in Older Adults: Examining Prevalence Rate and Risk Factors. Journal of gerontological nursing, 30(11), 22-28.
- Brabrand M, Kellett J, Opio M, Cooksley T, Nickel CH. (2018). Should impaired mobility on presentation be a vital sign? Acta Anaesthesiol Scand. doi: 10.1111/aas.13098.
- Cooper, G. S., Shlaes, D. M., & Salata, R. A. (1994). Intraabdominal Infection: Differences in Presentation and Outcome Between Younger Patients and the Elderly. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America, 19(July), 146-148.
- Di Saverio, S., Tugnoli, G., Orlandi, P.E., Casali, M., Catena, F., Biscardi, A., Pillay, O. et Baldoni, F. (2009). A 73-years-old man with long-term care immobility presenting with abdominal pain. Plos Medicine, 6 (7), 1-8. Extrait du site Web de Plos Medecine: http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000092
- Healthcare Infection Control Practices Advisoy Committee (2009) Guidelines for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infection, Center for Disease Control and Prevention, 67 pages.
- Hengeveld Pisarra, V. (2003). Recognizing the various presentations of appendicitis. Dimensions of Critical Care Nursing, 20(3), 24-27.
- Hilton et al. (2001). Absence of abdominal pain in older persons with Endosccopic Ulcers: Aprospective Study. The American Journal of Gastroenterology, 96(2), 380-384.
- Hinrichs, M., & Huseboe, J. (2001). Research-based protocol: management of constipation. Journal of gerontological nursing, 27(2), 17-28.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017). Infection urinaire chez l'adulte. Rapport rédigé par Fatiha Karam. Québec: INESSS.

- Jarbrink-Sehgal, M. E., Andreasson, A., Talley, N. J., Agreus, L., Song, J. Y., & Schmidt, P. T. (2016). Symptomatic Diverticulosis Is Characterized By Loose Stools. Clin Gastroenterol Hepatol, 14(12), 1763-1770 e1761. doi:10.1016/j.cgh.2016.06.014
- Jeyarah et al. (2009). Diverticula disease hospital admissions are increasing, with poor outcomes in the elderly and emergency admissions. Aliment Pharmacol Ther, 30, 1171-1182.
- Juthani Mehta, M., Van Ness, P., Bianco, L., Rink, A., Rubeck, S., Ginter, S., . . . Peduzzi, P. (2016). Effect of Cranberry Capsules on Bacteriuria Plus Pyuria Among Older Women in Nursing Homes: A Randomized Clinical Trial. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 316(18), 1879-1887.
- Karakoumis J, Nickel CH, Kirsch M, Rohacek M, Geigy N, Müller B, Ackermann S, Bingisser R. (2015). Emergency Presentations With Nonspecific Complaints-the Burden of Morbidity and the Spectrum of Underlying Disease: Nonspecific Complaints and Underlying Disease. Medicine 94(26):e840. doi: 10.1097/MD.0000000000000840.
- Kellett J, Nickel CH. (2018). What are nonspecific complaints and what are their causes and outcomes? The common unknown unknowns of medicine. Eur J Intern Med. 47:e12-e13. doi: 10.1016/j.ejim.2017.09.032.
- Kizer, K. W., & Vassar, M. J. (1998). Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. The American journal of emergency medicine, 16(4), 357-362.
- Marra, M. V., Simmons, S. F., Shotwell, M. S., Hudson, A., Hollingsworth, E. K., Long, E., . . . Silver, H. J. (2016). Elevated Serum Osmolality and Total Water Deficit Indicate Impaired Hydration Status in Residents of Long-Term Care Facilities Regardless of Low or High Body Mass Index. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 116(5), 828-836.e822. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2015.12.011
- Mentes, J. (2006). Oral hydration in older adults: greater awareness is needed in preventing, recognizing, and treating dehydration. The American journal of nursing, 106(6), 40-49; quiz 50.
- Misch F, Messmer AS, Nickel CH, Gujan M, Graber A, Blume K, Bingisser R. (2014). Impact of observation on disposition of elderly patients presenting to emergency departments with non-specific complaints. PLoS One. 28;9(5):e98097. doi: 10.1371/journal.pone.0098097.
- Mody, L., Krein, S., Saint, S., Min, L., Montoya, A., Lansing, B., . . . Bradley, S. (2015). A targeted infection prevention intervention in nursing home residents with indwelling devices: a randomized clinical trial. JAMA internal medicine, 175(5), 714-723.
- Munch, L., Tvistholm, N., Trosborg, I., & Konradsen, H. (2016). Living with constipation—older people's experiences and strategies with constipation before and during hospitalization. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 11, 10.3402/qhw.v3411.30732. doi:10.3402/qhw.v11.30732
- Navaneethan, S., Schold, J., Huang, H., Nakhoul, G., Jolly, S., Arrigain, S., . . . Nally, J. (2016). Mortality Outcomes of Patients with Chronic Kidney Disease and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. American Journal of Nephrology, 43(1), 39-46.
- Pals, J. K., Weinberg, A. D., Beal, L. F., Levesque, P. G., Cunningham, T. J., & Minaker, K. L. (1995). Clinical triggers for detection of fever and dehydration: implications for long-term care nursing. Journal of gerontological nursing, 21(4), 13-19.
- Rodrigues, S., Silva, J., Severo, M., Inácio, C., Padrão, P., Lopes, C., . . . Moreira, P. (2015). Validation Analysis of a Geriatric Dehydration Screening Tool in Community-Dwelling and Institutionalized Elderly People. International Journal of Environmental Research and Public Health, 12(3), 2700-2717. doi:10.3390/ijerph120302700

- Navaneethan, S., Schold, J., Huang, H., Nakhoul, G., Jolly, S., Arrigain, S., . . . Nally, J. (2016). Mortality Outcomes of Patients with Chronic Kidney Disease and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. American Journal of Nephrology, 43(1), 39-46.
- Pals, J. K., Weinberg, A. D., Beal, L. F., Levesque, P. G., Cunningham, T. J., & Minaker, K. L. (1995). Clinical triggers for detection of fever and dehydration: implications for long-term care nursing. Journal of gerontological nursing, 21(4), 13-19.
- Rowe, T.A., Juthani-Mehta, M. (2014). Diagnosis and Management of urinary tract infection in older adults. Infect Dis Clin North Am, 28(1), 75-89.
- Rowe, T.A., Juthani-Mehta, M. (2013). Urinary tract infection in older adults. Aging Health, 9(5) doi:10.2217/ahe.13.38.
- Rowat, A., Graham, C., & Dennis, M. (2012). Dehydration in Hospital-Admitted Stroke Patients: Detection, Frequency, and Association. Stroke, 43(3), 857‑859. doi:10.1161/STROKEAHA.111.640821
- Ruhl, C. E., & Everhart, J. E. (2011). Gallstone Disease Is Associated With Increased Mortality in the United States. Gastroenterology, 140(2), 508‑516. doi:10.1053/j.gastro.2010.10.060
- Schnelle, J.F., Simmons, F., Beuscher, L., Peterson, E.N., Habermann, R. et Leung, F. (2009). Prevalence on constipation symptoms in fecally incontinent nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society, 57 (4), 647-652.
- Serrano Falcón, B., Barceló López, M., Mateos Muñoz, B., Álvarez Sánchez, A., & Rey, E. (2016). Fecal impaction: a systematic review of its medical complications. BMC Geriatrics, 16, 4. doi:10.1186/s12877-015-0162-5
- Shimizu, M. (2012). Physical signs of dehydration in the elderly. Internal medicine, 51(10), 1207‑10.
- Siervo, M., Bunn, D., Prado, C. M., & Hooper, L. (2014). Accuracy of prediction equations for serum osmolarity in frail older people with and without diabetes. The American Journal of Clinical Nutrition, 100(3), 867-876. doi:10.3945/ajcn.114.086769
- Søreide, K., Thorsen, K., & Søreide, J. A. Clinical patterns of presentation and attenuated inflammatory response in octo- and nonagenarians with perforated gastroduodenal ulcers. Surgery, 160(2), 341-349. doi:10.1016/j.surg.2016.02.027
- Spinzi, G., Amto, A., Imperiali, G., Lenoci, N., Mandelli, G., Paggi, S., Radaelli, F., Terreni, N. et Terruzzi, V. (2009). Constipation in the elderly. Management strategies. Drugs and Aging, 26 (6), 469-474.
- Suares, N. C., & Ford, A. C. (2011). Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. The American journal of gastroenterology, 106(9), 1582–1591.
- Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. Clin Interv Aging, 7, 287‑98.
- Tangalos, E.G. (2009). Managing chronic constipation in long-term care settings. Annals of long term care, 17 (9), 22-24.
- Van lersel, M.B., van Mierlo, P.J.W.B. (2010). Abdominal pain and melena in a delirious older patient: think out of the box. Netherlands : The Journal of Medicine, 68(9), 365-368.
- Weigel K, Nickel CH, Malinovska A, Bingisser R. (2018). Symptoms at presentation to the emergency department: Predicting outcomes and changing clinical practice? Int J Clin Pract. 72(1). doi: 10.1111/ijcp.13033
- Woodford, H.J., George, J. (2011). Diagnosis and management of urinary infections in older people. Clinical Medicine, 11(1), 80-83.
- Woodford, H.J., Graham, C., Meda, M., Miciuleviciene, J. (2011) Bacteremic urinary tract infection in hospitalized older patients- are any currently available diagnostic criteria sensitive enough? Journal of the American Geriatrics Society, 59(3), 567-568.

Saison 2019 – 2020
Formation continue
Atelier (7 h)

L'examen clinique cardiaque de l'aîné

Philippe Voyer, inf. Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population fait en sorte qu'un nombre grandissant d'infirmières prodiguent des soins aux aînés. Les soins aux aînés présentent de nombreux défis cliniques. Parmi ceux-ci, notons la réalisation de l'examen clinique. Depuis plus de 10 ans maintenant, la loi sur les infirmières et infirmiers du Québec a changé, l'infirmière a plus que jamais recours à l'examen clinique dans sa pratique afin d'assumer pleinement ses deux premières activités réservées, à savoir l'évaluation de l'état physique et mental d'une personne symptomatique et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques. Or, la réalisation de l'examen clinique de l'aîné pose d'importants défis en raison des effets du vieillissement normal sur l'organisme vieillissant, de la multimorbidité et de la polymédication. En effet, il peut être très difficile parfois de distinguer les symptômes et les signes qui appartiennent au vieillissement normal de ceux liés à l'apparition d'une nouvelle maladie ou de l'exacerbation d'une maladie existante ou encore qui proviendraient de l'effet indésirable d'un médicament. La compétence de l'infirmière à évaluer l'aîné se trouve justement dans la différenciation de l'origine du malaise. Une connaissance approfondie de l'impact du vieillissement normal et des syndromes gériatriques sur l'examen clinique permet d'y parvenir.

Dans le cadre de cette formation, l'examen clinique cardiaque de l'aîné est explicité en prenant en considération le contexte clinique de l'examen (aigu et suivi). De même, la place du plan thérapeutique infirmier (PTI) et de la note au dossier dans le contexte de l'examen clinique cardiaque est introduite.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les compétences des participants dans l'utilisation de l'examen clinique cardiaque chez l'aîné.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner la conférence web # 3 (« Introduction à l'examen clinique de l'aîné ») qui se trouve à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org. Cette conférence permettra aux participants de maîtriser les différentes dimensions de l'examen clinique infirmier. De même, les participants sont encouragés à visionner les capsules web suivantes : 12b, 18, 20 et 31.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire l'anatomie et la physiologie du cœur ▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur le système cardiovasculaire	▪ Anatomie du cœur ▪ Physiologie du fonctionnement du cœur ▪ Vieillissement du système cardiovasculaire	▪ Exposé interactif	▪ Utilisation d'un logiciel (animation virtuelle de la physiologie du cœur)
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 35 – 11 h 15	▪ Reconnaître les signes typiques et atypiques des problèmes de santé du système cardiaque chez l'aîné	▪ Signes typiques et atypiques de l'angine et de l'infarctus du myocarde chez l'aîné. ▪ Insuffisance cardiaque ▪ Œdème aigu du poumon ▪ Souffles cardiaques	▪ Exposé interactif	Concernant le signe atypique lié à la perte d'autonomie, des questions sont posées sur la façon de reconnaître la perte d'autonomie chez une personne déjà en perte d'autonomie sévère et atteinte d'une démence.

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	Autres informations jugées pertinentes
11 h 15 – 12 h	▪ Expliquer les causes des bruits cardiaques normaux et anormaux chez l'aîné	▪ Foyers d'auscultations cardiaques et bruits associés normaux et anormaux ▪ Explication de la physiopathologie des bruits cardiaques	▪ Exposé interactif	Reconnaissance des signes cliniques d'une défaillance cardiaque aiguë et chronique.
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 15 h 15	▪ Procéder à l'examen physique du système cardiaque	▪ Standards de pratique en situation aiguë et de suivi ▪ Inspection ▪ Mesure de la pression veineuse jugulaire ▪ Palpation ▪ Auscultation	▪ Démonstration	▪ Vidéo présentant une infirmière effectuant un examen clinique cardiaque de suivi auprès d'un aîné atteint d'insuffisance cardiaque ▪ Pratique en équipe de quatre
15 h 15 – 15 h 35	**Pause**			
15 h 35 – 16 h 20	▪ Établir la relation entre l'examen clinique, le PTI et la note au dossier	▪ PTI : ▪ Constats de l'évaluation ▪ Directives infirmières ▪ Note au dossier ▪ Situation aiguë ▪ Situation de suivi	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstrations ▪ Études de cas	Utilisation d'une note au dossier où les participants doivent trouver les données manquantes et les erreurs.
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Libby et al (2008) Braunwald's Heart Disease, 8th edition, chez Saunders Elsevier.
- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Jacques, I., Lavoie, S., Cyr, N., Claveau, D., Kasprzak, L., Lépine, H., Mercier, J., Rey, S., Roy, S., Voyer, P. (2010). Le plan thérapeutique infirmier dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée : Étude de cas : PTI en situation complexe. Faculté des sciences infirmières, Université Laval. Québec.
- Halter, J.B., et al. (2009) Hazzard's geriatric medicine and gerontology (sixth edition).New York: McGraw-Hill.
- Voyer, P., Cyr, N., Kasprzak, L., Lépine, H., Rey, S., Gauthier, N., Jacques, I., Lavoie, S.,Bédard, M., Caron, N., Coulombe, A., Dubois, R., Lapointe, L., Parent, G., Mercier, J. (2009). Le plan thérapeutique infirmier dans les centres d'hébergement de soins de longue durée : Faits saillants des travaux du comité UL-PTI-CHSLD, Québec. ISBN : 978-2-922264-06-7.
- Voyer, P., Szwebel, T.A. (2010). La personne âgée (p. 327-351), In Cloutier, L., Delmas, P., Dall'Ava-Santucci, J. (directeurs), La pratique infirmière de l'examen clinique. Paris : de boeck.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.
- Halter, J. B., Ouslander, J. G., Studenski, S., High, K.P., Asthana, S., Supiano, M.A., Ritchie, C.S. (2016). Hazzard's geriatric medicine and gerontology (seventh edition). New York: McGraw-Hill.

Articles scientifiques

- Agnoletti, D., Valbusa, F., Labat, C., Gautier, S., Mourad, J.-J., & Benetos, A. (2016). Evidence for a Prognostic Role of Orthostatic Hypertension on Survival in a Very Old Institutionalized Population. Hypertension, 67(1), 191-196.
- Ahmed, A. (2003). Treatment of chronic heart failure in long-term care facilities: implications of recent heart failure guidelines recommendations. Archives of gerontology and geriatrics, 37(2), 131-137.
- Arnold, J.M.O., Howlett, J.G., Ducharme, A., Ezekowitz, J.A., Gardner, M.J., Giannetti, N., Haddad, H., Heckman, G.A., Isaac, D., Jong, P., Liu, P., Mann, E., McKelvie, R.S., Moe, G.W., Svendsen, A.M., Tsuyuki, R.T., O'Halloran, K., Ross, H.J., Sequeira, E.J., et White, M. (2008). Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference guidelines on heart failure – 2008 update: Best practices for the transition of care failure patients, and the recognition, investigation and treatment of cardiomyopathies. Canadian Journal of Cardiology, 24(1), 21-40.
- Beckett et al. (2012). Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to hypertension in the very elderly randomised controlled trial. BMJ, 344:d7541

- Blue L, Lang E, McMurray JJ, et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. BMJ Clinical research ed 2001 Sep 29;323(7315):715-718.
- Bulpitt et al. (2013). Does with coat hypertension require treatment over age 80? Results of the hypertension in the very elderly trial ambulatory blood pressure side project. Hupertension, 61, 89-94.
- Brabrand M, Kellett J, Opio M, Cooksley T, Nickel CH. (2018). Should impaired mobility on presentation be a vital sign? Acta Anaesthesiol Scand. doi: 10.1111/aas.13098.
- Canto et al. (2012). Association of Age and Sex With Myocardial Infarction Symptom Presentation and In-Hospital Mortality JAMA;307(8):813-822
- Cooke et al. (2013). The prevalence and pathological correlates of orthostatic hypotension and its subtypes when measured using beat-to-beat technology in a sample of older adults living in the community. Age and Ageing 2013; 0: 1–6 doi: 10.1093/ageing/aft112
- Coventry, L., Bremner, A., Williams, T., Celenza, A., Jacobs, I., & Finn, J. (2015). Characteristics and Outcomes of MI Patients with and without Chest Pain: A Cohort Study. Heart, lung and circulation, 24(8), 796-805.
- Daamen, M. A. M. J., Hamers, J. P. H., Gorgels, A. P. M., Brunner-La Rocca, H.-P., Tan, F. E. S., van Dieijen-Visser, M. P., & Schols, J. M. G. A. (2015). Heart failure in nursing home residents; a cross-sectional study to determine the prevalence and clinical characteristics. BMC Geriatrics, 15, 167. doi:10.1186/s12877-015-0166-1
- Dasgupta et al. (2014). The 2014 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. Canadian Journal of Cardiology, 30.
- Dennison Himmelfarb, C., Hayman, L., & Nelson Worel, J. (2016). How Low Can You Go?: Implications of the Systolic Blood Pressure Intervention Trial for Hypertension Management. Journal of cardiovascular nursing, 31(2), 99-100.
- European Society of Cardiology (2011). Self-care management of heart failure: practical recommendations from the patient care committee of the heart failure association of the European society of cardiology. Eur Journal of Heart Failure, 12(2), 115-126.
- Evangelista, L.S., Sackett, E., et Dracup, K. (2009). Pain and heart failure: Unrecognized and untreated. European Journal of Cardiovascular Nursing, 8(3), 169-173.
- Ezekowitz, J. A., O'Meara, E., McDonald, M. A., Abrams, H., Chan, M., Ducharme, A., . . . Sussex, B. 2017 Comprehensive Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Heart Failure. Canadian Journal of Cardiology, 33(11), 1342-1433. doi:10.1016/j.cjca.2017.08.022
- Gayda, M., Gremeaux, V., Bherer, L., Juneau, M., Drigny, J., Dupuy, O., . . . Nigam, A. (2017). Cognitive function in patients with stable coronary heart disease: Related cerebrovascular and cardiovascular responses. PLoS ONE, 12(9), e0183791. doi:10.1371/journal.pone.0183791
- Giulia et al. (2015). Resting heart rate, heart rate variability and functional decline in old age. CMAJ DOI:10.1503 /cmaj.150462

- Goch, A., Misiewicz, P., Rysz, J., & Banach, M. (2009). The clinical manifestation of myocardial infarction in elderly patients. Clin Cardiol, 32(6), E46-51.
- Gokhroo, R. K., Ranwa, B. L., Kishor, K., Priti, K., Ananthraj, A., Gupta, S., & Bisht, D. (2016). Sweating: A Specific Predictor of ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Among the Symptoms of Acute Coronary Syndrome: Sweating In Myocardial Infarction (SWIMI) Study Group. Clin Cardiol, 39(2), 90-95. doi:10.1002/clc.22498
- Haute Autorité de Santé (2010). Les marqueurs cardiaques dans la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque en médecine ambulatoire. Rapport d'évaluation technologique. Saint-Denis La Plaine: HAS.
- Hwang, R., Morris, N. R., Mandrusiak, A., Mudge, A., Suna, J., Adsett, J., & Russell, T. (2016). Timed Up and Go Test: A Reliable and Valid Test in Patients With Chronic Heart Failure. Journal of Cardiac Failure, 22(8), 646-650. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2015.09.018
- Jurgens et al (2015). Heart Failure Management in Skilled Nursing Facilities A Scientific Statement From the American Heart Association and the Heart Failure Society of America. Circ Heart Fail. 2015;8:00–00. DOI: 10.1161/HHF.0000000000000005
- Kannel, W. B., D'Agostino, R. B., & Silbershatz, H. (1997). Blood pressure and cardiovascular morbidity and mortality rates in the elderly. American Heart Journal, 134(4), 758-763.
- Kannel WB. Historic perspectives on the relative contributions of diastolic and systolic blood pressure elevation to cardiovascular risk profile. American Heart Journal 1999;138(3):S205-S210.
- Kannel WB. Elevated systolic blood pressure as a cardiovascular risk factor. The American journal of cardiology 2000;85(2):251-255.
- Karakoumis J, Nickel CH, Kirsch M, Rohacek M, Geigy N, Müller B, Ackermann S, Bingisser R. (2015). Emergency Presentations With Nonspecific Complaints-the Burden of Morbidity and the Spectrum of Underlying Disease: Nonspecific Complaints and Underlying Disease. Medicine 94(26):e840. doi: 10.1097/MD.0000000000000840.
- Kellett J, Nickel CH. (2018). What are nonspecific complaints and what are their causes and outcomes? The common unknown unknowns of medicine. Eur J Intern Med. 47:e12-e13. doi: 10.1016/j.ejim.2017.09.032.
- Lien, C. T. C., Gillespie, N. D., Struthers, A. D., & McMurdo, M. E. T. (2002). Heart failure in frail elderly patients: diagnostic difficulties, co-morbidities, polypharmacy and treatment dilemmas. European Journal of Heart Failure, 4(1), 91-98.
- Mangio, K., Berry, C. (2014). Survival in the elderly after acute myocardial infarction : room for more improvement. Age Ageing, 43(6), 739-740.
- Mant J, Doust J, Roalfe A, Barton P, Cowie MR, Glasziou P, et al. (2009) Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostic strategies in primary care. Health Technol Assess, 13(32).
- Maurer MS, Cohen S, Cheng H. The Degree and Timing of Orthostatic Blood Pressure Changes in Relation to Falls in Nursing Home Residents. Journal of the American Medical Directors Association 2004;5(4):233-238.
- Mehta, L. S., Beckie, T. M., DeVon, H. A., Grines, C. L., Krumholz, H. M., Johnson, M. N., . . . Outcomes, R. (2016). Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation, 133(9), 916-947. doi:10.1161/CIR.0000000000000351

- Misch F, Messmer AS, Nickel CH, Gujan M, Graber A, Blume K, Bingisser R. (2014). Impact of observation on disposition of elderly patients presenting to emergency departments with non-specific complaints. PLoS One. 28;9(5):e98097. doi: 10.1371/journal.pone.0098097.
- Muehlsteff et al. (2011). Cardiac status assessment with a multi-signal device for improved home-based congestive heart failure management. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc, 876-879.
- Park, J.-H., Tahk, S.-J., & Bae, S. H. (2015). Depression and Anxiety as Predictors of Recurrent Cardiac Events 12 Months After Percutaneous Coronary Interventions. Journal of cardiovascular nursing, 30(4), 351.
- Pastori et al. (2014). Incidence of myocardial infarction and vascular death in anticoagulated elderly patients with atrial fibrillation: Relation to atherosclerotic risk factors. Chest, doi: 10.1378/chest.14-2414.
- Sauer et al. (2010). Nurses' performance in classifying heart failure patients based on physical exam: comparison with cardiologist's physical exam and levels of N-terminal pro-B-type natriuretic peptide. Journal of Clinical Nursing, 19, 3381-3389.
- Shah, A. M., Claggett, B., Folsom, A. R., Lutsey, P. L., Ballantyne, C. M., Heiss, G., & Solomon, S. D. (2015). Ideal Cardiovascular Health During Adult Life and Cardiovascular Structure and Function Among the Elderly. Circulation, 132(21), 1979-1989. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.017882
- Sheifer SE, Rathore SS, Gersh BJ, et al. (2000) Time to presentation with acute myocardial infarction in the elderly: associations with race, sex, and socioeconomic characteristics. Circulation;102(14):1651-1656.
- Then, K. L., Rankin, J. A., & Fofonoff, D. A. (2001). Atypical presentation of acute myocardial infarction in 3 age groups. Heart & Lung: the Journal of Critical Care, 30(4), 285-293.
- Tzourio C, Dufouil C, Ducimetière P, et al. (1999) Cognitive decline in individuals with high blood pressure. Neurology;53(9):1948-1952.
- Wannamethee, S. G., Papacosta, O., Lennon, L., & Whincup, P. H. (2016). Self-Reported Sleep Duration, Napping, and Incident Heart Failure: Prospective Associations in the British Regional Heart Study. Journal of the American Geriatrics Society, 64(9), 1845-1850. doi:10.1111/jgs.14255
- Weigel K, Nickel CH, Malinovska A, Bingisser R. (2018). Symptoms at presentation to the emergency department: Predicting outcomes and changing clinical practice? Int J Clin Pract. 72(1). doi: 10.1111/ijcp.13033

L'examen clinique cardiaque de l'aîné (14 h de formation accréditée)

Philippe Voyer, inf. Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population fait en sorte qu'un nombre grandissant d'infirmières prodiguent des soins aux aînés. Les soins aux aînés présentent de nombreux défis cliniques. Parmi ceux-ci, notons la réalisation de l'examen clinique. Depuis plus de 10 ans maintenant, la loi sur les infirmières et infirmiers du Québec a changé, l'infirmière a plus que jamais recours à l'examen clinique dans sa pratique afin d'assumer pleinement ses deux premières activités réservées, à savoir l'évaluation de l'état physique et mental d'une personne symptomatique et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques. Or, la réalisation de l'examen clinique de l'aîné pose d'importants défis en raison des effets du vieillissement normal sur l'organisme vieillissant, de la multimorbidité et de la polymédication. En effet, il peut être très difficile parfois de distinguer les symptômes et les signes qui appartiennent au vieillissement normal de ceux liés à l'apparition d'une nouvelle maladie ou de l'exacerbation d'une maladie existante ou encore qui proviendraient de l'effet indésirable d'un médicament. La compétence de l'infirmière à évaluer l'aîné se trouve justement dans la différenciation de l'origine du malaise. Une connaissance approfondie de l'impact du vieillissement normal et des syndromes gériatriques sur l'examen clinique permet d'y parvenir.

Dans le cadre de cette formation, l'examen clinique cardiaque de l'aîné est explicité en prenant en considération le contexte clinique de l'examen (aigu et suivi). De même, la place du plan thérapeutique infirmier (PTI) et de la note au dossier dans le contexte de l'examen clinique cardiaque est introduite.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les compétences des participants dans l'utilisation de l'examen clinique cardiaque chez l'aîné.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner la conférence web # 3 (« Introduction à l'examen clinique de l'aîné ») qui se trouve à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org. Cette conférence permettra aux participants de maîtriser les différentes dimensions de l'examen clinique infirmier. De même, les participants sont encouragés à visionner les capsules web suivantes : 12b, 18, 20 et 31.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE (JOUR 2 : MENTORAT – 7 H)

- Mettre en application ses connaissances
- Réaliser l'examen clinique auprès des patients
- Recevoir de la rétroaction d'un mentor
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil cognitif du résident
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil d'autonomie du résident
- Contenu :
  - Examen cardiaque

PLAN DE LA JOURNÉE (JOUR 1)

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire l'anatomie et la physiologie du cœur ▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur le système cardiovasculaire	▪ Anatomie du cœur ▪ Physiologie du fonctionnement du cœur ▪ Vieillissement du système cardiovasculaire	▪ Exposé interactif	▪ Utilisation d'un logiciel (animation virtuelle de la physiologie du cœur)
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 35 – 11 h 15	▪ Reconnaître les signes typiques et atypiques des problèmes de santé du système cardiaque chez l'aîné	▪ Signes typiques et atypiques de l'angine et de l'infarctus du myocarde chez l'aîné. ▪ Insuffisance cardiaque ▪ Œdème aigu du poumon ▪ Souffles cardiaques	▪ Exposé interactif	Concernant le signe atypique lié à la perte d'autonomie, des questions sont posées sur la façon de reconnaître la perte d'autonomie chez une personne déjà en perte d'autonomie sévère et atteinte d'une démence.
11 h 15 – 12 h	▪ Expliquer les causes des bruits cardiaques normaux et	▪ Foyers d'auscultations cardiaques et bruits associés normaux et anormaux	▪ Exposé interactif	Reconnaissance des signes cliniques d'une défaillance cardiaque aiguë et chronique.

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	anormaux chez l'aîné	▪ Explication de la physiopathologie des bruits cardiaques		
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 15 h 15	▪ Procéder à l'examen physique du système cardiaque	▪ Standards de pratique en situation aiguë et de suivi ▪ Inspection ▪ Mesure de la pression veineuse jugulaire ▪ Palpation ▪ Auscultation	▪ Démonstration	▪ Vidéo présentant une infirmière effectuant un examen clinique cardiaque de suivi auprès d'un aîné atteint d'insuffisance cardiaque ▪ Pratique en équipe de quatre
15 h 15 – 15 h 35	**Pause**			
15 h 35 – 16 h 20	▪ Établir la relation entre l'examen clinique, le PTI et la note au dossier	▪ PTI : ▪ Constats de l'évaluation ▪ Directives infirmières ▪ Note au dossier ▪ Situation aiguë ▪ Situation de suivi	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstrations ▪ Études de cas	Utilisation d'une note au dossier où les participants doivent trouver les données manquantes et les erreurs.
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Libby et al (2008) Braunwald's Heart Disease, 8th edition, chez Saunders Elsevier.
- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Jacques, I., Lavoie, S., Cyr, N., Claveau, D., Kasprzak, L., Lépine, H., Mercier, J., Rey, S., Roy, S., Voyer, P. (2010). Le plan thérapeutique infirmier dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée : Étude de cas : PTI en situation complexe. Faculté des sciences infirmières, Université Laval. Québec.
- Halter, J.B., et al. (2009) Hazzard's geriatric medicine and gerontology (sixth edition).New York: McGraw-Hill.
- Voyer, P., Cyr, N., Kasprzak, L., Lépine, H., Rey, S., Gauthier, N., Jacques, I., Lavoie, S.,Bédard, M., Caron, N., Coulombe, A., Dubois, R., Lapointe, L., Parent, G., Mercier, J. (2009). Le plan thérapeutique infirmier dans les centres d'hébergement de soins de longue durée : Faits saillants des travaux du comité UL-PTI-CHSLD, Québec. ISBN : 978-2-922264-06-7.
- Voyer, P., Szwebel, T.A. (2010). La personne âgée (p. 327-351), In Cloutier, L., Delmas, P., Dall'Ava-Santucci, J. (directeurs), La pratique infirmière de l'examen clinique. Paris : de boeck.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.
- Halter, J. B., Ouslander, J. G., Studenski, S., High, K.P., Asthana, S., Supiano, M.A., Ritchie, C.S. (2016). Hazzard's geriatric medicine and gerontology (seventh edition). New York: McGraw-Hill.

Articles scientifiques

- Agnoletti, D., Valbusa, F., Labat, C., Gautier, S., Mourad, J.-J., & Benetos, A. (2016). Evidence for a Prognostic Role of Orthostatic Hypertension on Survival in a Very Old Institutionalized Population. Hypertension, 67(1), 191-196.
- Ahmed, A. (2003). Treatment of chronic heart failure in long-term care facilities: implications of recent heart failure guidelines recommendations. Archives of gerontology and geriatrics, 37(2), 131-137.
- Arnold, J.M.O., Howlett, J.G., Ducharme, A., Ezekowitz, J.A., Gardner, M.J., Giannetti, N., Haddad, H., Heckman, G.A., Isaac, D., Jong, P., Liu, P., Mann, E., McKelvie, R.S., Moe, G.W., Svendsen, A.M., Tsuyuki, R.T., O'Halloran, K., Ross, H.J., Sequeira, E.J., et White, M. (2008). Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference guidelines on heart failure – 2008 update: Best practices for the transition of care failure patients, and the recognition, investigation and treatment of cardiomyopathies. Canadian Journal of Cardiology, 24(1), 21-40.
- Beckett et al. (2012). Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to hypertension in the very elderly randomised controlled trial. BMJ, 344:d7541

- Blue L, Lang E, McMurray JJ, et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. BMJ Clinical research ed 2001 Sep 29;323(7315):715-718.
- Bulpitt et al. (2013). Does with coat hypertension require treatment over age 80? Results of the hypertension in the very elderly trial ambulatory blood pressure side project. Hupertension, 61, 89-94.
- Brabrand M, Kellett J, Opio M, Cooksley T, Nickel CH. (2018). Should impaired mobility on presentation be a vital sign? Acta Anaesthesiol Scand. doi: 10.1111/aas.13098.
- Canto et al. (2012). Association of Age and Sex With Myocardial Infarction Symptom Presentation and In-Hospital Mortality JAMA;307(8):813-822
- Cooke et al. (2013). The prevalence and pathological correlates of orthostatic hypotension and its subtypes when measured using beat-to-beat technology in a sample of older adults living in the community. Age and Ageing 2013; 0: 1–6 doi: 10.1093/ageing/aft112
- Coventry, L., Bremner, A., Williams, T., Celenza, A., Jacobs, I., & Finn, J. (2015). Characteristics and Outcomes of MI Patients with and without Chest Pain: A Cohort Study. Heart, lung and circulation, 24(8), 796-805.
- Daamen, M. A. M. J., Hamers, J. P. H., Gorgels, A. P. M., Brunner-La Rocca, H.-P., Tan, F. E. S., van Dieijen-Visser, M. P., & Schols, J. M. G. A. (2015). Heart failure in nursing home residents; a cross-sectional study to determine the prevalence and clinical characteristics. BMC Geriatrics, 15, 167. doi:10.1186/s12877-015-0166-1
- Dasgupta et al. (2014). The 2014 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. Canadian Journal of Cardiology, 30.
- Dennison Himmelfarb, C., Hayman, L., & Nelson Worel, J. (2016). How Low Can You Go?: Implications of the Systolic Blood Pressure Intervention Trial for Hypertension Management. Journal of cardiovascular nursing, 31(2), 99-100.
- European Society of Cardiology (2011). Self-care management of heart failure: practical recommendations from the patient care committee of the heart failure association of the European society of cardiology. Eur Journal of Heart Failure, 12(2), 115-126.
- Evangelista, L.S., Sackett, E., et Dracup, K. (2009). Pain and heart failure: Unrecognized and untreated. European Journal of Cardiovascular Nursing, 8(3), 169-173.
- Ezekowitz, J. A., O'Meara, E., McDonald, M. A., Abrams, H., Chan, M., Ducharme, A., . . . Sussex, B. 2017 Comprehensive Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Heart Failure. Canadian Journal of Cardiology, 33(11), 1342-1433. doi:10.1016/j.cjca.2017.08.022
- Gayda, M., Gremeaux, V., Bherer, L., Juneau, M., Drigny, J., Dupuy, O., . . . Nigam, A. (2017). Cognitive function in patients with stable coronary heart disease: Related cerebrovascular and cardiovascular responses. PLoS ONE, 12(9), e0183791. doi:10.1371/journal.pone.0183791
- Giulia et al. (2015). Resting heart rate, heart rate variability and functional decline in old age. CMAJ DOI:10.1503 /cmaj.150462

- Goch, A., Misiewicz, P., Rysz, J., & Banach, M. (2009). The clinical manifestation of myocardial infarction in elderly patients. Clin Cardiol, 32(6), E46-51.
- Gokhroo, R. K., Ranwa, B. L., Kishor, K., Priti, K., Ananthraj, A., Gupta, S., & Bisht, D. (2016). Sweating: A Specific Predictor of ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Among the Symptoms of Acute Coronary Syndrome: Sweating In Myocardial Infarction (SWIMI) Study Group. Clin Cardiol, 39(2), 90-95. doi:10.1002/clc.22498
- Haute Autorité de Santé (2010). Les marqueurs cardiaques dans la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque en médecine ambulatoire. Rapport d'évaluation technologique. Saint-Denis La Plaine: HAS.
- Hwang, R., Morris, N. R., Mandrusiak, A., Mudge, A., Suna, J., Adsett, J., & Russell, T. (2016). Timed Up and Go Test: A Reliable and Valid Test in Patients With Chronic Heart Failure. Journal of Cardiac Failure, 22(8), 646-650. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2015.09.018
- Jurgens et al (2015). Heart Failure Management in Skilled Nursing Facilities A Scientific Statement From the American Heart Association and the Heart Failure Society of America. Circ Heart Fail. 2015;8:00–00. DOI: 10.1161/HHF.0000000000000005
- Kannel, W. B., D'Agostino, R. B., & Silbershatz, H. (1997). Blood pressure and cardiovascular morbidity and mortality rates in the elderly. American Heart Journal, 134(4), 758-763.
- Kannel WB. Historic perspectives on the relative contributions of diastolic and systolic blood pressure elevation to cardiovascular risk profile. American Heart Journal 1999;138(3):S205-S210.
- Kannel WB. Elevated systolic blood pressure as a cardiovascular risk factor. The American journal of cardiology 2000;85(2):251-255.
- Karakoumis J, Nickel CH, Kirsch M, Rohacek M, Geigy N, Müller B, Ackermann S, Bingisser R. (2015). Emergency Presentations With Nonspecific Complaints-the Burden of Morbidity and the Spectrum of Underlying Disease: Nonspecific Complaints and Underlying Disease. Medicine 94(26):e840. doi: 10.1097/MD.0000000000000840.
- Kellett J, Nickel CH. (2018). What are nonspecific complaints and what are their causes and outcomes? The common unknown unknowns of medicine. Eur J Intern Med. 47:e12-e13. doi: 10.1016/j.ejim.2017.09.032.
- Lien, C. T. C., Gillespie, N. D., Struthers, A. D., & McMurdo, M. E. T. (2002). Heart failure in frail elderly patients: diagnostic difficulties, co-morbidities, polypharmacy and treatment dilemmas. European Journal of Heart Failure, 4(1), 91-98.
- Mangio, K., Berry, C. (2014). Survival in the elderly after acute myocardial infarction : room for more improvement. Age Ageing, 43(6), 739-740.
- Mant J, Doust J, Roalfe A, Barton P, Cowie MR, Glasziou P, et al. (2009) Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostic strategies in primary care. Health Technol Assess, 13(32).
- Maurer MS, Cohen S, Cheng H. The Degree and Timing of Orthostatic Blood Pressure Changes in Relation to Falls in Nursing Home Residents. Journal of the American Medical Directors Association 2004;5(4):233-238.
- Mehta, L. S., Beckie, T. M., DeVon, H. A., Grines, C. L., Krumholz, H. M., Johnson, M. N., . . . Outcomes, R. (2016). Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation, 133(9), 916-947. doi:10.1161/CIR.0000000000000351

- Misch F, Messmer AS, Nickel CH, Gujan M, Graber A, Blume K, Bingisser R. (2014). Impact of observation on disposition of elderly patients presenting to emergency departments with non-specific complaints. PLoS One. 28;9(5):e98097. doi: 10.1371/journal.pone.0098097.
- Muehlsteff et al. (2011). Cardiac status assessment with a multi-signal device for improved home-based congestive heart failure management. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc, 876-879.
- Park, J.-H., Tahk, S.-J., & Bae, S. H. (2015). Depression and Anxiety as Predictors of Recurrent Cardiac Events 12 Months After Percutaneous Coronary Interventions. Journal of cardiovascular nursing, 30(4), 351.
- Pastori et al. (2014). Incidence of myocardial infarction and vascular death in anticoagulated elderly patients with atrial fibrillation: Relation to atherosclerotic risk factors. Chest, doi: 10.1378/chest.14-2414.
- Sauer et al. (2010). Nurses' performance in classifying heart failure patients based on physical exam: comparison with cardiologist's physical exam and levels of N-terminal pro-B-type natriuretic peptide. Journal of Clinical Nursing, 19, 3381-3389.
- Shah, A. M., Claggett, B., Folsom, A. R., Lutsey, P. L., Ballantyne, C. M., Heiss, G., & Solomon, S. D. (2015). Ideal Cardiovascular Health During Adult Life and Cardiovascular Structure and Function Among the Elderly. Circulation, 132(21), 1979-1989. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.017882
- Sheifer SE, Rathore SS, Gersh BJ, et al. (2000) Time to presentation with acute myocardial infarction in the elderly: associations with race, sex, and socioeconomic characteristics. Circulation;102(14):1651-1656.
- Then, K. L., Rankin, J. A., & Fofonoff, D. A. (2001). Atypical presentation of acute myocardial infarction in 3 age groups. Heart & Lung: the Journal of Critical Care, 30(4), 285-293.
- Tzourio C, Dufouil C, Ducimetière P, et al. (1999) Cognitive decline in individuals with high blood pressure. Neurology;53(9):1948-1952.
- Wannamethee, S. G., Papacosta, O., Lennon, L., & Whincup, P. H. (2016). Self-Reported Sleep Duration, Napping, and Incident Heart Failure: Prospective Associations in the British Regional Heart Study. Journal of the American Geriatrics Society, 64(9), 1845-1850. doi:10.1111/jgs.14255
- Weigel K, Nickel CH, Malinovska A, Bingisser R. (2018). Symptoms at presentation to the emergency department: Predicting outcomes and changing clinical practice? Int J Clin Pract. 72(1). doi: 10.1111/ijcp.13033

L'examen clinique de l'aîné dans le contexte des chutes

Philippe Voyer, inf., Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population fait en sorte qu'un nombre grandissant d'infirmières prodiguent des soins aux aînés. Les soins aux aînés présentent de nombreux défis cliniques. Parmi ceux-ci, notons la réalisation de l'examen clinique. Depuis plus de 10 ans maintenant, la loi sur les infirmières et infirmiers du Québec a changé, l'infirmière a plus que jamais recours à l'examen clinique dans sa pratique afin d'assumer pleinement ses deux premières activités réservées, à savoir l'évaluation de l'état physique et mental d'une personne symptomatique et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques. Or, la réalisation de l'examen clinique de l'aîné pose d'importants défis en raison des effets du vieillissement normal sur l'organisme vieillissant, de la multimorbidité et de la polymédication. En effet, il peut être très difficile parfois de déterminer quelle personne âgée est à risque de chute de celles qui ne le sont pas. La compétence de l'infirmière à évaluer l'aîné se trouve justement dans sa capacité à répondre à ce genre de questionnement clinique important. Une connaissance approfondie de l'impact du vieillissement normal et des syndromes gériatriques sur l'examen clinique permet d'y parvenir.

Dans le cadre de cette formation, l'examen clinique dans les contextes d'une chute sera explicité en prenant soin d'illustrer les particularités gériatriques. L'examen clinique enseigné concerne autant l'évaluation du risque de chute, l'évaluation post-chute et l'évaluation de l'aîné qui fait plusieurs chutes récurrentes. Enfin, la place du plan thérapeutique infirmier (PTI) et de la note au dossier dans le contexte de l'examen clinique est illustrée.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les connaissances des infirmières sur les principes de base de l'examen clinique et d'acquérir les habiletés cliniques nécessaires à la réalisation de l'évaluation dans le contexte d'une chute (locomoteur, musculaire, neurologique).

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers. Sur demande, d'autres professionnels peuvent y participer.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner la conférence web numéro 3 (« Introduction à l'examen clinique de l'aîné »), qui se trouve à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org. Cette conférence web permettra aux participants de maitriser les différentes dimensions de l'examen clinique infirmier.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur la capacité de l'organisme à maintenir l'équilibre	▪ Vision ▪ Appareil vestibulaire ▪ Proprioception ▪ Réflexes ▪ Temps de réaction ▪ Muscles	▪ Exposés interactifs	▪ Mise en situation
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 12 h	▪ Procéder à l'examen clinique de l'aîné dans le contexte des chutes	▪ Identification des aînés à risque de chute ▪ Questions de dépistage ▪ Tests d'équilibre ▪ Test de marche ▪ Test du « Timed get up and go» ▪ Grilles de risque de chute ▪ Examen clinique initial ▪ Identification des causes du risque de chute	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration	▪ Vidéos d'aînés qui chutent ▪ Pratique en équipe

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	Autres informations jugées pertinentes
		▪ Examen clinique infirmier ▪ Examen médical ▪ Collaboration interdisciplinaire		
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 14 h 45	▪ Idem	▪ Évaluation post-chute ▪ Examen physique ▪ Examen neurologique ▪ Syndrome post-chute ▪ PQRST	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration	▪ Vidéos d'aînés qui chutent causant un traumatisme crânien et exemples sans traumatisme crânien. ▪ Pratique en équipe
14 h 45 – 15 h 00	**Pause**			
15 h – 15 h 30	▪ Idem	▪ Évaluation d'un aîné présentant des chutes récurrentes o Grille pour chutes récurrentes	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration	▪ Pratique en équipe

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
15 h 30 – 16 h 20	▪ Établir la relation entre l'examen clinique, le PTI et la note au dossier	▪ PTI – Constats de l'évaluation – Directives infirmières ▪ Note au dossier – Situation initiale – Situation post-chute	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstrations ▪ Études de cas	Utilisation d'une note au dossier où les participants doivent trouver les données manquantes et les erreurs.
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 424 p.

Articles scientifiques

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2017). Empêcher les chutes et réduire les blessures associées (4e édition). Toronto: Canada: Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. 126 pages.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2009). Preventing falls and harm from falls in older people: Best practice guidelines for Australian residential aged care facilities,189 p.
- Barry et al. (2014). Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta- analysis. BMC Geriatrics 2014, 14:14
- Becker, C., Loy, S., Sander, S., Nikolaus, T., Rissmann, U., Kron, M. (2005). An algorithm to screen long-term care residents at risk for accidental falls. Aging and Clinical experimental research, 17(3), 186-192.
- Bégin, C., Boudreault, V., Sergerie, D. (2009). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : Guide d'implantation – IMP 2e édition. Extrait du site Web de l'Institut national de santé publique du Québec le 20 septembre 2011 : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_1.pdf
- Bell, H. T., Steinsbekk, A., & Granas, A. G. (2015). Factors influencing prescribing of fall-risk-increasing drugs to the elderly: A qualitative study. Scandinavian journal of primary health care, 33(2), 107.
- Benavent-Caballer, V., Sendín-Magdalena, A., Lisón, J. F., Rosado-Calatayud, P., Amer-Cuenca, J. J., Salvador-Coloma, P., & Segura-Ortí, E. (2016). Physical factors underlying the Timed "Up and Go" test in older adults. Geriatric Nursing, 37(2), 122-127. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.11.002
- Cameron, I.D., Murray, G.R., Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Hill, K.D., Cumming, R.G., Kerse, N. (2010). Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art.No.: CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub2.
- Close, J.C.T., Lord, S.R. (2011). Fall assessment in older people. British Medical Journal, 343:d5153 doi: 10.1136/bmj.d5153
- Crews, J. E., Chou, C.-F., Stevens, J. A., & Saaddine, J. B. (2016). Falls among persons aged ≥65 years with and without severe vision impairment — United States, 2014. MMWR Surveillance Summaries, 65(17), 433-437.
- Delbaere, K., Close, J.C.T., Menz, H.B., Cumming, R.G., Cameron, I.D., Sambrook, P.N., March, L.M., Lord, S.R. (2008).
- Development and validation of fall risk screening tools for use in residential aged care facilited. Medical Journal of Australia, 189(4), 193-196.

- Dunn, K.S. (2001). The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalized. Journal of Gerontological Nursing, 27 (10), 41-48.
- El-Khoury et al. (2013). The effect of fall prevention exercice programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ, doi: 10.1136/bmj.f623Fabre, J.M., Ellis, R., Kosma, M., Wood, R.H. (2010). Falls risk factors and a compendium of falls screening instruments. Journal of - Geriatric physical therapy, 33(4), 184-197.
- 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. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Gagnon, D.F., Roy, G. et Tremblay, G. (1995). Guide de prévention des chutes en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub2.
- Gimmon, Y., Barash, A., Debi, R., Snir, Y., Bar David, Y., Grinshpon, J., & Melzer, I. (2016). Application of the clinical version of the narrow path walking test to identify elderly fallers. Archives of Gerontology and Geriatrics, 63, 108-113. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2015.10.010
- Haines, T.P., Hill, K., Walsh, W., Osborne, R. (2007). Design-related bias in hospital fall risk screening tool predictive accuracy evaluation: Systematic review and Meta-Analysis. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES, 62A (6), 664-672.
- Hill, K., Smith, R., Murray, K., Sims, J., Gough, J., Darzins, P., Vrantsidis, F. et Clark, R. (2000). An Analysis of Research on Preventing Falls and Falls Injury in Older People: Community, Residential Aged Care and Acute Care Settings. National Ageing Research
- Hirashima, K., Higuchi, Y., Imaoka, M., Todo, E., Kitagawa, T., & Ueda, T. (2015). Dual-tasking over an extended walking distance is associated with falls among community-dwelling older adults. Clin Interv Aging, 10, 643-648. doi:10.2147/CIA.S77432
- Hwang, R., Morris, N. R., Mandrusiak, A., Mudge, A., Suna, J., Adsett, J., & Russell, T. (2016). Timed Up and Go Test: A Reliable and Valid Test in Patients With Chronic Heart Failure. Journal of Cardiac Failure, 22(8), 646-650. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2015.09.018
- Ibrahim, A., Singh, D. K. A., & Shahar, S. (2017). 'Timed Up and Go' test: Age, gender and cognitive impairment stratified normative values of older adults. PLoS ONE, 12(10), e0185641. doi:10.1371/journal.pone.0185641
- Institute for Safe Medication Practices in Canada (2015). Medication Incidents that Increase the Risk of Falls: A Multi-Incident Analysis. ISMP Canada Safety Bulletin, 15(12), 5 pages.
- Kioh, S. H. and A. Rashid (2018). "The prevalence and the risk of falls among institutionalised elderly in Penang, Malaysia." Med J Malaysia 73(4): 212-219.
- Larente, N., Watier, M., Mac Donald, T., Riverin, H., Lavoie, B., Daigneault, M., et al. (2014). Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication: De la stratégie à l'action. Volet: Chutes. Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Liu, S. W., Obermeyer, Z., Chang, Y., & Shankar, K. N. (2015). Frequency of ED revisits and death among older adults after a fall. The American Journal of Emergency Medicine, 33(8), 1012-1018. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2015.04.023
- Marcum, Z. A., Perera, S., Newman, A. B., Thorpe, J. M., Switzer, G. E., Gray, S. L., . . . for the Health, A. B. C. S. (2015). Antihypertensive Use and Recurrent Falls in Community-Dwelling Older Adults: Findings From the Health ABC Study. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 70(12), 1562-1568. doi:10.1093/gerona/glv095
- Marcum, Z. A., Perera, S., Thorpe, J. M., Switzer, G. E., Castle, N. G., Strotmeyer, E. S., . . . Health, A. B. C. S. (2016). Antidepressant Use and Recurrent Falls in Community-Dwelling Older Adults: Findings From the Health ABC Study. The Annals of pharmacotherapy, 50(7), 525-533. doi:10.1177/1060028016644466
- Marcum, Z. A., Perera, S., Thorpe, J. M., Switzer, G. E., Gray, S. L., Castle, N. G., . . . the Health Abc Study, U. S. A. (2015). Anticholinergic Use and Recurrent Falls in Community-Dwelling Older Adults: Findings From the Health ABC Study. The Annals of pharmacotherapy, 49(11), 1214-1221. doi:10.1177/1060028015596998
- The American Journal of Emergency Medicine, 33(8), 1012-1018. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2015.04.023
- Marieb, E.N., Hoehn, K. (2010). Anatomie et physiologie humaines, 4e edition. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Martin-Hunyadi, C., Kaltenbach, G., Demuynck-Roegel, C., Bouilleret, V., Kiesmann, M., Heitz, D., Souan, M.L., Berthel, M. et Kuntzmann, F. (1999). Troubles du comportement et risque de chute chez les patients déments. Dans J.-M. Jacquot, D. Strubel et J. Pélissier (dir.), La chute de la personne âgée (p. 123-128). Paris: Masson.
- Mbourou Azizah, G. (2001). Les caractéristiques de l'amorce de la marche et les effets d'une modification des informations sensorielles sur la programmation et l'exécution du premier pas chez les aînés chuteurs, non chuteurs et chez les jeunes adultes. Thèse de doctorat inédite. Québec: Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.
- McMahon, S., Fleury, J. (2012). External validity of physical activity interventions for community dwelling older adults with fall risk: a quantitative systematic literature review Journal of Advanced Nursing, 68(10), 2140– 2154. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05974.x
- Melillo, P., Orrico, A., Chirico, F., Pecchia, L., Rossi, S., Testa, F., & Simonelli, F. (2017). Identifying fallers among ophthalmic patients using classification tree methodology. PLoS ONE, 12(3), e0174083. doi:10.1371/journal.pone.0174083
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence. Québec : Direction générale de la santé publique. Extrait du site Web du Ministère de la Santé et des - Services sociaux le 16 juin 2011 : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-01.pdf
- Mondor, L., Charland, K., Verma, A., Buckeridge, D.L. (2014). Weather warnings predict fall-related injuries among older adults. Age and Ageing, 0, 1-6.
- Morse, J.M. (2006). The safety of safety research: the case of patient fall research. CJNR 38(2), 74-88.
- Muir, S.W., Gopaul, K., Odasso, M.M.M. (2012). The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. Age & Ageing, 41, 299-308.
- National Institute for Health and Care Excellence (2015). Falls in older people. Quality standard. Récupéré de nice.org.uk/guidance/qs86.

- Okubo, Y. et al. (2015). Longitudinal association between habitual walking and fall occurrences among community-dwelling older adults: Analysing the different risks of falling. Archives of Gerontology and Geriatrics, 60, 45-51.
- Oliver, D., Healey, F. (2009). Falls risk prediction tools for hospital inpatients: do they work? Nursing Times, 105(7), 18-21.
- Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society (2011). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons..Journal of the American Geriatrics Society, 59 (1), 148-157.
- Papaioannou, A., Santesso, N., Morin, S. N., Feldman, S., Adachi, J. D., Crilly, R., et al. (2015). Recommendations for preventing fracture in long-term care. Canadian Medical Association Journal, 187(15), 1135-1144, E1450-1161. doi:10.1503/cmaj.141331
- Pearson et al (2014). Comprendre le risque de chute chez les aînés et leur perception du risque. Statistique Canada ISSN 1925-6507
- Schoene et al. (2013). Discriminative Ability and Predictive Validity of the Timed Up and Go Test in Identifying Older People Who Fall: Systematic Review and Meta-Analysis J Am Geriatr Soc 61:202–208, 2013.
- Scott, V., Lockhart, S., Gallagher, E., Smith, D., Asselin, G., Belton, K., Duncan, B. (2007). Curriculum canadien sur la prévention des chutes: Manuel de référence. Vancouver : BC Injury Research & Prevention Unit, 267 p.
- Scott, V., Votova, K., Scanlan, A., Close, J. (2007). Sysstematic review : Multifactorial and functional mobility assessment tools for fall risk among older adults in community, home-support, long-term and acute care settings. Age and Ageing, 36, 130-139.
- Shimada, H., Suzukawa, M., Tiedemann, A., Kobayashi, K., Yoshida, H., Suzuki, T. (2009). Which neuromuscular or cognitive test is the optimal screening tool to predict falls in frail community-dwelling older people? Gerontology, 55, 532-538.
- Shimada, H., Suzukawa, M., Ishizaki, T., Kobayashi, K., Kim, H., Suzuki, T. (2011). Relationship between subjective fall risk assessment and falls and fall-related fractures in frail elderly people. BMC Geriatrics, 11:40. www.biomedcentral.com/1471-2318/11/40
- Sharif, S. I., et al. (2018). "Falls in the elderly: assessment of prevalence and risk factors." Pharm Pract (Granada) 16(3): 1206.
- Société française de gériatrie et gérontologie (2009). Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Argumentaire. Extrait du site Web de la Société française de gériatrie et gérontologie le 16 juin 2011 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf
- Sorock, G.S., Quigley, P.A., Rutledge, M.K., Taylor, J., Luo, X., Foulis, P., Wang, M-C., Varadhan, R., Bellantoni, M., Baker, S.P. (2009). Central Nervous System Medication Changes and Falls in Nursing Home Residents. Geriatric Nursing, 30 (5), 334-340.
- Spence, M. M., Karim, F. A., Lee, E. A., Hui, R. L., & Gibbs, N. E. (2015). Risk of Injury in Older Adults Using Gastrointestinal Antispasmodic and Anticholinergic Medications. Journal of the American Geriatrics Society, 63(6), 1197-1202. doi:10.1111/jgs.13434
- Taylor, C. A., Bell, J. M., Breiding, M. J., & Xu, L. (2017). Traumatic brain injury–related emergency department visits, hospitalizations, and deaths — United States, 2007 and 2013. MMWR Surveillance Summaries, 66(9), 1-16.

- Thurman, D.J., Stevens, J.A., Rao, J.K. (2008). Practice parameter: Assessing patients in a neurology practice for risk of falls (an evidence-based review): report of the quality standards subcommittee of the American academy of neurology, 70, 473-479.
- Titler, M.G, Shever, L.L., Kanak, M.F., Picone, D.M., Qin, R. (2011). Factors associated with falls during hospitalization in an older adult population. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, 25(2), 127-152.
- Todd C, Skelton D. (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Extrait le 6 juin 2011 de : http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf
- Université de Rennes 1, Rennes, Faculté de médecine, Réseau Pédagogique (2002, octobre). Trouble de la marche et de l'équilibre, chutes chez le sujet âgé. Extrait du site Web du Réseau Pédagogique le 24 octobre 2002:
- www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/neuro/cours/referentielnational/chute.doc.
- Van der Velde, N., Van den Meiracker, A.H., Stricker, B.H., Van der Cammen, T.J. (2007). Measuring orthostatic hypotension with the Finometer device: is a blood pressure drop of one heartbeat clinically relevant? Blood Pressure Monitoring, 12(3), 167-171.
- Vass, C., Edwards, C., Smith, A., Sahota, O., & Drummond, A. (2015). What do patients wear on their feet? A service evaluation of footwear in elderly patients. International journal of therapy and rehabilitation, 22(5), 225.
- Vassallo, M., Poynter, L., Sharma, J.C., Kwan, J., Allen, S.C. (2008). Fall risk-assessment tools compared with clinical judgment: an evaluation in a rehabilitation ward. Age and Ageing, 37, 227-281.
- Ward-Smith et al.(2015). Effectiveness of a bed alarm system to predict falls in an acute care setting. Clinical Nursing Studies, 3(1), http://dx.doi.org/10.5430/cns.v3n1p1
- Young, W.R., Williams, M.A. (2015). How fear of falling can increase fall-risk in older adults: Applying psychological theory to practical observations. Gait & Posture, 41, 7-12.

L'examen clinique de l'aîné dans le contexte des chutes (14 h de formation accréditée)

Philippe Voyer, inf., Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population fait en sorte qu'un nombre grandissant d'infirmières prodiguent des soins aux aînés. Les soins aux aînés présentent de nombreux défis cliniques. Parmi ceux-ci, notons la réalisation de l'examen clinique. Depuis plus de 10 ans maintenant, la loi sur les infirmières et infirmiers du Québec a changé, l'infirmière a plus que jamais recours à l'examen clinique dans sa pratique afin d'assumer pleinement ses deux premières activités réservées, à savoir l'évaluation de l'état physique et mental d'une personne symptomatique et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques. Or, la réalisation de l'examen clinique de l'aîné pose d'importants défis en raison des effets du vieillissement normal sur l'organisme vieillissant, de la multimorbidité et de la polymédication. En effet, il peut être très difficile parfois de déterminer quelle personne âgée est à risque de chute de celles qui ne le sont pas. La compétence de l'infirmière à évaluer l'aîné se trouve justement dans sa capacité à répondre à ce genre de questionnement clinique important. Une connaissance approfondie de l'impact du vieillissement normal et des syndromes gériatriques sur l'examen clinique permet d'y parvenir.

Dans le cadre de cette formation, l'examen clinique dans les contextes d'une chute sera explicité en prenant soin d'illustrer les particularités gériatriques. L'examen clinique enseigné concerne autant l'évaluation du risque de chute, l'évaluation post-chute et l'évaluation de l'aîné qui fait plusieurs chutes récurrentes. Enfin, la place du plan thérapeutique infirmier (PTI) et de la note au dossier dans le contexte de l'examen clinique est illustrée.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les connaissances des infirmières sur les principes de base de l'examen clinique et d'acquérir les habiletés cliniques nécessaires à la réalisation de l'évaluation dans le contexte d'une chute (locomoteur, musculaire, neurologique).

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers. Sur demande, d'autres professionnels peuvent y participer.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner la conférence web numéro 3 (« Introduction à l'examen clinique de l'aîné »), qui se trouve à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org. Cette conférence web permettra aux participants de maitriser les différentes dimensions de l'examen clinique infirmier.

PLAN DE LA JOURNÉE (JOUR 1)

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur la capacité de l'organisme à maintenir l'équilibre	▪ Vision ▪ Appareil vestibulaire ▪ Proprioception ▪ Réflexes ▪ Temps de réaction ▪ Muscles	▪ Exposés interactifs	▪ Mise en situation
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 12 h	▪ Procéder à l'examen clinique de l'aîné dans le contexte des chutes	▪ Identification des aînés à risque de chute ▪ Questions de dépistage ▪ Tests d'équilibre ▪ Test de marche ▪ Test du « Timed get up and go» ▪ Grilles de risque de chute ▪ Examen clinique initial ▪ Identification des causes du risque de chute	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration	▪ Vidéos d'aînés qui chutent ▪ Pratique en équipe

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	Autres informations jugées pertinentes
		▪ Examen clinique infirmier ▪ Examen médical ▪ Collaboration interdisciplinaire		
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 14 h 45	▪ Idem	▪ Évaluation post-chute ▪ Examen physique ▪ Examen neurologique ▪ Syndrome post-chute ▪ PQRST	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration	▪ Vidéos d'aînés qui chutent causant un traumatisme crânien et exemples sans traumatisme crânien. ▪ Pratique en équipe
14 h 45 – 15 h	**Pause**			
15 h – 15 h 30	▪ Idem	▪ Évaluation d'un aîné présentant des chutes récurrentes o Grille pour chutes récurrentes	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration	▪ Pratique en équipe

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
15 h 30 – 16 h 20	▪ Établir la relation entre l'examen clinique, le PTI et la note au dossier	▪ PTI – Constats de l'évaluation – Directives infirmières ▪ Note au dossier – Situation initiale – Situation post-chute	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstrations ▪ Études de cas	Utilisation d'une note au dossier où les participants doivent trouver les données manquantes et les erreurs.
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE (JOUR 2 : MENTORAT – 7 H)

- Mettre en application ses connaissances
- Réaliser l'examen clinique auprès des patients
- Recevoir de la rétroaction d'un mentor
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil cognitif du résident
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil d'autonomie du résident
- Contenu :
    - Examen des chutes

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 424 p.

Articles scientifiques

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2017). Empêcher les chutes et réduire les blessures associées (4e édition). Toronto: Canada: Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. 126 pages.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2009). Preventing falls and harm from falls in older people: Best practice guidelines for Australian residential aged care facilities,189 p.
- Barry et al. (2014). Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta- analysis. BMC Geriatrics 2014, 14:14
- Becker, C., Loy, S., Sander, S., Nikolaus, T., Rissmann, U., Kron, M. (2005). An algorithm to screen long-term care residents at risk for accidental falls. Aging and Clinical experimental research, 17(3), 186-192.
- Bégin, C., Boudreault, V., Sergerie, D. (2009). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : Guide d'implantation – IMP 2e édition. Extrait du site Web de l'Institut national de santé publique du Québec le 20 septembre 2011 : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_1.pdf
- Bell, H. T., Steinsbekk, A., & Granas, A. G. (2015). Factors influencing prescribing of fall-risk-increasing drugs to the elderly: A qualitative study. Scandinavian journal of primary health care, 33(2), 107.
- Benavent-Caballer, V., Sendín-Magdalena, A., Lisón, J. F., Rosado-Calatayud, P., Amer-Cuenca, J. J., Salvador-Coloma, P., & Segura-Ortí, E. (2016). Physical factors underlying the Timed "Up and Go" test in older adults. Geriatric Nursing, 37(2), 122-127. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.11.002
- Cameron, I.D., Murray, G.R., Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Hill, K.D., Cumming, R.G., Kerse, N. (2010). Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art.No.: CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub2.
- Close, J.C.T., Lord, S.R. (2011). Fall assessment in older people. British Medical Journal, 343:d5153 doi: 10.1136/bmj.d5153
- Crews, J. E., Chou, C.-F., Stevens, J. A., & Saaddine, J. B. (2016). Falls among persons aged ≥65 years with and without severe vision impairment — United States, 2014. MMWR Surveillance Summaries, 65(17), 433-437.
- Delbaere, K., Close, J.C.T., Menz, H.B., Cumming, R.G., Cameron, I.D., Sambrook, P.N., March, L.M., Lord, S.R. (2008).

- Development and validation of fall risk screening tools for use in residential aged care facilited. Medical Journal of Australia, 189(4), 193-196.
- Dunn, K.S. (2001). The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalized. Journal of Gerontological Nursing, 27 (10), 41-48.
- El-Khoury et al. (2013). The effect of fall prevention exercice programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ, doi: 10.1136/bmj.f623Fabre, J.M., Ellis, R., Kosma, M., Wood, R.H. (2010). Falls risk factors and a compendium of falls screening instruments. Journal of - Geriatric physical therapy, 33(4), 184-197.
- 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. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Gagnon, D.F., Roy, G. et Tremblay, G. (1995). Guide de prévention des chutes en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub2.
- Gimmon, Y., Barash, A., Debi, R., Snir, Y., Bar David, Y., Grinshpon, J., & Melzer, I. (2016). Application of the clinical version of the narrow path walking test to identify elderly fallers. Archives of Gerontology and Geriatrics, 63, 108-113. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2015.10.010
- Haines, T.P., Hill, K., Walsh, W., Osborne, R. (2007). Design-related bias in hospital fall risk screening tool predictive accuracy evaluation: Systematic review and Meta-Analysis. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES, 62A (6), 664-672.
- Hill, K., Smith, R., Murray, K., Sims, J., Gough, J., Darzins, P., Vrantsidis, F. et Clark, R. (2000). An Analysis of Research on Preventing Falls and Falls Injury in Older People: Community, Residential Aged Care and Acute Care Settings. National Ageing Research
- Hirashima, K., Higuchi, Y., Imaoka, M., Todo, E., Kitagawa, T., & Ueda, T. (2015). Dual-tasking over an extended walking distance is associated with falls among community-dwelling older adults. Clin Interv Aging, 10, 643-648. doi:10.2147/CIA.S77432
- Hwang, R., Morris, N. R., Mandrusiak, A., Mudge, A., Suna, J., Adsett, J., & Russell, T. (2016). Timed Up and Go Test: A Reliable and Valid Test in Patients With Chronic Heart Failure. Journal of Cardiac Failure, 22(8), 646-650. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2015.09.018
- Ibrahim, A., Singh, D. K. A., & Shahar, S. (2017). 'Timed Up and Go' test: Age, gender and cognitive impairment stratified normative values of older adults. PLoS ONE, 12(10), e0185641. doi:10.1371/journal.pone.0185641
- Institute for Safe Medication Practices in Canada (2015). Medication Incidents that Increase the Risk of Falls: A Multi-Incident Analysis. ISMP Canada Safety Bulletin, 15(12), 5 pages.

- Kioh, S. H. and A. Rashid (2018). "The prevalence and the risk of falls among institutionalised elderly in Penang, Malaysia." Med J Malaysia 73(4): 212-219.
- Larente, N., Watier, M., Mac Donald, T., Riverin, H., Lavoie, B., Daigneault, M., et al. (2014). Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication: De la stratégie à l'action. Volet: Chutes. Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Liu, S. W., Obermeyer, Z., Chang, Y., & Shankar, K. N. (2015). Frequency of ED revisits and death among older adults after a fall. The American Journal of Emergency Medicine, 33(8), 1012-1018. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2015.04.023
- Marcum, Z. A., Perera, S., Newman, A. B., Thorpe, J. M., Switzer, G. E., Gray, S. L., . . . for the Health, A. B. C. S. (2015). Antihypertensive Use and Recurrent Falls in Community-Dwelling Older Adults: Findings From the Health ABC Study. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 70(12), 1562-1568. doi:10.1093/gerona/glv095
- Marcum, Z. A., Perera, S., Thorpe, J. M., Switzer, G. E., Castle, N. G., Strotmeyer, E. S., . . . Health, A. B. C. S. (2016). Antidepressant Use and Recurrent Falls in Community-Dwelling Older Adults: Findings From the Health ABC Study. The Annals of pharmacotherapy, 50(7), 525-533. doi:10.1177/1060028016644466
- Marcum, Z. A., Perera, S., Thorpe, J. M., Switzer, G. E., Gray, S. L., Castle, N. G., . . . the Health Abc Study, U. S. A. (2015). Anticholinergic Use and Recurrent Falls in Community-Dwelling Older Adults: Findings From the Health ABC Study. The Annals of pharmacotherapy, 49(11), 1214-1221. doi:10.1177/1060028015596998
- The American Journal of Emergency Medicine, 33(8), 1012-1018. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2015.04.023
- Marieb, E.N., Hoehn, K. (2010). Anatomie et physiologie humaines, 4e edition. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Martin-Hunyadi, C., Kaltenbach, G., Demuynck-Roegel, C., Bouilleret, V., Kiesmann, M., Heitz, D., Souan, M.L., Berthel, M. et Kuntzmann, F. (1999). Troubles du comportement et risque de chute chez les patients déments. Dans J.-M. Jacquot, D. Strubel et J. Pélissier (dir.), La chute de la personne âgée (p. 123-128). Paris: Masson.
- Mbourou Azizah, G. (2001). Les caractéristiques de l'amorce de la marche et les effets d'une modification des informations sensorielles sur la programmation et l'exécution du premier pas chez les aînés chuteurs, non chuteurs et chez les jeunes adultes. Thèse de doctorat inédite. Québec: Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.
- McMahon, S., Fleury, J. (2012). External validity of physical activity interventions for community dwelling older adults with fall risk: a quantitative systematic literature review Journal of Advanced Nursing, 68(10), 2140– 2154. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05974.x
- Melillo, P., Orrico, A., Chirico, F., Pecchia, L., Rossi, S., Testa, F., & Simonelli, F. (2017). Identifying fallers among ophthalmic patients using classification tree methodology. PLoS ONE, 12(3), e0174083. doi:10.1371/journal.pone.0174083
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence. Québec : Direction générale de la santé publique. Extrait du site Web du Ministère de la Santé et des - Services sociaux le 16 juin 2011 : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-01.pdf

- Mondor, L., Charland, K., Verma, A., Buckeridge, D.L. (2014). Weather warnings predict fall-related injuries among older adults. Age and Ageing, 0, 1-6.
- Morse, J.M. (2006). The safety of safety research: the case of patient fall research. CJNR 38(2), 74-88.
- Muir, S.W., Gopaul, K., Odasso, M.M.M. (2012). The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. Age & Ageing, 41, 299-308.
- National Institute for Health and Care Excellence (2015). Falls in older people. Quality standard. Récupéré de nice.org.uk/guidance/qs86.
- Okubo, Y. et al. (2015). Longitudinal association between habitual walking and fall occurrences among community-dwelling older adults: Analysing the different risks of falling. Archives of Gerontology and Geriatrics, 60, 45-51.
- Oliver, D., Healey, F. (2009). Falls risk prediction tools for hospital inpatients: do they work? Nursing Times, 105(7), 18-21.
- Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society (2011). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons..Journal of the American Geriatrics Society, 59 (1), 148-157.
- Papaioannou, A., Santesso, N., Morin, S. N., Feldman, S., Adachi, J. D., Crilly, R., et al. (2015). Recommendations for preventing fracture in long-term care. Canadian Medical Association Journal, 187(15), 1135-1144, E1450-1161. doi:10.1503/cmaj.141331
- Pearson et al (2014). Comprendre le risque de chute chez les aînés et leur perception du risque. Statistique Canada ISSN 1925-6507
- Schoene et al. (2013). Discriminative Ability and Predictive Validity of the Timed Up and Go Test in Identifying Older People Who Fall: Systematic Review and Meta-Analysis J Am Geriatr Soc 61:202–208, 2013.
- Scott, V., Lockhart, S., Gallagher, E., Smith, D., Asselin, G., Belton, K., Duncan, B. (2007). Curriculum canadien sur la prévention des chutes: Manuel de référence. Vancouver : BC Injury Research & Prevention Unit, 267 p.
- Scott, V., Votova, K., Scanlan, A., Close, J. (2007). Systtematic review : Multifactorial and functional mobility assessment tools for fall risk among older adults in community, home-support, long-term and acute care settings. Age and Ageing, 36, 130-139.
- Shimada, H., Suzukawa, M., Tiedemann, A., Kobayashi, K., Yoshida, H., Suzuki, T. (2009). Which neuromuscular or cognitive test is the optimal screening tool to predict falls in frail community-dwelling older people? Gerontology, 55, 532-538.
- Shimada, H., Suzukawa, M., Ishizaki, T., Kobayashi, K., Kim, H., Suzuki, T. (2011). Relationship between subjective fall risk assessment and falls and fall-related fractures in frail elderly people. BMC Geriatrics, 11:40. www.biomedcentral.com/1471-2318/11/40
- Sharif, S. I., et al. (2018). "Falls in the elderly: assessment of prevalence and risk factors." Pharm Pract (Granada) 16(3): 1206.
- Société française de gériatrie et gérontologie (2009). Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Argumentaire. Extrait du site Web de la Société française de gériatrie et gérontologie le 16 juin 2011 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf

- Sorock, G.S., Quigley, P.A., Rutledge, M.K., Taylor, J., Luo, X., Foulis, P., Wang, M-C., Varadhan, R., Bellantoni, M., Baker, S.P. (2009). Central Nervous System Medication Changes and Falls in Nursing Home Residents. Geriatric Nursing, 30 (5), 334-340.
- Spence, M. M., Karim, F. A., Lee, E. A., Hui, R. L., & Gibbs, N. E. (2015). Risk of Injury in Older Adults Using Gastrointestinal Antispasmodic and Anticholinergic Medications. Journal of the American Geriatrics Society, 63(6), 1197-1202. doi:10.1111/jgs.13434
- Taylor, C. A., Bell, J. M., Breiding, M. J., & Xu, L. (2017). Traumatic brain injury–related emergency department visits, hospitalizations, and deaths — United States, 2007 and 2013. MMWR Surveillance Summaries, 66(9), 1-16.
- Thurman, D.J., Stevens, J.A., Rao, J.K. (2008). Practice parameter: Assessing patients in a neurology practice for risk of falls (an evidence-based review): report of the quality standards subcommittee of the American academy of neurology, 70, 473-479.
- Titler, M.G, Shever, L.L., Kanak, M.F., Picone, D.M., Qin, R. (2011). Factors associated with falls during hospitalization in an older adult population. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, 25(2), 127-152.
- Todd C, Skelton D. (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Extrait le 6 juin 2011 de : http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf
- Université de Rennes 1, Rennes, Faculté de médecine, Réseau Pédagogique (2002, octobre). Trouble de la marche et de l'équilibre, chutes chez le sujet âgé. Extrait du site Web du Réseau Pédagogique le 24 octobre 2002:
- www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/neuro/cours/referentielnational/chute.doc.
- Van der Velde, N., Van den Meiracker, A.H., Stricker, B.H., Van der Cammen, T.J. (2007). Measuring orthostatic hypotension with the Finometer device: is a blood pressure drop of one heartbeat clinically relevant? Blood Pressure Monitoring, 12(3), 167-171.
- Vass, C., Edwards, C., Smith, A., Sahota, O., & Drummond, A. (2015). What do patients wear on their feet? A service evaluation of footwear in elderly patients. International journal of therapy and rehabilitation, 22(5), 225.
- Vassallo, M., Poynter, L., Sharma, J.C., Kwan, J., Allen, S.C. (2008). Fall risk-assessment tools compared with clinical judgment: an evaluation in a rehabilitation ward. Age and Ageing, 37, 227-281.
- Ward-Smith et al.(2015). Effectiveness of a bed alarm system to predict falls in an acute care setting. Clinical Nursing Studies, 3(1), http://dx.doi.org/10.5430/cns.v3n1p1
- Young, W.R., Williams, M.A. (2015). How fear of falling can increase fall-risk in older adults: Applying psychological theory to practical observations. Gait & Posture, 41, 7-12.

L'examen clinique de l'état mental (troubles cognitifs et troubles neurocognitifs majeurs [Alzheimer, Corps de Lewy, vasculaire, fronto-temporal])

Philippe Voyer, inf., Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population fait en sorte qu'un nombre grandissant d'infirmières prodiguent des soins aux aînés. Les soins aux aînés présentent de nombreux défis cliniques. Parmi ceux-ci, notons la réalisation de l'examen clinique. Depuis plus de 10 ans maintenant, la loi sur les infirmières et infirmiers du Québec a changé, l'infirmière a plus que jamais recours à l'examen clinique dans sa pratique afin d'assumer pleinement ses deux premières activités réservées, à savoir l'évaluation de l'état physique et mental d'une personne symptomatique et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques. Or, la réalisation de l'examen clinique de l'aîné pose d'importants défis en raison des effets du vieillissement normal sur l'organisme vieillissant, de la multimorbidité et de la polymédication. En effet, il peut être très difficile parfois de distinguer les symptômes et les signes qui appartiennent au vieillissement normal de ceux liés à l'apparition d'une nouvelle maladie ou à l'exacerbation d'une maladie existante ou encore qui proviendraient de l'effet indésirable d'un médicament. La compétence de l'infirmière à évaluer l'aîné se trouve justement dans la différenciation de l'origine du malaise. Une connaissance approfondie de l'impact du vieillissement normal et des syndromes gériatriques sur l'examen clinique permet d'y parvenir.

Dans le cadre de cette formation, l'examen clinique de l'état mental visant la détection ou la surveillance clinique des troubles cognitifs et des troubles neurocognitifs majeurs sera explicité en prenant soin d'illustrer les particularités gériatriques. De même, la place du plan thérapeutique infirmier (PTI) et de la note au dossier dans le contexte de l'examen clinique est illustrée.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les compétences des participants dans l'utilisation de l'examen clinique de l'état mental chez l'aîné.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmières. Sur demande, d'autres professionnels peuvent y participer.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner la conférence web # 3 (« Introduction à l'examen clinique de l'aîné »), qui se trouve sur le site internet suivant : www.philippevoyer.org. Cette conférence web permettra aux participants de maitriser les différentes dimensions de l'examen clinique infirmier. De même, les participants sont encouragés à visionner les capsules web suivantes : 19 et 23b.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire l'état mental	▪ Fonctions cognitives, neurologiques et perceptuelles	▪ Exposés interactifs	Questions «quiz» Utilisation d'animations powerpoint qui mettent en relation les différentes mémoires à long terme.
	▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur les fonctions cognitives	▪ Vieillissement des fonctions cognitives ▪ Mémoires ▪ Concentration ▪ Attention ▪ Orientations ▪ Organisation de la pensée ▪ Fonctions exécutives.	▪ Exposés interactifs	Questions «quiz»
10 h – 10 h 15	**Pause**			

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	Autres informations jugées pertinentes
10 h 15 – 12 h	▪ Décrire les principaux troubles neurocognitifs majeurs (les démences) ▪ Décrire les composantes de l'examen de l'état mental dans le contexte des troubles neurocognitifs majeurs	▪ Trouble cognitif léger ▪ Troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer, Corps de Lewy, fronto-temporal et vasculaire. ▪ Examen clinique ▪ Anamnèse ▪ Examen physique : inspection ▪ Standards de pratique	▪ Exposés interactifs	Exercices d'association entre les signes et les troubles neurocognitifs majeurs Utilisation d'un tableau comparatif des troubles neurocognitifs majeurs.
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 15 h	▪ Décrire et utiliser les échelles de mesure	▪ Évaluation des sphères cognitives ▪ Test de l'horloge méthode Watson ▪ Fluence verbale ▪ Mini-Cog ▪ 5 mots de Dubois ▪ Mini examen de l'état mental de Folstein ▪ Mini examen de l'état mental pour cas sévère ▪ MOCA	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration	▪ Mise en situation ▪ Exercices en groupe ▪ Exercices en équipe de deux ▪ Vidéos avec de vrais patients qui se font administrer les différents tests
15 h – 15 h 15	**Pause**			
15 h 15 – 16 h 25	▪ Déterminer la pertinence de l'évaluation de l'état mental en lien avec la surveillance clinique de la pharmacothérapie	▪ Surveillance clinique des inhibiteurs de la cholinestérase ▪ Standard de pratique	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstrations ▪ Études de cas	Utilisation d'une note au dossier où les participants doivent trouver les données manquantes et les erreurs.

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
	▪ Établir la relation entre l'examen clinique, le PTI et la note au dossier	▪ PTI – Constats de l'évaluation – Directives infirmières ▪ Note au dossier – Situation aiguë – Situation de suivi		
16 h 25 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Références

- Association for Dementia Studies (2010). Workforce development for dementia: development of role competencies and proposed training for "Primary Care Liaison Worker" to support pathway to diagnosis of dementia. University of Worcester, UK.
- Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., Jones, E. (2011). Alzheimer's disease. Lancet, 377, 1019-1031.
- 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
- Biundo, R., Weis, L., Bostantjopoulou, S., Stefanova, E., Falup-Pecurariu, C., Kramberger, M. G., . . . On behalf of the, D. L. B. c. (2016). MMSE and MoCA in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies: a multicenter 1-year follow-up study. Journal of neural transmission (Vienna, Austria : 1996), 123(4), 431-438. doi:10.1007/s00702-016-1517-6
- Bonner, A. F., Field, T. S., Lemay, C. A., Mazor, K. M., Andersen, D. A., Compher, C. J., . . . Gurwitz, J. H. (2015). Rationales that Providers and Family Members Cited for the Use of Antipsychotic Medications in Nursing Home Residents with Dementia. Journal of the American Geriatrics Society, 63(2), 302-308. doi:10.1111/jgs.13230
- Brown et al. (2014). Is There a Relationship Between Mini Mental Status Examination scores and the Activities of Daily Living Abilities of Clients Presenting with Suspected Dementia? Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 32(4), 336-352.
- Carlino, E., Benedetti, F., Rainero, I., Asteggiano, G., Cappa, G., Tarenzi, L., et al. (2010). Pain perception and tolerance in patients with frontotemporal dementia. Pain, 151(3), 783-789.
- Carrière, I., Norton, J., Farré, A., Wyart, M., Tzourio, C., Noize, P., . . . Ancelin, M. L. (2017). Antidepressant use and cognitive decline in community-dwelling elderly people – The Three-City Cohort. BMC Medicine, 15, 81. doi:10.1186/s12916-017-0847-z
- Carson, N., et al. (2018). "A re-examination of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) cutoff scores." Int J Geriatr Psychiatry 33(2): 379-388.
- CCCDTD (2007). Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia. Montreal. http://www.cccdtd.ca/
- Chow, T. W., Binns, M. A., Cummings, J. L., Lam, I., Black, S. E., Miller, B. L., et al. (2009). Apathy symptom profile and behavioral associations in frontotemporal dementia vs dementia of Alzheimer type. Arch Neurol, 66(7), 888-893.

- Creavin, S. T., Wisniewski, S., Noel-Storr, A. H., Trevelyan, C. M., Hampton, T., Rayment, D., . . . Cullum, S. (2016). Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. Cochrane Database Syst Rev(1), CD011145. doi:10.1002/14651858.CD011145.pub2
- Dyer, A. H., et al. (2018). "Cognitive assessment of older adults in general practice: the collateral history." Ir J Med Sci 187(3): 683-687.
- Feldman, H.H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Schipper, H.M., Blair, M., Kertesz, A., Chertkow, H. (2008).
- Diagnosis and treatment of dementia: diagnosis. Canadian Medical Association Journal, 178(7), 825-836.
- Frenette, L. C., et al. (2018). "Early detection of cognitive impairments with the Montreal Cognitive Assessment in patients with uncomplicated and complicated mild traumatic brain injury." Brain Inj: 1-9.
- Freund-Levi et al. (2014). Galantamine versus risperidone for agitation in people with dementia: a randomized, twelve-week, single-center study. Dement Geriatr Cogn Disord, 38(3), 234-244.
- Gayda, M., Gremeaux, V., Bherer, L., Juneau, M., Drigny, J., Dupuy, O., . . . Nigam, A. (2017). Cognitive function in patients with stable coronary heart disease: Related cerebrovascular and cardiovascular responses. PLoS ONE, 12(9), e0183791. doi:10.1371/journal.pone.0183791
- Goldberg, A., Straus, S. E., Hamid, J. S., & Wong, C. L. (2015). Room transfers and the risk of delirium incidence amongst hospitalized elderly medical patients: a case–control study. BMC Geriatrics, 15. doi:10.1186/s12877-015-0070-8
- HAS (2008). Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Haute autorité de santé. France.
- Hudon, C., Bujold, A.A., Potvin, O., Préville, M., Voyer, P., Landreville, P., Grenier, S. (2014). Association entre l'anxiété et le déclin cognitif chez les personnes âgées vivant dans la communauté. La Revue canadienne du vieillissement, 33(03), 296-308.
- Kang, J. M., et al. (2018). "Montreal cognitive assessment reflects cognitive reserve." BMC Geriatr 18(1): 261.
- Kessels, R. P. C. (2018). "Improving precision in neuropsychological assessment: bridging the gap between classic paper-and-pencil tests and paradigms from cognitive neuroscience." Clin Neuropsychol: 1-12.
- Kolanowski, A., Fick, D., Litaker, M., Mulhall, P., Clare, L., Hill, N., . . . Yevchak-Sillner, A. (2016). Effect of Cognitively Stimulating Activities on Symptom Management of Delirium Superimposed on Dementia: A Randomized Controlled Trial. Journal of the American Geriatrics Society. doi:10.1111/jgs.14511
- Kolanowski, A., Mogle, J., Fick, D. M., Hill, N., Mulhall, P., Nadler, J., . . . Behrens, L. (2015). Pain, Delirium, and Physical Function in Skilled Nursing Home Patients With Dementia. Journal of the American Medical Directors Association, 16(1), 37-40. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.07.002
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Montréal: ÉDISEM.
- Larson, E.B. (2010). Prospects for delaying the rising tide of worldwide, late-life dementias. International psychogeriatrics, 22(8), 1196-1202.
- Lee, J., Monette, J., Sourial, N., Monette, M., Bergman, H. (2007). The use of a cholinesterase inhibitor review committee in long-term care. Journal of the American Medical Directors Association, 8, 243-247.
- Levinoff, E.J. (2007). Vascular dementia and Alzheimer's disease: diagnosis and risk factors. Geriatrics & Aging, 10(1), 36-41.

- Leyton, C. E., & Hodges, J. R. (2010). Frontotemporal dementias: Recent advances and current controversies. Ann Indian Acad Neurol, 13(Suppl 2), S74-80.
- Marra, C., Quaranta, D., Zinno, M., Misciagna, S., Bizzarro, A., Masullo, C., et al. (2007). Clusters of cognitive and behavioral disorders clearly distinguish primary progressive aphasia from frontal lobe dementia, and Alzheimer's disease. Dement Geriatr Cogn Disord, 24(5), 317-326.
- McCusker, J., Cole, M.G., Voyer, P., Monette, J., Campoux, N., Ciampi, A., Vu, M., Dyachenko, A., Belzile, E. (2014). Observer-rated depression in long-term care : Frequency and risk factors. Archives of Gerontology and Geriatrics, 58, 332-338.
- McCusker, J., Cole, M. G., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., . . . Bai, C. (2016). Six-month trajectories of self-reported depressive symptoms in long-term care. Int Psychogeriatr, 28(1), 71-81. doi:10.1017/S1041610215001179
- MDC (2008) Knowledge and skills needed for dementia care. Michigan dementia coalition [MDC]. Dementia competencies workgroup. Michigan
- Mollenhauer, B., Forstl, H., Deuschl, G., Storch, A., Oertel, W., & Trenkwalder, C. (2010). Lewy body and parkinsonian dementia: common, but often misdiagnosed conditions. Deutsches Arzteblatt International, 107(39), 684-691.
- Moyle, W., Borbasi, S., Wallis, M., Olorenshaw, R., Gracia, N. (2011). Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. Journal of clinical nursing, 20, 420-428.
- Murayama, N., Iseki, E., Endo, T., Nagashima, K., Yamamoto, R., Ichimiya, Y., et al. (2009). Risk factors for delusion of theft in patients with Alzheimer's disease showing mild dementia in Japan. Aging and Mental Health, 13(4), 563-568.
- NICE (2011). Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. National institute for health and clinical excellence. www.nice.org.uk
- Nieuwenhuis-Mark, R., Schalk, K., de Graaf, N. (2009). Free recall and learning of emotional word list in very elderly people with and without dementia. American Journal of Alzheimer’s Disease and other Dementias, 24(2), 155-162.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services (2008). Dementia plan 2015. Norway.
- Onoda, K., Yamaguchi, S. (2014). Revision of the Cognitive Assessment for Dementia, iPad Version (CADi2). PLOS ONE, 9(10), e109931
- Park, J.-H., Tahk, S.-J., & Bae, S. H. (2015). Depression and Anxiety as Predictors of Recurrent Cardiac Events 12 Months After Percutaneous Coronary Interventions. Journal of cardiovascular nursing, 30(4), 351.
- Pulsford, D., Duxubury, A., Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. Journal of psychiatric and mental health nursing, 18, 97-104.
- Schmitt, A. L., Livingston, R. B., Goette, W. F., & Galusha-Glasscock, J. M. (2016). Relationship Between the Mini-Mental State Examination and the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status in Patients Referred for a Dementia Evaluation. Perceptual & Motor Skills, 123(3), 606-623. doi:10.1177/0031512516667674
- Seelaar, H., Rohrer, J. D., Pijnenburg, Y. A. L., Fox, N. C., & van Swieten, J. C. (2011). Clinical, genetic and pathological heterogeneity of frontotemporal dementia: a review. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 82(5), 476-486.
- Sepulveda, E., Leonard, M., Franco, J. G., Adamis, D., McCarthy, G., Dunne, C., . . . Meagher, D. J. (2017). Subsyndromal delirium compared with delirium, dementia, and subjects without delirium or dementia in elderly general hospital admissions and nursing home residents. Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring, 7, 1-10. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.dadm.2016.11.002

- Sinyor, M., Tan, L. P., Schaffer, A., Gallagher, D., & Shulman, K. (2016). Suicide in the oldest old: an observational study and cluster analysis. Int J Geriatr Psychiatry, 31(1), 33-40. doi:10.1002/gps.4286
- Smetanin, P., Kobak, P., Briante, C., Stiff, D., Sherman, G., Ahmad, S. (2010). Rising Tide: the impact of dementia in Canada 2008 to 2038. Société Alzheimer: www.alzheimer.ca
- Towsley et al. (2012). Evaluating the Cornell Scale for Depression in Dementia as a Proxy Measure in Nursing Home Residents With and Without Dementia. Aging Ment Health, 16(7), 892-901.
- Van Steenoven et al. (2014). Conversion Between Mini-Mental State Examination, Montreal Cognitive Assessment, and Dementia Rating Scale-2 Scores in Parkinson's Disease. Movement Disorders, 29(14), 1809-1815.
- Vance, D., Moore, B.S.; Farr, K.F. et Struzick, T. (2008). Procedural memory and emotional attachment in Alzheimer disease: Implications for meaningful and engaging activities. Journal of Neuroscience Nursing, 40(2), 96-102.
- Verloo, H., Goulet, C., Morin, D., & von Gunten, A. (2016a). Association between frailty and delirium in older adult patients discharged from hospital. Clinical Interventions in Aging, 11, 55-63. doi:10.2147/CIA.S100576
- Verloo, H., Goulet, C., Morin, D., & Von Gunten, A. (2016b). Nursing intervention versus usual care to improve delirium among home-dwelling older adults receiving homecare after hospitalization: feasibility and acceptability of a Randomized Controlled Trail. BMC Nurs, 15, 19. doi:10.1186/s12912-016-0140-z
- Voyer, P. (2015). Communicating with people with dementia: Avoiding mistakes. Canadian Nurse, 111(5), 10.
- Yevchak, A. M., Han, J. H., Doherty, K., Archambault, E. G., Kelly, B., Chandrasekhar, R., . . . Rudolph, J. L. (2015). Impaired Arousal in Older Adults Is Associated With Prolonged Hospital Stay and Discharge to Skilled Nursing Facility. Journal of the American Medical Directors Association, 16(7), 586-589. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.01.093.

L'examen clinique de l'état mental (troubles cognitifs et troubles neurocognitifs majeurs [Alzheimer, Corps de Lewy, vasculaire, fronto-temporal]) (14 h de formation accréditée)

Philippe Voyer, inf., Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population fait en sorte qu'un nombre grandissant d'infirmières prodiguent des soins aux aînés. Les soins aux aînés présentent de nombreux défis cliniques. Parmi ceux-ci, notons la réalisation de l'examen clinique. Depuis plus de 10 ans maintenant, la loi sur les infirmières et infirmiers du Québec a changé, l'infirmière a plus que jamais recours à l'examen clinique dans sa pratique afin d'assumer pleinement ses deux premières activités réservées, à savoir l'évaluation de l'état physique et mental d'une personne symptomatique et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques. Or, la réalisation de l'examen clinique de l'aîné pose d'importants défis en raison des effets du vieillissement normal sur l'organisme vieillissant, de la multimorbidité et de la polymédication. En effet, il peut être très difficile parfois de distinguer les symptômes et les signes qui appartiennent au vieillissement normal de ceux liés à l'apparition d'une nouvelle maladie ou à l'exacerbation d'une maladie existante ou encore qui proviendraient de l'effet indésirable d'un médicament. La compétence de l'infirmière à évaluer l'aîné se trouve justement dans la différenciation de l'origine du malaise. Une connaissance approfondie de l'impact du vieillissement normal et des syndromes gériatriques sur l'examen clinique permet d'y parvenir.

Dans le cadre de cette formation, l'examen clinique de l'état mental visant la détection ou la surveillance clinique des troubles cognitifs et des troubles neurocognitifs majeurs sera explicité en prenant soin d'illustrer les particularités gériatriques. De même, la place du plan thérapeutique infirmier (PTI) et de la note au dossier dans le contexte de l'examen clinique est illustrée.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les compétences des participants dans l'utilisation de l'examen clinique de l'état mental chez l'aîné.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmières. Sur demande, d'autres professionnels peuvent y participer.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner la conférence web # 3 (« Introduction à l'examen clinique de l'aîné »), qui se trouve sur le site internet suivant : www.philippevoyer.org. Cette conférence web permettra aux participants de maitriser les différentes dimensions de l'examen clinique infirmier. De même, les participants sont encouragés à visionner les capsules web suivantes : 19, 23b et 41.

PLAN DE LA JOURNÉE (JOUR 1)

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire l'état mental	▪ Fonctions cognitives, neurologiques et perceptuelles	▪ Exposés interactifs	Questions «quiz» Utilisation d'animations powerpoint qui mettent en relation les différentes mémoires à long terme.
	▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur les fonctions cognitives	▪ Vieillissement des fonctions cognitives ▪ Mémoires ▪ Concentration ▪ Attention ▪ Orientations ▪ Organisation de la pensée ▪ Fonctions exécutives.	▪ Exposés interactifs	Questions «quiz»
10 h – 10 h 15	**Pause**			

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	Autres informations jugées pertinentes
10 h 15 – 12 h	▪ Décrire les principaux troubles neurocognitifs majeurs (les démences) ▪ Décrire les composantes de l'examen de l'état mental dans le contexte des troubles neurocognitifs majeurs	▪ Trouble cognitif léger ▪ Troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer, Corps de Lewy, fronto-temporal et vasculaire. ▪ Examen clinique ▪ Anamnèse ▪ Examen physique : inspection ▪ Standards de pratique	▪ Exposés interactifs	Exercices d'association entre les signes et les troubles neurocognitifs majeurs Utilisation d'un tableau comparatif des troubles neurocognitifs majeurs.
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 15 h	▪ Décrire et utiliser les échelles de mesure	▪ Évaluation des sphères cognitives ▪ Test de l'horloge méthode Watson ▪ Fluence verbale ▪ Mini-Cog ▪ 5 mots de Dubois ▪ Mini examen de l'état mental de Folstein ▪ Mini examen de l'état mental pour cas sévère ▪ MOCA	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration	▪ Mise en situation ▪ Exercices en groupe ▪ Exercices en équipe de deux ▪ Vidéos avec de vrais patients qui se font administrer les différents tests
15 h – 15 h 15	**Pause**			
15 h 15 – 16 h 25	▪ Déterminer la pertinence de l'évaluation de l'état mental en lien avec la surveillance clinique de la pharmacothérapie	▪ Surveillance clinique des inhibiteurs de la cholinestérase	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstrations ▪ Études de cas	Utilisation d'une note au dossier où les participants doivent trouver les données

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	Autres informations jugées pertinentes
	▪ Établir la relation entre l'examen clinique, le PTI et la note au dossier	▪ Standard de pratique ▪ PTI – Constats de l'évaluation – Directives infirmières ▪ Note au dossier – Situation aiguë – Situation de suivi		manquantes et les erreurs.
16 h 25 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE (JOUR 2 : MENTORAT – 7 H)

- Mettre en application ses connaissances
- Réaliser l'examen clinique auprès des patients
- Recevoir de la rétroaction d'un mentor
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil cognitif du résident
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil d'autonomie du résident
- Contenu :
    - Examen de l'état mental

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Références

- Association for Dementia Studies (2010). Workforce development for dementia: development of role competencies and proposed training for "Primary Care Liaison Worker" to support pathway to diagnosis of dementia. University of Worcester, UK.
- Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., Jones, E. (2011). Alzheimer's disease. Lancet, 377, 1019-1031.
- 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
- Biundo, R., Weis, L., Bostantjopoulou, S., Stefanova, E., Falup-Pecurariu, C., Kramberger, M. G., . . . On behalf of the, D. L. B. c. (2016). MMSE and MoCA in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies: a multicenter 1-year follow-up study. Journal of neural transmission (Vienna, Austria : 1996), 123(4), 431-438. doi:10.1007/s00702-016-1517-6
- Bonner, A. F., Field, T. S., Lemay, C. A., Mazor, K. M., Andersen, D. A., Compher, C. J., . . . Gurwitz, J. H. (2015). Rationales that Providers and Family Members Cited for the Use of Antipsychotic Medications in Nursing Home Residents with Dementia. Journal of the American Geriatrics Society, 63(2), 302-308. doi:10.1111/jgs.13230
- Brown et al. (2014). Is There a Relationship Between Mini Mental Status Examination scores and the Activities of Daily Living Abilities of Clients Presenting with Suspected Dementia? Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 32(4), 336-352.
- Carlino, E., Benedetti, F., Rainero, I., Asteggiano, G., Cappa, G., Tarenzi, L., et al. (2010). Pain perception and tolerance in patients with frontotemporal dementia. Pain, 151(3), 783-789.
- Carrière, I., Norton, J., Farré, A., Wyart, M., Tzourio, C., Noize, P., . . . Ancelin, M. L. (2017). Antidepressant use and cognitive decline in community-dwelling elderly people – The Three-City Cohort. BMC Medicine, 15, 81. doi:10.1186/s12916-017-0847-z
- Carson, N., et al. (2018). "A re-examination of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) cutoff scores." Int J Geriatr Psychiatry 33(2): 379-388.
- CCCDTD (2007). Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia. Montreal. http://www.cccdtd.ca/
- Chow, T. W., Binns, M. A., Cummings, J. L., Lam, I., Black, S. E., Miller, B. L., et al. (2009). Apathy symptom profile and behavioral associations in frontotemporal dementia vs dementia of Alzheimer type. Arch Neurol, 66(7), 888-893.

- Creavin, S. T., Wisniewski, S., Noel-Storr, A. H., Trevelyan, C. M., Hampton, T., Rayment, D., . . . Cullum, S. (2016). Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. Cochrane Database Syst Rev(1), CD011145. doi:10.1002/14651858.CD011145.pub2
- Dyer, A. H., et al. (2018). "Cognitive assessment of older adults in general practice: the collateral history." Ir J Med Sci 187(3): 683-687.
- Feldman, H.H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Schipper, H.M., Blair, M., Kertesz, A., Chertkow, H. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: diagnosis. Canadian Medical Association Journal, 178(7), 825-836.
- Frenette, L. C., et al. (2018). "Early detection of cognitive impairments with the Montreal Cognitive Assessment in patients with uncomplicated and complicated mild traumatic brain injury." Brain Inj: 1-9.
- Freund-Levi et al. (2014). Galantamine versus risperidone for agitation in people with dementia: a randomized, twelve-week, single-center study. Dement Geriatr Cogn Disord, 38(3), 234-244.
- Gayda, M., Gremeaux, V., Bherer, L., Juneau, M., Drigny, J., Dupuy, O., . . . Nigam, A. (2017). Cognitive function in patients with stable coronary heart disease: Related cerebrovascular and cardiovascular responses. PLoS ONE, 12(9), e0183791. doi:10.1371/journal.pone.0183791
- Goldberg, A., Straus, S. E., Hamid, J. S., & Wong, C. L. (2015). Room transfers and the risk of delirium incidence amongst hospitalized elderly medical patients: a case–control study. BMC Geriatrics, 15. doi:10.1186/s12877-015-0070-8
- HAS (2008). Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Haute autorité de santé. France.
- Hudon, C., Bujold, A.A., Potvin, O., Préville, M., Voyer, P., Landreville, P., Grenier, S. (2014). Association entre l'anxiété et le déclin cognitif chez les personnes âgées vivant dans la communauté. La Revue canadienne du vieillissement, 33(03), 296-308.
- Kang, J. M., et al. (2018). "Montreal cognitive assessment reflects cognitive reserve." BMC Geriatr 18(1): 261.
- Kessels, R. P. C. (2018). "Improving precision in neuropsychological assessment: bridging the gap between classic paper-and-pencil tests and paradigms from cognitive neuroscience." Clin Neuropsychol: 1-12.
- Kolanowski, A., Fick, D., Litaker, M., Mulhall, P., Clare, L., Hill, N., . . . Yevchak-Sillner, A. (2016). Effect of Cognitively Stimulating Activities on Symptom Management of Delirium Superimposed on Dementia: A Randomized Controlled Trial. Journal of the American Geriatrics Society. doi:10.1111/jgs.14511
- Kolanowski, A., Mogle, J., Fick, D. M., Hill, N., Mulhall, P., Nadler, J., . . . Behrens, L. (2015). Pain, Delirium, and Physical Function in Skilled Nursing Home Patients With Dementia. Journal of the American Medical Directors Association, 16(1), 37-40. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.07.002
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Montréal: ÉDISEM.
- Larson, E.B. (2010). Prospects for delaying the rising tide of worldwide, late-life dementias. International psychogeriatrics, 22(8), 1196-1202.
- Lee, J., Monette, J., Sourial, N., Monette, M., Bergman, H. (2007). The use of a cholinesterase inhibitor review committee in long-term care. Journal of the American Medical Directors Association, 8, 243-247.
- Levinoff, E.J. (2007). Vascular dementia and Alzheimer's disease: diagnosis and risk factors. Geriatrics & Aging, 10(1), 36-41.

- Leyton, C. E., & Hodges, J. R. (2010). Frontotemporal dementias: Recent advances and current controversies. Ann Indian Acad Neurol, 13(Suppl 2), S74-80.
- Marra, C., Quaranta, D., Zinno, M., Misciagna, S., Bizzarro, A., Masullo, C., et al. (2007). Clusters of cognitive and behavioral disorders clearly distinguish primary progressive aphasia from frontal lobe dementia, and Alzheimer's disease. Dement Geriatr Cogn Disord, 24(5), 317-326.
- McCusker, J., Cole, M.G., Voyer, P., Monette, J., Campoux, N., Ciampi, A., Vu, M., Dyachenko, A., Belzile, E. (2014). Observer-rated depression in long-term care : Frequency and risk factors. Archives of Gerontology and Geriatrics, 58, 332-338.
- McCusker, J., Cole, M. G., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., . . . Bai, C. (2016). Six-month trajectories of self-reported depressive symptoms in long-term care. Int Psychogeriatr, 28(1), 71-81. doi:10.1017/S1041610215001179
- MDC (2008) Knowledge and skills needed for dementia care. Michigan dementia coalition [MDC]. Dementia competencies workgroup. Michigan
- Mollenhauer, B., Forstl, H., Deuschl, G., Storch, A., Oertel, W., & Trenkwalder, C. (2010). Lewy body and parkinsonian dementia: common, but often misdiagnosed conditions. Deutsches Arzteblatt International, 107(39), 684-691.
- Moyle, W., Borbasi, S., Wallis, M., Olorenshaw, R., Gracia, N. (2011). Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. Journal of clinical nursing, 20, 420-428.
- Murayama, N., Iseki, E., Endo, T., Nagashima, K., Yamamoto, R., Ichimiya, Y., et al. (2009). Risk factors for delusion of theft in patients with Alzheimer's disease showing mild dementia in Japan. Aging and Mental Health, 13(4), 563-568.
- NICE (2011). Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. National institute for health and clinical excellence. www.nice.org.uk
- Nieuwenhuis-Mark, R., Schalk, K., de Graaf, N. (2009). Free recall and learning of emotional word list in very elderly people with and without dementia. American Journal of Alzheimer’s Disease and other Dementias, 24(2), 155-162.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services (2008). Dementia plan 2015. Norway.
- Onoda, K., Yamaguchi, S. (2014). Revision of the Cognitive Assessment for Dementia, iPad Version (CADi2). PLOS ONE, 9(10), e109931
- Park, J.-H., Tahk, S.-J., & Bae, S. H. (2015). Depression and Anxiety as Predictors of Recurrent Cardiac Events 12 Months After Percutaneous Coronary Interventions. Journal of cardiovascular nursing, 30(4), 351.
- Pulsford, D., Duxubury, A., Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. Journal of psychiatric and mental health nursing, 18, 97-104.
- Schmitt, A. L., Livingston, R. B., Goette, W. F., & Galusha-Glasscock, J. M. (2016). Relationship Between the Mini-Mental State Examination and the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status in Patients Referred for a Dementia Evaluation. Perceptual & Motor Skills, 123(3), 606-623. doi:10.1177/0031512516667674
- Seelaar, H., Rohrer, J. D., Pijnenburg, Y. A. L., Fox, N. C., & van Swieten, J. C. (2011). Clinical, genetic and pathological heterogeneity of frontotemporal dementia: a review. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 82(5), 476-486.
- Sepulveda, E., Leonard, M., Franco, J. G., Adamis, D., McCarthy, G., Dunne, C., . . . Meagher, D. J. (2017). Subsyndromal delirium compared with delirium, dementia, and subjects without delirium or dementia in elderly general hospital admissions and nursing home residents. Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring, 7, 1-10. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.dadm.2016.11.002

- Sinyor, M., Tan, L. P., Schaffer, A., Gallagher, D., & Shulman, K. (2016). Suicide in the oldest old: an observational study and cluster analysis. Int J Geriatr Psychiatry, 31(1), 33-40. doi:10.1002/gps.4286
- Smetanin, P., Kobak, P., Briante, C., Stiff, D., Sherman, G., Ahmad, S. (2010). Rising Tide: the impact of dementia in Canada 2008 to 2038. Société Alzheimer: www.alzheimer.ca
- Towsley et al. (2012). Evaluating the Cornell Scale for Depression in Dementia as a Proxy Measure in Nursing Home Residents With and Without Dementia. Aging Ment Health, 16(7), 892-901.
- Van Steenoven et al. (2014). Conversion Between Mini-Mental State Examination, Montreal Cognitive Assessment, and Dementia Rating Scale-2 Scores in Parkinson's Disease. Movement Disorders, 29(14), 1809-1815.
- Vance, D., Moore, B.S.; Farr, K.F. et Struzick, T. (2008). Procedural memory and emotional attachment in Alzheimer disease: Implications for meaningful and engaging activities. Journal of Neuroscience Nursing, 40(2), 96-102.
- Verloo, H., Goulet, C., Morin, D., & von Gunten, A. (2016a). Association between frailty and delirium in older adult patients discharged from hospital. Clinical Interventions in Aging, 11, 55-63. doi:10.2147/CIA.S100576
- Verloo, H., Goulet, C., Morin, D., & Von Gunten, A. (2016b). Nursing intervention versus usual care to improve delirium among home-dwelling older adults receiving homecare after hospitalization: feasibility and acceptability of a Randomized Controlled Trail. BMC Nurs, 15, 19. doi:10.1186/s12912-016-0140-z
- Voyer, P. (2015). Communicating with people with dementia: Avoiding mistakes. Canadian Nurse, 111(5), 10.
- Yevchak, A. M., Han, J. H., Doherty, K., Archambault, E. G., Kelly, B., Chandrasekhar, R., . . . Rudolph, J. L. (2015). Impaired Arousal in Older Adults Is Associated With Prolonged Hospital Stay and Discharge to Skilled Nursing Facility. Journal of the American Medical Directors Association, 16(7), 586-589. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.01.093.

Saison 2019 – 2020
Formation continue
Atelier (7 h)

L'examen clinique pulmonaire de l'aîné

Philippe Voyer, inf., Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population fait en sorte qu'un nombre grandissant d'infirmières prodiguent des soins aux aînés. Les soins aux aînés présentent de nombreux défis cliniques. Parmi ceux-ci, notons la réalisation de l'examen clinique. Depuis plus de 10 ans maintenant, la loi sur les infirmières et infirmiers du Québec a changé, l'infirmière a plus que jamais recours à l'examen clinique dans sa pratique afin d'assumer pleinement ses deux premières activités réservées, à savoir l'évaluation de l'état physique et mental d'une personne symptomatique et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques. Or, la réalisation de l'examen clinique de l'aîné pose d'importants défis en raison des effets du vieillissement normal sur l'organisme vieillissant, de la multimorbidité et de la polymédication. En effet, il peut être très difficile parfois de distinguer les symptômes et les signes qui appartiennent au vieillissement normal de ceux liés à l'apparition d'une nouvelle maladie ou de l'exacerbation d'une maladie existante ou encore qui proviendraient de l'effet indésirable d'un médicament. La compétence de l'infirmière à évaluer l'aîné se trouve justement dans la différenciation de l'origine du malaise. Une connaissance approfondie de l'impact du vieillissement normal et des syndromes gériatriques sur l'examen clinique permet d'y parvenir.

Dans le cadre de cette formation, l'examen clinique pulmonaire de l'aîné est explicité en prenant en considération le contexte clinique de l'examen (aigu et suivi). De même, la place du plan thérapeutique infirmier (PTI) et de la note au dossier dans le contexte de l'examen clinique pulmonaire est introduite.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les compétences des participants dans l'utilisation de l'examen clinique pulmonaire chez l'aîné.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner la conférence web # 3 (« Introduction à l'examen clinique de l'aîné ») qui se trouve à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org. Cette conférence permettra aux participants de maîtriser les différentes dimensions de l'examen clinique infirmier. De même, les participants sont encouragés à visionner les capsules web suivantes : 12b et 20.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire l'anatomie et la physiologie des poumons ▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur le système respiratoire	▪ Anatomie des poumons ▪ Physiologie du fonctionnement des poumons ▪ Vieillissement du système respiratoire	▪ Exposé interactif	Projection de l'image des poumons et leurs repères anatomiques
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 12 h	▪ Reconnaître les signes typiques et atypiques des problèmes de santé du système respiratoire chez l'aîné	▪ Grippe ▪ Pneumonie ▪ Œdème aigu du poumon ▪ Embolie pulmonaire ▪ Maladies pulmonaires obstructives chroniques - Emphysème - Bronchite chronique	▪ Exposé interactif	Concernant le signe atypique du changement de l'état mental, des questions sont posées sur la façon de reconnaître ce changement chez une personne atteinte d'une démence. Présentation de tableaux comparatifs des manifestations typiques et

				atypiques avec statistiques pour appuyer.
	▪ Expliquer les causes des bruits pulmonaires normaux et anormaux chez l'aîné	▪ Sites d'auscultations pulmonaires et bruits associés normaux et anormaux ▪ Explication de la physiopathologie des bruits respiratoires	▪ Exposé interactif	Utilisation de logiciel présentant les bruits respiratoires normaux et anormaux
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 15 h	▪ Procéder à l'examen physique du système respiratoire	▪ Inspection ▪ Auscultation	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstrations ▪ Études de cas.	Vidéo de démonstration avec un patient âgé - Questions sur l'interprétation des différents sons en lien avec les contextes cliniques. -Supervision -Utilisation de bulles de questionnements dans le document powerpoint.
15 h – 15 h 15	**Pause**			
15 h 15 – 16 h 20	▪ Établir la relation entre l'examen clinique, le PTI et la note au dossier	▪ PTI – Constats de l'évaluation – Directives infirmières ▪ Note au dossier – Situation aiguë – Situation de suivi	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstrations ▪ Études de cas	Le recours au PTI permet de capter l'intérêt des participants. Utilisation d'une note au dossier où les participants doivent trouver les données manquantes et les erreurs.
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Jacques, I., Lavoie, S., Cyr, N., Claveau, D., Kasprzak, L., Lépine, H., Mercier, J., Rey, S., Roy, S., Voyer, P. (2010). Le plan thérapeutique infirmier dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée : Étude de cas : PTI en situation complexe. Faculté des sciences infirmières, Université Laval. Québec.
- Halter, J.B., et al. (2009) Hazzard's geriatric medicine and gerontology (sixth edition).New York: McGraw-Hill.
- Voyer, P., Cyr, N., Kasprzak, L., Lépine, H., Rey, S., Gauthier, N., Jacques, I., Lavoie, S.,Bédard, M., Caron, N., Coulombe, A., Dubois, R., Lapointe, L., Parent, G., Mercier, J. (2009). Le plan thérapeutique infirmier dans les centres d'hébergement de soins de longue durée : Faits saillants des travaux du comité UL-PTI-CHSLD, Québec. ISBN : 978-2-922264-06-7.
- Voyer, P., Szwebel, T.A. (2010). La personne âgée (p. 327-351), In Cloutier, L., Delmas, P., Dall'Ava-Santucci, J. (directeurs), La pratique infirmière de l'examen clinique. Paris : de boeck.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.
- Halter, J. B., Ouslander, J. G., Studenski, S., High, K.P., Asthana, S., Supiano, M.A., Ritchie, C.S. (2016). Hazzard's geriatric medicine and gerontology (seventh edition). New York: McGraw-Hill.

Articles

- Baltzan MA, Kamel H, Alter A, et al. (2004) Pulmonary rehabilitation improves functional capacity in patients 80 years of age or older. Canadian Respiratory Journal; 11(6):407-413.
- Bentley, D. W., Bradley, S., High, K., Schoenbaum, S., Taler, G., & Yoshikawa, T. T. (2000). Practice Guideline for Evaluation of Fever and Infection in Long-Term Care Facilities. Clinical Infectious Diseases, 31, 640-653.
- Bhatt, S. P., Wells, J. M., Kinney, G. L., Washko, G. R. J., Budoff, M., Young-Il, K., . . . Dransfield, M. T. (2016). β-Blockers are associated with a reduction in COPD exacerbations. Thorax, 71(1), 8.
- Brabrand M, Kellett J, Opio M, Cooksley T, Nickel CH. (2018). Should impaired mobility on presentation be a vital sign? Acta Anaesthesiol Scand. doi: 10.1111/aas.13098.
- Cagatay, A.A., Tufan, F., Hindilerden, F., Aydin, S., Elcioglu, O.C., Karadeniz, A., Alpay, N., Gokturk, S., Taranoglu, O. (2010) The causes of acute fever requiring hospitalization in geriatric patients: Comparison of infectious and noninfectious etiology. Journal of Aging Research, 10, article ID 380892, 6 pages.
- Castle, S. C., Yeh, M., Toledo, S., Yoshikawa, T. T., & Norman, D. C. (1993). Lowering the temperature criterion improves detection of infections in nursing home residents. Aging Immunology and Infectious Disease, 4, 67-76.
- Çolak, Y., Afzal, S., Lange, P., & Nordestgaard, B. (2016). Obese individuals experience wheezing without asthma but not asthma without wheezing: a Mendelian randomisation study of 85,437 adults from the Copenhagen General Population Study. Thorax, 71(3), 247-254.

- Conti, V., Venegoni, M., Cocci, A., Fortino, I., Lora, A., & Barbui, C. (2015). Antipsychotic drug exposure and risk of pulmonary embolism: a population-based, nested case–control study. BMC Psychiatry, 15, 92. doi:10.1186/s12888-015-0479-9
- Dratva, J., Zemp, E., Dharmage, S. C., Accordini, S., Burdet, L., Gislason, T., . . . Svanes, C. (2016). Early Life Origins of Lung Ageing: Early Life Exposures and Lung Function Decline in Adulthood in Two European Cohorts Aged 28-73 Years. PLoS ONE, 11(1), e0145127. doi:10.1371/journal.pone.0145127
- Fadzil, F.M., Choon, D. Arumugam, K. (2010) A comparative study on the accuracy of noninvasive thermometers. Australian family physician, 39(4), 237-239.
- Falsey, A. R., Baran, A., & Walsh, E. E. (2015). Should clinical case definitions of influenza in hospitalized older adults include fever? Influenza and Other Respiratory Viruses, 9(Suppl 1), 23-29. doi:10.1111/irv.12316
- Furich et al. (2015). Ten-Year Mortality after Community-acquired Pneumonia. A Prospective Cohort. Am J Respir Crit Care Med. 1;192(5):597-604. doi: 10.1164/rccm.201501-0140OC.
- Hammami, S., Chakroun, M., Mahjoub, S., Bouzouaia, N. (2007). Les infections du sujet âgé. Revue Tunisienne d'infectiologie, 1(3), 1-8.
- Hemilä, H., Louhilia, P. (2007) Vitamin C for preventing and treating pneumonia. Cochrane Database of Systematic Reviews¸ 1, article CD005532. DOI:10.1002/14651858.CD005532.pub2.
- High, K.P., Bradly, S.F., Gravenstein, S., Mehr, D.R., Quagliarello, V.J., Richards, C., Yoshikawa, T.T. (2009) Clinical practice guidelines for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilites: 2008 update by the infectious diseases society of America. Clinical infectious diseases, 48, 149-171.
- Hota, S., McGeer, A. (2007). Antivirals and the control of influenza outbreaks. Clinical infectious disease, 45(10), 1362-1368.
- Huijskens et al. (2014). The value of signs and symptoms in differentiating between bacterial, viral and mixed aetiology in patients with community-acquired pneumonia. Journal of Medical Microbiology, 63, 441-452.
- Kang, Y., Grogan, N.L. (2009) Evidence-based review of infectious disease. Geriatric Nursing, 30 (4), 272-286.
- Karakoumis J, Nickel CH, Kirsch M, Rohacek M, Geigy N, Müller B, Ackermann S, Bingisser R. (2015). Emergency Presentations With Nonspecific Complaints-the Burden of Morbidity and the Spectrum of Underlying Disease: Nonspecific Complaints and Underlying Disease. Medicine 94(26):e840. doi: 10.1097/MD.0000000000000840.
- Kellett J, Nickel CH. (2018). What are nonspecific complaints and what are their causes and outcomes? The common unknown unknowns of medicine. Eur J Intern Med. 47:e12-e13. doi: 10.1016/j.ejim.2017.09.032.
- Leidy et al. (2014). Measuring respiratory symptoms of COPD: performance of the EXACT-Respiratory Symptoms Tool (E-RS) in three clinical trials. Respiratory Research, 15, 124.
- Leidy et al. (2015). Measuring respiratory symptoms in clinical trials of COPD: reliability and validity of a daily diary. Thorax, 69, 443-449.
- Lemaitre, M., Meret, T., Rothan-Thondeur, M., Belmin, J., Lejonc, JL., Luquel, L., Piette, F., Salom, M., Verny, M., Vetel, JM., Veyssier, P., Carrat, F. (2009) Effet of Influenza Vaccination of Nursing Home Staff in Mortality of Residents: A Cluster-Randomized Trial. JAGS, p.1-7
- Lim, W.S., Baudouin, S.V., George, R.C., Kill, A.T., Jamieson, C., LeJeune, I., Macfarlane, J.T., Read, R.C., Robert, H.J., Levy, M.L., Wani, M., Woodhead, M.A. (2009) Guideline for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. British thoracic society.

- Lu, S.H., Dai, Y.T., Yen, C.J. (2009) The effects of measurements site and ambient temperature on body temperature values in health older adults: a cross-sectional comparative study. International journal of nursing study, 46(11), 1415-1422.
- Lu, S.H., Leasure, A.R., Dai, Y.T. (2009) A systemic review of body temperature variations in older people. Journal of clinical nursing, 19, 4-16.
- Miravitlles et al. (2014). Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study. Respiratory Research, 15, 119-129.
- Misch F, Messmer AS, Nickel CH, Gujan M, Graber A, Blume K, Bingisser R. (2014). Impact of observation on disposition of elderly patients presenting to emergency departments with non-specific complaints. PLoS One. 28;9(5):e98097. doi: 10.1371/journal.pone.0098097.
- Mocarski, M., Zaiser, E., Trundell, D., Make, B. J., & Hareendran, A. (2015). Evaluation of the psychometric properties of the Nighttime Symptoms of COPD Instrument. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 10, 475-487. doi:10.2147/COPD.S75776
- Monette J, Miller MA, Monette M, et al. Effect of an educational intervention on optimizing antibiotic prescribing in long-term care facilities. Journal of the American Geriatrics Society 2007 Aug;55(8):1231-1235.
- Morris, P., Berry, M., Files, D. C., Thompson, J. C., Hauser, J., Flores, L., . . . Young, M. (2016). Standardized Rehabilitation and Hospital Length of Stay Among Patients With Acute Respiratory Failure: A Randomized Clinical Trial. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 315(24), 2694-2702.
- Müllerova, H., Maselli, D. J., Locantore, N., Vestbo, J., Hurst, J. R., Wedzicha, J. A., . . . Anzueto, A. (2015). Hospitalized Exacerbations of COPD: Risk Factors and Outcomes in the ECLIPSE Cohort. Chest, 147(4), 999-1007. doi:http://dx.doi.org/10.1378/chest.14-0655
- Nakanishi et al. (2010) Significance of the progression of respiratory symptoms for predicting community-acquired pneumonia in general practice. Respirology, 15, 969-974.
- Navaneethan, S., Schold, J., Huang, H., Nakhoul, G., Jolly, S., Arrigain, S., . . . Nally, J. (2016). Mortality Outcomes of Patients with Chronic Kidney Disease and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. American Journal of Nephrology, 43(1), 39-46.
- Pasterkamp, H., Brand, P. L. P., Everard, M., Garcia-Marcos, L., Melbye, H., & Priftis, K. N. (2016). Towards the standardisation of lung sound nomenclature. European Respiratory Journal, 47(3), 724-732. doi:10.1183/13993003.01132-2015
- Paul, K. J., Walker, R. L., & Dublin, S. (2015). Anticholinergic Medications and Risk of Community-Acquired Pneumonia in Elderly Adults: A Population-Based Case-Control Study. Journal of the American Geriatrics Society, 63(3), 476-485. doi:10.1111/jgs.13327
- Prescott et al. (2014). Diagnoses of early and late readmissions after hospitalization for pneumonia. A systematic review. Ann Am Thorac Soc. 11(7):1091-100. doi: 10.1513/AnnalsATS.201404-142OC.
- Sanz et al. (2014). Does prolonged onset of symptoms have a prognostic significance in community-acquired pneumonia? Respirology, 19, 1073-1079.
- Shapiro SE, Rosenfeld AG, Daya M, et al. (2005) Determining severe respiratory distress in older out-of-hospital patients. Prehospital emergency care: official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors;9(3):310-317.

- Smith, P.W., Bennett, G., Bradley S., Drinka, P., Lautenbach, E., Marx, J., Mody, L., Nicolle, L., Stevenson, K. (2008) SHEA/APIC Guideline: Infection Prevention and Control in the Long-Term Care Facility. Infection Control and Hospital Epidemiology, 29 (9), 785-814.
- Table de concertation nationale en maladies infectieuses (2010). Fiche synthèse sur l'influenza dans les CHSLD 2010-2011. Ministère de la santé et des services sociaux, 6 pages.
- Taksler, G. B., Rothberg, M. B., & Cutler, D. M. (2015). Association of Influenza Vaccination Coverage in Younger Adults With Influenza-Related Illness in the Elderly. Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America, 61(10), 1495-1503. doi:10.1093/cid/civ630
- Talbot, H.K., Falsey, A.R. (2010) The diagnosis of viral respiratory disease in older adults. Clinical infectious disease, 50(5), 747-751.
- Valley et al. (2015). Association of Intensive Care Unit Admission With Mortality Among Older Patients With Pneumonia. JAMA. 22-29;314(12):1272-9. doi: 10.1001/jama.2015.11068.
- Voyer, P., Cloutier, L., Michaud, D. (2003). Les infections des voies respiratoires : un problème critique chez les aînés l'hiver. Perspective Infirmière, 1(1), 45-50.
- Weigel K, Nickel CH, Malinovska A, Bingisser R. (2018). Symptoms at presentation to the emergency department: Predicting outcomes and changing clinical practice? Int J Clin Pract. 72(1). doi: 10.1111/ijcp.13033
- Wilkinson, T. M. A., Aris, E., Bourne, S., Clarke, S. C., Peeters, M., Pascal, T. G., . . . Devaster, J.-M. (2017). A prospective, observational cohort study of the seasonal dynamics of airway pathogens in the aetiology of exacerbations in COPD. Thorax, 72(10), 919-927. doi:10.1136/thoraxjnl-2016-209023
- Yoschikawa, T. T., Norman, D. C.(1996). Approach to fever and infection in the nursing home. Journal of the American Geriatrics Society; 44:74-82.

L'examen clinique pulmonaire de l'aîné (14 h de formation accréditée)

Philippe Voyer, inf., Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population fait en sorte qu'un nombre grandissant d'infirmières prodiguent des soins aux aînés. Les soins aux aînés présentent de nombreux défis cliniques. Parmi ceux-ci, notons la réalisation de l'examen clinique. Depuis plus de 10 ans maintenant, la loi sur les infirmières et infirmiers du Québec a changé, l'infirmière a plus que jamais recours à l'examen clinique dans sa pratique afin d'assumer pleinement ses deux premières activités réservées, à savoir l'évaluation de l'état physique et mental d'une personne symptomatique et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques. Or, la réalisation de l'examen clinique de l'aîné pose d'importants défis en raison des effets du vieillissement normal sur l'organisme vieillissant, de la multimorbidité et de la polymédication. En effet, il peut être très difficile parfois de distinguer les symptômes et les signes qui appartiennent au vieillissement normal de ceux liés à l'apparition d'une nouvelle maladie ou de l'exacerbation d'une maladie existante ou encore qui proviendraient de l'effet indésirable d'un médicament. La compétence de l'infirmière à évaluer l'aîné se trouve justement dans la différenciation de l'origine du malaise. Une connaissance approfondie de l'impact du vieillissement normal et des syndromes gériatriques sur l'examen clinique permet d'y parvenir.

Dans le cadre de cette formation, l'examen clinique pulmonaire de l'aîné est explicité en prenant en considération le contexte clinique de l'examen (aigu et suivi). De même, la place du plan thérapeutique infirmier (PTI) et de la note au dossier dans le contexte de l'examen clinique pulmonaire est introduite.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les compétences des participants dans l'utilisation de l'examen clinique pulmonaire chez l'aîné.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner la conférence web # 3 (« Introduction à l'examen clinique de l'aîné ») qui se trouve à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org. Cette conférence permettra aux participants de maîtriser les différentes dimensions de l'examen clinique infirmier. De même, les participants sont encouragés à visionner les capsules web suivantes : 12b et 20.

PLAN DE LA JOURNÉE (JOUR 1)

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire l'anatomie et la physiologie des poumons ▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur le système respiratoire	▪ Anatomie des poumons ▪ Physiologie du fonctionnement des poumons ▪ Vieillissement du système respiratoire	▪ Exposé interactif	Projection de l'image des poumons et leurs repères anatomiques
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 12 h	▪ Reconnaître les signes typiques et atypiques des problèmes de santé du système respiratoire chez l'aîné	▪ Grippe ▪ Pneumonie ▪ Œdème aigu du poumon ▪ Embolie pulmonaire ▪ Maladies pulmonaires obstructives chroniques - Emphysème - Bronchite chronique	▪ Exposé interactif	Concernant le signe atypique du changement de l'état mental, des questions sont posées sur la façon de reconnaître ce changement chez une personne atteinte d'une démence. Présentation de tableaux comparatifs des manifestations typiques et

				atypiques avec statistiques pour appuyer.
	▪ Expliquer les causes des bruits pulmonaires normaux et anormaux chez l'aîné	▪ Sites d'auscultations pulmonaires et bruits associés normaux et anormaux ▪ Explication de la physiopathologie des bruits respiratoires	▪ Exposé interactif	Utilisation de logiciel présentant les bruits respiratoires normaux et anormaux
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 15 h	▪ Procéder à l'examen physique du système respiratoire	▪ Inspection ▪ Auscultation	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstrations ▪ Études de cas.	Vidéo de démonstration avec un patient âgé - Questions sur l'interprétation des différents sons en lien avec les contextes cliniques. -Supervision -Utilisation de bulles de questionnements dans le document powerpoint.
15 h – 15 h 15	**Pause**			
15 h 15 – 16 h 20	▪ Établir la relation entre l'examen clinique, le PTI et la note au dossier	▪ PTI – Constats de l'évaluation – Directives infirmières ▪ Note au dossier – Situation aiguë – Situation de suivi	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstrations ▪ Études de cas	Le recours au PTI permet de capter l'intérêt des participants. Utilisation d'une note au dossier où les participants doivent trouver les données manquantes et les erreurs.
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion			Évaluation

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE (JOUR 2 : MENTORAT – 7 H)

- Mettre en application ses connaissances
- Réaliser l'examen clinique auprès des patients
- Recevoir de la rétroaction d'un mentor
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil cognitif du résident
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil d'autonomie du résident
- Contenu :
    - Examen clinique respiratoire

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Jacques, I., Lavoie, S., Cyr, N., Claveau, D., Kasprzak, L., Lépine, H., Mercier, J., Rey, S., Roy, S., Voyer, P. (2010). Le plan thérapeutique infirmier dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée : Étude de cas : PTI en situation complexe. Faculté des sciences infirmières, Université Laval. Québec.
- Halter, J.B., et al. (2009) Hazzard's geriatric medicine and gerontology (sixth edition).New York: McGraw-Hill.
- Voyer, P., Cyr, N., Kasprzak, L., Lépine, H., Rey, S., Gauthier, N., Jacques, I., Lavoie, S.,Bédard, M., Caron, N., Coulombe, A., Dubois, R., Lapointe, L., Parent, G., Mercier, J. (2009). Le plan thérapeutique infirmier dans les centres d'hébergement de soins de longue durée : Faits saillants des travaux du comité UL-PTI-CHSLD, Québec. ISBN : 978-2-922264-06-7.
- Voyer, P., Szwebel, T.A. (2010). La personne âgée (p. 327-351), In Cloutier, L., Delmas, P., Dall'Ava-Santucci, J. (directeurs), La pratique infirmière de l'examen clinique. Paris : de boeck.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.
- Halter, J. B., Ouslander, J. G., Studenski, S., High, K.P., Asthana, S., Supiano, M.A., Ritchie, C.S. (2016). Hazzard's geriatric medicine and gerontology (seventh edition). New York: McGraw-Hill.

Articles

- Baltzan MA, Kamel H, Alter A, et al. (2004) Pulmonary rehabilitation improves functional capacity in patients 80 years of age or older. Canadian Respiratory Journal; 11(6):407-413.
- Bentley, D. W., Bradley, S., High, K., Schoenbaum, S., Taler, G., & Yoshikawa, T. T. (2000). Practice Guideline for Evaluation of Fever and Infection in Long-Term Care Facilities. Clinical Infectious Diseases, 31, 640-653.
- Bhatt, S. P., Wells, J. M., Kinney, G. L., Washko, G. R. J., Budoff, M., Young-Il, K., . . . Dransfield, M. T. (2016). β-Blockers are associated with a reduction in COPD exacerbations. Thorax, 71(1), 8.
- Brabrand M, Kellett J, Opio M, Cooksley T, Nickel CH. (2018). Should impaired mobility on presentation be a vital sign? Acta Anaesthesiol Scand. doi: 10.1111/aas.13098.
- Cagatay, A.A., Tufan, F., Hindilerden, F., Aydin, S., Elcioglu, O.C., Karadeniz, A., Alpay, N., Gokturk, S., Taranoglu, O. (2010) The causes of acute fever requiring hospitalization in geriatric patients: Comparison of infectious and noninfectious etiology. Journal of Aging Research, 10, article ID 380892, 6 pages.
- Castle, S. C., Yeh, M., Toledo, S., Yoshikawa, T. T., & Norman, D. C. (1993). Lowering the temperature criterion improves detection of infections in nursing home residents. Aging Immunology and Infectious Disease, 4, 67-76.

- Çolak, Y., Afzal, S., Lange, P., & Nordestgaard, B. (2016). Obese individuals experience wheezing without asthma but not asthma without wheezing: a Mendelian randomisation study of 85,437 adults from the Copenhagen General Population Study. Thorax, 71(3), 247-254.
- Conti, V., Venegoni, M., Cocci, A., Fortino, I., Lora, A., & Barbui, C. (2015). Antipsychotic drug exposure and risk of pulmonary embolism: a population-based, nested case–control study. BMC Psychiatry, 15, 92. doi:10.1186/s12888-015-0479-9
- Dratva, J., Zemp, E., Dharmage, S. C., Accordini, S., Burdet, L., Gislason, T., . . . Svanes, C. (2016). Early Life Origins of Lung Ageing: Early Life Exposures and Lung Function Decline in Adulthood in Two European Cohorts Aged 28-73 Years. PLoS ONE, 11(1), e0145127. doi:10.1371/journal.pone.0145127
- Fadzil, F.M., Choon, D. Arumugam, K. (2010) A comparative study on the accuracy of noninvasive thermometers. Australian family physician, 39(4), 237-239.
- Falsey, A. R., Baran, A., & Walsh, E. E. (2015). Should clinical case definitions of influenza in hospitalized older adults include fever? Influenza and Other Respiratory Viruses, 9(Suppl 1), 23-29. doi:10.1111/irv.12316
- Furich et al. (2015). Ten-Year Mortality after Community-acquired Pneumonia. A Prospective Cohort. Am J Respir Crit Care Med. 1;192(5):597-604. doi: 10.1164/rccm.201501-0140OC.
- Hammami, S., Chakroun, M., Mahjoub, S., Bouzouaia, N. (2007). Les infections du sujet âgé. Revue Tunisienne d'infectiologie, 1(3), 1-8.
- Hemilä, H., Louhilia, P. (2007) Vitamin C for preventing and treating pneumonia. Cochrane Database of Systematic Reviews¸ 1, article CD005532. DOI:10.1002/14651858.CD005532.pub2.
- High, K.P., Bradly, S.F., Gravenstein, S., Mehr, D.R., Quagliarello, V.J., Richards, C., Yoshikawa, T.T. (2009) Clinical practice guidelines for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilites: 2008 update by the infectious diseases society of America. Clinical infectious diseases, 48, 149-171.
- Hota, S., McGeer, A. (2007). Antivirals and the control of influenza outbreaks. Clinical infectious disease, 45(10), 1362-1368.
- Huijskens et al. (2014). The value of signs and symptoms in differentiating between bacterial, viral and mixed aetiology in patients with community-acquired pneumonia. Journal of Medical Microbiology, 63, 441-452.
- Kang, Y., Grogan, N.L. (2009) Evidence-based review of infectious disease. Geriatric Nursing, 30 (4), 272-286.
- Karakoumis J, Nickel CH, Kirsch M, Rohacek M, Geigy N, Müller B, Ackermann S, Bingisser R. (2015). Emergency Presentations With Nonspecific Complaints-the Burden of Morbidity and the Spectrum of Underlying Disease: Nonspecific Complaints and Underlying Disease. Medicine 94(26):e840. doi: 10.1097/MD.0000000000000840.
- Kellett J, Nickel CH. (2018). What are nonspecific complaints and what are their causes and outcomes? The common unknown unknowns of medicine. Eur J Intern Med. 47:e12-e13. doi: 10.1016/j.ejim.2017.09.032.
- Leidy et al. (2014). Measuring respiratory symptoms of COPD: performance of the EXACT-Respiratory Symptoms Tool (E-RS) in three clinical trials. Respiratory Research, 15, 124.
- Leidy et al. (2015). Measuring respiratory symptoms in clinical trials of COPD: reliability and validity of a daily diary. Thorax, 69, 443-449.
- Lemaitre, M., Meret, T., Rothan-Thondeur, M., Belmin, J., Lejonc, JL., Luquel, L., Piette, F., Salom, M., Verny, M., Vetel, JM., Veyssier, P., Carrat, F. (2009) Effet of Influenza Vaccination of Nursing Home Staff in Mortality of Residents: A Cluster-Randomized Trial. JAGS, p.1-7

- Lim, W.S., Baudouin, S.V., George, R.C., Kill, A.T., Jamieson, C., LeJeune, I., Macfarlane, J.T., Read, R.C., Robert, H.J., Levy, M.L., Wani, M., Woodhead, M.A. (2009) Guideline for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. British thoracic society.
- Lu, S.H., Dai, Y.T., Yen, C.J. (2009) The effects of measurements site and ambient temperature on body temperature values in health older adults: a cross-sectional comparative study. International journal of nursing study, 46(11), 1415-1422.
- Lu, S.H., Leasure, A.R., Dai, Y.T. (2009) A systemic review of body temperature variations in older people. Journal of clinical nursing, 19, 4-16.
- Miravitlles et al. (2014). Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study. Respiratory Research, 15, 119-129.
- Misch F, Messmer AS, Nickel CH, Gujan M, Graber A, Blume K, Bingisser R. (2014). Impact of observation on disposition of elderly patients presenting to emergency departments with non-specific complaints. PLoS One. 28;9(5):e98097. doi: 10.1371/journal.pone.0098097.
- Mocarski, M., Zaiser, E., Trundell, D., Make, B. J., & Hareendran, A. (2015). Evaluation of the psychometric properties of the Nighttime Symptoms of COPD Instrument. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 10, 475-487. doi:10.2147/COPD.S75776
- Monette J, Miller MA, Monette M, et al. Effect of an educational intervention on optimizing antibiotic prescribing in long-term care facilities. Journal of the American Geriatrics Society 2007 Aug;55(8):1231-1235.
- Morris, P., Berry, M., Files, D. C., Thompson, J. C., Hauser, J., Flores, L., . . . Young, M. (2016). Standardized Rehabilitation and Hospital Length of Stay Among Patients With Acute Respiratory Failure: A Randomized Clinical Trial. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 315(24), 2694-2702.
- Müllerova, H., Maselli, D. J., Locantore, N., Vestbo, J., Hurst, J. R., Wedzicha, J. A., . . . Anzueto, A. (2015). Hospitalized Exacerbations of COPD: Risk Factors and Outcomes in the ECLIPSE Cohort. Chest, 147(4), 999-1007. doi:http://dx.doi.org/10.1378/chest.14-0655
- Nakanishi et al. (2010) Significance of the progression of respiratory symptoms for predicting community-acquired pneumonia in general practice. Respirology, 15, 969-974.
- Navaneethan, S., Schold, J., Huang, H., Nakhoul, G., Jolly, S., Arrigain, S., . . . Nally, J. (2016). Mortality Outcomes of Patients with Chronic Kidney Disease and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. American Journal of Nephrology, 43(1), 39-46.
- Pasterkamp, H., Brand, P. L. P., Everard, M., Garcia-Marcos, L., Melbye, H., & Priftis, K. N. (2016). Towards the standardisation of lung sound nomenclature. European Respiratory Journal, 47(3), 724-732. doi:10.1183/13993003.01132-2015
- Paul, K. J., Walker, R. L., & Dublin, S. (2015). Anticholinergic Medications and Risk of Community-Acquired Pneumonia in Elderly Adults: A Population-Based Case-Control Study. Journal of the American Geriatrics Society, 63(3), 476-485. doi:10.1111/jgs.13327
- Prescott et al. (2014). Diagnoses of early and late readmissions after hospitalization for pneumonia. A systematic review. Ann Am Thorac Soc. 11(7):1091-100. doi: 10.1513/AnnalsATS.201404-142OC.
- Sanz et al. (2014). Does prolonged onset of symptoms have a prognostic significance in community-acquired pneumonia? Respirology, 19, 1073-1079.

- Shapiro SE, Rosenfeld AG, Daya M, et al. (2005) Determining severe respiratory distress in older out-of-hospital patients. Prehospital emergency care: official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors;9(3):310-317.
- Smith, P.W., Bennett, G., Bradley S., Drinka, P., Lautenbach, E., Marx, J., Mody, L., Nicolle, L., Stevenson, K. (2008) SHEA/APIC Guideline: Infection Prevention and Control in the Long-Term Care Facility. Infection Control and Hospital Epidemiology, 29 (9), 785-814.
- Table de concertation nationale en maladies infectieuses (2010). Fiche synthèse sur l'influenza dans les CHSLD 2010-2011. Ministère de la santé et des services sociaux, 6 pages.
- Taksler, G. B., Rothberg, M. B., & Cutler, D. M. (2015). Association of Influenza Vaccination Coverage in Younger Adults With Influenza-Related Illness in the Elderly. Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America, 61(10), 1495-1503. doi:10.1093/cid/civ630
- Talbot, H.K., Falsey, A.R. (2010) The diagnosis of viral respiratory disease in older adults. Clinical infectious disease, 50(5), 747-751.
- Valley et al. (2015). Association of Intensive Care Unit Admission With Mortality Among Older Patients With Pneumonia. JAMA. 22-29;314(12):1272-9. doi: 10.1001/jama.2015.11068.
- Voyer, P., Cloutier, L., Michaud, D. (2003). Les infections des voies respiratoires : un problème critique chez les aînés l'hiver. Perspective Infirmière, 1(1), 45-50.
- Weigel K, Nickel CH, Malinovska A, Bingisser R. (2018). Symptoms at presentation to the emergency department: Predicting outcomes and changing clinical practice? Int J Clin Pract. 72(1). doi: 10.1111/ijcp.13033
- Wilkinson, T. M. A., Aris, E., Bourne, S., Clarke, S. C., Peeters, M., Pascal, T. G., . . . Devaster, J.-M. (2017). A prospective, observational cohort study of the seasonal dynamics of airway pathogens in the aetiology of exacerbations in COPD. Thorax, 72(10), 919-927. doi:10.1136/thoraxjnl-2016-209023
- Yoschikawa, T. T., Norman, D. C.(1996). Approach to fever and infection in the nursing home. Journal of the American Geriatrics Society; 44:74-82.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Saison 2019 – 2020
Formation continue
Atelier (7 h)

L'examen clinique sommaire de l'aîné : principes et méthodes d'évaluation incontournables pour les infirmières et infirmiers de tous les milieux cliniques

Philippe Voyer, inf., Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population fait en sorte qu'un nombre grandissant d'infirmières prodiguent des soins aux aînés. Les soins aux aînés présentent de nombreux défis cliniques. Parmi ceux-ci, notons la réalisation de l'examen clinique. Depuis plus de 10 ans maintenant, la loi sur les infirmières et infirmiers du Québec a changé, l'infirmière a plus que jamais recours à l'examen clinique dans sa pratique afin d'assumer pleinement ses deux premières activités réservées, à savoir l'évaluation de l'état physique et mental d'une personne symptomatique et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques. Or, la réalisation de l'examen clinique de l'aîné pose d'importants défis en raison des effets du vieillissement normal sur l'organisme vieillissant, de la multimorbidité et de la polymédication. En effet, il peut être très difficile parfois, de distinguer les symptômes et les signes qui appartiennent au vieillissement normal de ceux liés à l'apparition d'une nouvelle maladie ou à l'exacerbation d'une maladie existante ou encore qui proviendraient de l'effet indésirable d'un médicament. La compétence de l'infirmière à évaluer l'aîné se trouve justement dans sa capacité à reconnaître une situation anormale, grave et à y faire un constat clinique. Une connaissance approfondie de l'impact du vieillissement normal et des syndromes gériatriques sur l'examen clinique permet d'y parvenir.

Dans le cadre de cette formation, les notions enseignées sont appuyées par les données probantes et ont été soigneusement choisies avec des directions de soins infirmiers et médicales de Centres de santé et de services sociaux de la région de Québec. Le but de cette consultation fut de créer une formation sur mesure pour les infirmières qui pratique dans tous les milieux cliniques.

La philosophie de cette formation est d'enseigner les éléments fondamentaux de l'examen clinique qui vont permettre à l'infirmière de réaliser une évaluation efficace de l'aîné autonome ou de l'aîné en perte d'autonomie ou encore de l'aîné avec multimorbidité. À la fin de cette formation, l'infirmière sera très bien positionnée pour prendre une bonne décision clinique face à une situation ambigüe dont la démarche clinique est incertaine. Pour y arriver, les notions de base de l'examen clinique et du vieillissement seront présentées. Par la suite, les particularités gériatriques quant aux manifestations des problèmes de santé seront étayées (signes et symptômes atypiques des maladies, syndromes gériatriques [perte d'autonomie aiguë et subaiguë, changement de l'état mental et changement de comportement]). Enfin, les infirmières vont s'approprier les compétences pour réaliser l'examen clinique infirmier lors de situations complexes. Ces compétences vont leur permettre de détecter des problèmes systémiques, la déshydratation, les problèmes abdominaux, neurologiques et respiratoires.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les compétences des infirmières et infirmiers dans leur capacité à réaliser un examen clinique sommaire d'un aîné au profil clinique varié et se situant dans divers milieux cliniques.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner les capsules web suivantes : 4 et 12b que vous pouvez retrouver à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire les composantes de base de l'examen clinique et leur utilité	▪ Examen clinique : – Histoire de santé – Examen physique ▪ Contextes d'évaluation et de surveillance clinique	▪ Exposé interactif	Relation entre l'examen clinique et la loi 90.
	▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur l'examen clinique	▪ Définition du vieillissement normal ▪ Examen visuel ▪ Examen auditif ▪ Examen cardiaque ▪ Examen pulmonaire	▪ Exposé interactif ▪ Études de cas ▪ Jeux de rôle ▪ Échanges en groupe	Plusieurs examens sont illustrés et les infirmières doivent se prononcer si les résultats sont

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations pertinentes**
		▪ Examen abdominal		normaux ou anormaux
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 12 h	▪ Nommer les syndromes gériatriques dans le contexte des symptômes atypiques des problèmes de santé	▪ Manifestations typiques et atypiques des problèmes de santé ▪ Exemples de la pneumonie, de l'infarctus du myocarde et de l'infection urinaire ▪ Syndromes gériatriques ▪ Perte d'autonomie ▪ Changement de l'état mental ▪ Changement de comportement	▪ Exposés interactifs	▪ Page dans powerpoint illustrant d'un côté les manifestations typiques et de l'autre côté les manifestations atypiques. ▪ Questions aux participants
	▪ Procéder à l'anamnèse chez l'aîné	▪ Examen clinique ▪ Histoire de santé (anamnèse) • PQRST de type « journaliste »	▪ Démonstration ▪ Pratique en équipe ▪ Correction en groupe	Mises en situation
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 13 h 30	▪ Décrire l'outil : « Examen clinique infirmier lors de situation complexe »	▪ Description des composantes de l'outil ▪ Principe du malaise dominant ▪ PQRST ▪ Mesure des paramètres de base	Exposés interactifs	▪ Mises en situation

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations pertinentes**
		▪ Examen physique ▪ Inspection (état mental, signes vitaux, etc.) ▪ Palpation et auscultation (déshydratation, abdomen et pulmonaire) ▪ Décision infirmière		
13 h 30 – 15 h 15	▪ Utiliser l'outil : « Examen clinique infirmier lors d'une situation complexe »	▪ Enseignement des techniques liées à l'examen physique de l'hydratation, de l'abdomen et pulmonaire.	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration des examens physiques	▪ Vidéo présentant un aîné dont le turgor cutané sternal est modifié par le changement tégumentaire. ▪ Vidéo sur l'auscultation pulmonaire et la palpation de l'abdomen ▪ Pratique en équipe de deux
15 h 15 – 15 h 30	**Pause**			
15 h 30 – 16 h 20	▪ Utiliser l'outil : « Examen clinique infirmier lors de situation complexe »	▪ Présentation de huit scénarios cliniques réalistes à la pratique de l'infirmière	▪ Exposés interactifs ▪ Cinq études de cas	Problèmes à résoudre
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Montréal : EDISEM inc.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Articles scientifiques

- Agnoletti, D., Valbusa, F., Labat, C., Gautier, S., Mourad, J.-J., & Benetos, A. (2016). Evidence for a Prognostic Role of Orthostatic Hypertension on Survival in a Very Old Institutionalized Population. Hypertension, 67(1), 191-196.
- Alagiakrishnan, K., Marrie, T., Rolfson, D., Coke, W., Camicioli, R., Duggan, D., …, Wiens, C. (2009). Gaps in patient care practices to prevent hospital-acquired delirium. Can Fam Physician, 55(10), e41-46.
- Alassaad, A., Melhus, H., Hammarlund Udenaes, M., Bertilsson, M., Gillespie, U., & Sundström, J. (2015). A tool for prediction of risk of rehospitalisation and mortality in the hospitalised elderly: secondary analysis of clinical trial data. BMJ Open, 5(2), e007259-e007259.
- Austad, S. N. (2009). Making sense of biological theories of aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), Handbook of theories of aging (Second ed., pp. 147-161). New York, NY: Springer Publishing Company LLC.
- Beckett, N.S., Peters, R., Fletcher, A.E., Staessen, J.A., Liu, L., Dumitrascu, D., Stoyanovsky, V., Antikainen, R.L., Nikitin, Y., Anderson, C., Belhani, A., Forette, F., Rajkumar, C., Thijs, L., Banya, W., Bulpitt, C.J., for the HYVET Study Group. (2008). Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. New England Journal of Medicine, 358(18), 1887-98.
- Brabrand M, Kellett J, Opio M, Cooksley T, Nickel CH. (2018). Should impaired mobility on presentation be a vital sign? Acta Anaesthesiol Scand. doi: 10.1111/aas.13098.
- Couret, D., Boumaza, D., Grisotto, C., Triglia, T., Pellegrini, L., Ocquidant, P., . . . Velly, L. J. (2016). Reliability of standard pupillometry practice in neurocritical care: an observational, double-blinded study. Critical Care, 20(1), 99. doi:10.1186/s13054-016-1239-z
- Coventry, L., Bremner, A., Williams, T., Celenza, A., Jacobs, I., & Finn, J. (2015). Characteristics and Outcomes of MI Patients with and without Chest Pain: A Cohort Study. Heart, lung and circulation, 24(8), 796-805.
- Day, J., Higgins, I., & Koch, T. (2009). The process of practice redesign in delirium care for hospitalised older people: A participatory action research study. International Journal of Nursing Studies, 46(1), 13-22.
- Dennison Himmelfarb, C., Hayman, L., & Nelson Worel, J. (2016). How Low Can You Go?: Implications of the Systolic Blood Pressure Intervention Trial for Hypertension Management. Journal of cardiovascular nursing, 31(2), 99-100.

- Ekdahl, A., Alwin, J., Eckerblad, J., Husberg, M., Jaarsma, T., Mazya, A., . . . Carlsson, P. (2016). Long-Term Evaluation of the Ambulatory Geriatric Assessment: A Frailty Intervention Trial (AGe-FIT): Clinical Outcomes and Total Costs After 36 Months. Journal of the American Medical Directors Association, 17(3), 263-268.
- Eley, D.S., Del Mar, C.B., Patterson, E. (2008). A nurse led model of chronic disease care. Australian family physician, 37(12), 1030-1032.
- Ersek, M., Neradilek, M. B., Herr, K., Jablonski, A., Polissar, N., & Du Pen, A. (2016). Pain Management Algorithms for Implementing Best Practices in Nursing Homes: Results of a Randomized Controlled Trial. Journal of the American Medical Directors Association, 17(4), 348-356. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.001
- Farrell, J. J. (2003). Evaluating and managing GI bleeding in the elderly: atypical presentations can complicate the workup. The Journal of Critical Illness, 18(5), 227-236.
- 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.), Retrieved from http://www.inspq.qc.ca ; http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2047307
- Graf et al. (2011). Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: a systematic review. Aging Clinical experimental research, 23(4):244-54.
- Gyang, E., Shieh, L., Forsey, L., & Maggio, P. (2015). A Nurse-Driven Screening Tool for the Early Identification of Sepsis in an Intermediate Care Unit Setting. Journal of Hospital Medicine, 10(2), 97-103. doi:10.1002/jhm.2291
- Holroyd-Leduc, J. M., Khandwala, F., & Sink, K. M. (2010). How can delirium best be prevented and managed in older patients in hospital? Canadian Medical Association Journal / Journal de L'association Médicale Canadienne, 182(5), 465-470. doi: 10.1503/cmaj.080519
- Hubbard, R. E., Andrew, M. K., Fallah, N., & Rockwood, K. (2010). Comparison of the prognostic importance of diagnosed diabetes, co-morbidity and frailty in older people. Diabet Med, 27(5), 603-606. doi: 10.1111/j.1464-5491.2010.02977.x
- Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. The New England Journal of Medicine, 354(11), 1157-1165.
- Jimenez, C. E., Caravalho Jr, J., & Hwang, I. (1997). Insidious Illness in Active Seniors: Decoding Atypical Presentations. Physician and Sports Medicine, 25(88), 112-116.
- Johnson, J. C., Jayadevappa, R., Baccash, P. D., & Taylor, L. (2000). Nonspecific presentation of pneumonia in hospitalized older people : Age effect or dementia ? Journal of the American Geriatrics Society, 48(10), 1316-1320.
- Karakoumis J, Nickel CH, Kirsch M, Rohacek M, Geigy N, Müller B, Ackermann S, Bingisser R. (2015). Emergency Presentations With Nonspecific Complaints-the Burden of Morbidity and the Spectrum of Underlying Disease: Nonspecific Complaints and Underlying Disease. Medicine 94(26):e840. doi: 10.1097/MD.0000000000000840.
- Kellett J, Nickel CH. (2018). What are nonspecific complaints and what are their causes and outcomes? The common unknown unknowns of medicine. Eur J Intern Med. 47:e12-e13. doi: 10.1016/j.ejim.2017.09.032.
- Liang, S. Y. (2016). Sepsis and other Infectious Disease Emergencies in the Elderly. Emergency Medicine Clinics of North America, 34(3), 501-522. doi:10.1016/j.emc.2016.04.005

- Levesque, J.F., Feldam, D., Dufresne, C., Bergeron, P., Pinard, B. (2007). L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec. Barrières et éléments facilitant. Québec : Gouvernement du Québec. ISBN : 978-2-550-51717-7.
- Marra, M. V., Simmons, S. F., Shotwell, M. S., Hudson, A., Hollingsworth, E. K., Long, E., . . . Silver, H. J. (2016). Elevated Serum Osmolality and Total Water Deficit Indicate Impaired Hydration Status in Residents of Long-Term Care Facilities Regardless of Low or High Body Mass Index. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 116(5), 828-836.e822. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2015.12.011
- Meneilly, G. S., Knip, A., & Tessier, D. (2013). Le diabète chez les personnes âgées. Lignes directrices de pratique clinique. Can J Diabetes, 37 Suppl 1, S567-574. doi: 10.1016/j.jcjd.2013.07.041
- Metlay, J. P., Schulz, R., Li, Y.-H., Singer, D. E., Marrie, T. J., Coley, C. M., et al. (1997). Influence of Age on Symptoms at Presentation in Patients with Community-Acquired Pneumonia. Archives of Internal Medicine, 157(13), 1453-1459.
- Misch F, Messmer AS, Nickel CH, Gujan M, Graber A, Blume K, Bingisser R. (2014). Impact of observation on disposition of elderly patients presenting to emergency departments with non-specific complaints. PLoS One. 28;9(5):e98097. doi: 10.1371/journal.pone.0098097.
- Mody, L., Krein, S., Saint, S., Min, L., Montoya, A., Lansing, B., . . . Bradley, S. (2015). A targeted infection prevention intervention in nursing home residents with indwelling devices: a randomized clinical trial. JAMA internal medicine, 175(5), 714-723.
- Moorhouse, P., & Rockwood, K. (2012). Frailty and its quantitative clinical evaluation. J R Coll Physicians Edinb, 42(4), 333-340. doi: 10.4997/JRCPE.2012.412
- Morris, P., Berry, M., Files, D. C., Thompson, J. C., Hauser, J., Flores, L., . . . Young, M. (2016). Standardized Rehabilitation and Hospital Length of Stay Among Patients With Acute Respiratory Failure: A Randomized Clinical Trial. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 315(24), 2694-2702.
- 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: the Basel non-specific complaints (BANC) study. Academic Emergency Medicine, 17 (3), 284-292.
- Nolan, M., & Tolson, D. (2000). Gerontological nursing 1: Challenges nursing older people in acute care. British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing), 9(1), 39-42.
- Ogliari, G., Mahinrad, S., Stott, D. J., Jukema, J. W., Mooijaart, S. P., Macfarlane, P. W., . . . Sabayan, B. (2015). Resting heart rate, heart rate variability and functional decline in old age. CMAJ : Canadian Medical Association Journal, 187(15), E442-E449. doi:10.1503/cmaj.150462
- Paget, S. A. (2002). Atypical Rheumatic Diseases. Postgraduate Medicine, 111(4), 71.
- Petchkrua, W., & Harris, S. A. (2000). Shoulder Pain as an Unusual Presentation of Pneumonia in a Stroke Patient: A Case Report. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81(6), 827-829.
- Pieper, M. J. C., Francke, A., van der Steen, J. T., Scherder, E. J. A., Twisk, J. W. R., Kovach, C., & Achterberg, W. (2016). Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. Journal of the American Geriatrics Society, 64(2), 261-269.

- Prestmo, A., Hagen, G., Sletvold, O., Helbostad, J. L., Thingstad, P., Taraldsen, K., . . . Saltvedt, I. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. The Lancet, 385(9978), 1623-1633. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62409-0
- Prybys, K. M., Melville, K. A., Hanna, J. R., Gee, A., & Chyka, P. A. (2002). Polypharmacy in the elderly: clinical challenges in emergency practice: part I: overview, etiology, and drug interactions.
- Rahr, R. (1999). Atypical presentation of myocardial infarction. A common cause of misdiagnosis. Physician Assistant, 33-39.
- Ramos-Casals, M., Brito-Zeron, P., Lopez-Soto, A., & Font, J. (2004). Systemic autoimmune diseases in elderly patients: Atypical presentation and association with neoplasia. Autoimmunity Reviews, 3(5), 376-382.
- Rutschmann, O.T., Chevalley, T., Zumwald, C., Luthy, C., Vermeulen, B., Sarasin, F.P. (2005). Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. Swiss Medical Weekly, 135, 145-150.
- Ryan, C. J., DeVan, H. A., & Johnson Zerwic, J. (2005). Typical and Atypical Symptoms. Diagnosing acute coronary syndromes accurately. Beats & Breaths, 105(2), 34-36.
- Ryan, A., Wallace, E., O'Hara, P., & Smith, S. M. (2015). Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. Health and Quality of Life Outcomes, 13, 168. doi:10.1186/s12955-015-0355-9
- Ruikes, F. G., Zuidema, S. U., Akkermans, R. P., Assendelft, W. J., Schers, H. J., & Koopmans, R. T. (2016). Multicomponent Program to Reduce Functional Decline in Frail Elderly People: A Cluster Controlled Trial. J Am Board Fam Med, 29(2), 209-217. doi:10.3122/jabfm.2016.02.150214
- Then, K. L., Rankin, J. A., & Fofonoff, D. A. (2001). Atypical presentation of acute myocardial infarction in 3 age groups. Heart & Lung: The Journal of Critical Care, 30(4), 285-293.
- Titler, M. G., Shever, L. L., Kanak, M. F., Picone, D. M., & Qin, R. (2011). Factors associated with falls during hospitalization in an older adult population. Res Theory Nurs Pract, 25(2), 127-148.
- Valley et al. (2015). Association of Intensive Care Unit Admission With Mortality Among Older Patients With Pneumonia. JAMA. 22-29;314(12):1272-9. doi: 10.1001/jama.2015.11068.
- 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, 11, 55-63. doi:10.2147/CIA.S100576
- Wagner, E.H. (2004). Heart failure forum. Melbourne: National Institute of Clinical Studies. 62 pages.
- 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. doi:10.1186/s13049-015-0193-0
- Weigel K, Nickel CH, Malinovska A, Bingisser R. (2018). Symptoms at presentation to the emergency department: Predicting
- outcomes and changing clinical practice? Int J Clin Pract. 72(1). doi: 10.1111/ijcp.13033

L'examen clinique sommaire de l'aîné : principes et méthodes d'évaluation incontournables pour les infirmières et infirmiers de tous les milieux cliniques (14 h de formation accréditée)

Philippe Voyer, inf., Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Le vieillissement de la population fait en sorte qu'un nombre grandissant d'infirmières prodiguent des soins aux aînés. Les soins aux aînés présentent de nombreux défis cliniques. Parmi ceux-ci, notons la réalisation de l'examen clinique. Depuis plus de 10 ans maintenant, la loi sur les infirmières et infirmiers du Québec a changé, l'infirmière a plus que jamais recours à l'examen clinique dans sa pratique afin d'assumer pleinement ses deux premières activités réservées, à savoir l'évaluation de l'état physique et mental d'une personne symptomatique et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques. Or, la réalisation de l'examen clinique de l'aîné pose d'importants défis en raison des effets du vieillissement normal sur l'organisme vieillissant, de la multimorbidité et de la polymédication. En effet, il peut être très difficile parfois, de distinguer les symptômes et les signes qui appartiennent au vieillissement normal de ceux liés à l'apparition d'une nouvelle maladie ou à l'exacerbation d'une maladie existante ou encore qui proviendraient de l'effet indésirable d'un médicament. La compétence de l'infirmière à évaluer l'aîné se trouve justement dans sa capacité à reconnaître une situation anormale, grave et à y faire un constat clinique. Une connaissance approfondie de l'impact du vieillissement normal et des syndromes gériatriques sur l'examen clinique permet d'y parvenir.

Dans le cadre de cette formation, les notions enseignées sont appuyées par les données probantes et ont été soigneusement choisies avec des directions de soins infirmiers et médicales de Centres de santé et de services sociaux de la région de Québec. Le but de cette consultation fut de créer une formation sur mesure pour les infirmières qui pratique dans tous les milieux cliniques.

La philosophie de cette formation est d'enseigner les éléments fondamentaux de l'examen clinique qui vont permettre à l'infirmière de réaliser une évaluation efficace de l'aîné autonome ou de l'aîné en perte d'autonomie ou encore de l'aîné avec multimorbidité. À la fin de cette formation, l'infirmière sera très bien positionnée pour prendre une bonne décision clinique face à une situation ambigüe dont la démarche clinique est incertaine. Pour y arriver, les notions de base de l'examen clinique et du vieillissement seront présentées. Par la suite, les particularités gériatriques quant aux manifestations des problèmes de santé seront étayées (signes et symptômes atypiques des maladies, syndromes gériatriques [perte d'autonomie aiguë et subaiguë, changement de l'état mental et changement de comportement]). Enfin, les infirmières vont s'approprier les compétences pour réaliser l'examen clinique infirmier lors de situations complexes. Ces compétences vont leur permettre de détecter des problèmes systémiques, la déshydratation, les problèmes abdominaux, neurologiques et respiratoires.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les compétences des infirmières et infirmiers dans leur capacité à réaliser un examen clinique sommaire d'un aîné au profil clinique varié et se situant dans divers milieux cliniques.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner les capsules web suivantes que vous pouvez retrouver à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org

4- La fièvre gériatrique

12- Choisir son stéthoscope

20- PQRST ou PQRSTU?

PLAN DE LA JOURNÉE (JOUR 1)

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire les composantes de base de l'examen clinique et leur utilité	▪ Examen clinique : – Histoire de santé – Examen physique ▪ Contextes d'évaluation et de surveillance clinique	▪ Exposé interactif	Relation entre l'examen clinique et la loi 90.
	▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur l'examen clinique	▪ Définition du vieillissement normal ▪ Examen visuel ▪ Examen auditif ▪ Examen cardiaque ▪ Examen pulmonaire ▪ Examen abdominal	▪ Exposé interactif ▪ Études de cas ▪ Jeux de rôle ▪ Échanges en groupe	Plusieurs examens sont illustrés et les infirmières doivent se prononcer si les résultats sont normaux ou anormaux
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 12 h	▪ Nommer les syndromes gériatriques dans le contexte des symptômes atypiques des problèmes de santé	▪ Manifestations typiques et atypiques des problèmes de santé ▪ Exemples de la pneumonie, de l'infarctus du myocarde et de l'infection urinaire ▪ Syndromes gériatriques ▪ Perte d'autonomie ▪ Changement de l'état mental ▪ Changement de comportement	▪ Exposés interactifs	▪ Page dans powerpoint illustrant d'un côté les manifestations typiques et de l'autre côté les manifestations atypiques. ▪ Questions aux participants

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	Autres informations pertinentes
	▪ Procéder à l'anamnèse chez l'aîné	▪ Examen clinique ▪ Histoire de santé (anamnèse) • PQRST de type « journaliste »	▪ Démonstration ▪ Pratique en équipe ▪ Correction en groupe	Mises en situation
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 13 h 30	▪ Décrire l'outil : « Examen clinique infirmier lors de situation complexe »	▪ Description des composantes de l'outil ▪ Principe du malaise dominant ▪ PQRST ▪ Mesure des paramètres de base ▪ Examen physique ▪ Inspection (état mental, signes vitaux, etc.) ▪ Palpation et auscultation (déshydratation, abdomen et pulmonaire) ▪ Décision infirmière	Exposés interactifs	▪ Mises en situation
13 h 30 – 15 h 15	▪ Utiliser l'outil : « Examen clinique infirmier lors d'une situation complexe »	▪ Enseignement des techniques liées à l'examen physique de l'hydratation, de l'abdomen et pulmonaire.	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration des examens physiques	▪ Vidéo présentant un aîné dont le turgor cutané sternal est modifié par le changement tégumentaire. ▪ Vidéo sur l'auscultation

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	Autres informations pertinentes
				pulmonaire et la palpation de l'abdomen ▪ Pratique en équipe de deux
15 h 15 – 15 h 30	**Pause**			
15 h 30 – 16 h 20	▪ Utiliser l'outil : « Examen clinique infirmier lors de situation complexe »	▪ Présentation de huit scénarios cliniques réalistes à la pratique de l'infirmière	▪ Exposés interactifs ▪ Cinq études de cas	Problèmes à résoudre
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE (JOUR 2 : MENTORAT – 7 H)

- Mettre en application ses connaissances
- Réaliser l'examen clinique auprès des patients
- Recevoir de la rétroaction d'un mentor
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil cognitif du résident
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil d'autonomie du résident
- Contenu :
    - Examen clinique sommaire

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Montréal : EDISEM inc.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Articles scientifiques

- Agnoletti, D., Valbusa, F., Labat, C., Gautier, S., Mourad, J.-J., & Benetos, A. (2016). Evidence for a Prognostic Role of Orthostatic Hypertension on Survival in a Very Old Institutionalized Population. Hypertension, 67(1), 191-196.
- Alagiakrishnan, K., Marrie, T., Rolfson, D., Coke, W., Camicioli, R., Duggan, D., …, Wiens, C. (2009). Gaps in patient care practices to prevent hospital-acquired delirium. Can Fam Physician, 55(10), e41-46.
- Alassaad, A., Melhus, H., Hammarlund Udenaes, M., Bertilsson, M., Gillespie, U., & Sundström, J. (2015). A tool for prediction of risk of rehospitalisation and mortality in the hospitalised elderly: secondary analysis of clinical trial data. BMJ Open, 5(2), e007259-e007259.
- Austad, S. N. (2009). Making sense of biological theories of aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), Handbook of theories of aging (Second ed., pp. 147-161). New York, NY: Springer Publishing Company LLC.
- Beckett, N.S., Peters, R., Fletcher, A.E., Staessen, J.A., Liu, L., Dumitrascu, D., Stoyanovsky, V., Antikainen, R.L., Nikitin, Y., Anderson, C., Belhani, A., Forette, F., Rajkumar, C., Thijs, L., Banya, W., Bulpitt, C.J., for the HYVET Study Group. (2008). Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. New England Journal of Medicine, 358(18), 1887-98.
- Brabrand M, Kellett J, Opio M, Cooksley T, Nickel CH. (2018). Should impaired mobility on presentation be a vital sign? Acta Anaesthesiol Scand. doi: 10.1111/aas.13098.
- Couret, D., Boumaza, D., Grisotto, C., Triglia, T., Pellegrini, L., Ocquidant, P., . . . Velly, L. J. (2016). Reliability of standard pupillometry practice in neurocritical care: an observational, double-blinded study. Critical Care, 20(1), 99. doi:10.1186/s13054-016-1239-z
- Coventry, L., Bremner, A., Williams, T., Celenza, A., Jacobs, I., & Finn, J. (2015). Characteristics and Outcomes of MI Patients with and without Chest Pain: A Cohort Study. Heart, lung and circulation, 24(8), 796-805.
- Day, J., Higgins, I., & Koch, T. (2009). The process of practice redesign in delirium care for hospitalised older people: A participatory action research study. International Journal of Nursing Studies, 46(1), 13-22.
- Dennison Himmelfarb, C., Hayman, L., & Nelson Worel, J. (2016). How Low Can You Go?: Implications of the Systolic Blood Pressure Intervention Trial for Hypertension Management. Journal of cardiovascular nursing, 31(2), 99-100.

- Ekdahl, A., Alwin, J., Eckerblad, J., Husberg, M., Jaarsma, T., Mazya, A., . . . Carlsson, P. (2016). Long-Term Evaluation of the Ambulatory Geriatric Assessment: A Frailty Intervention Trial (AGe-FIT): Clinical Outcomes and Total Costs After 36 Months. Journal of the American Medical Directors Association, 17(3), 263-268.
- Eley, D.S., Del Mar, C.B., Patterson, E. (2008). A nurse led model of chronic disease care. Australian family physician, 37(12), 1030-1032.
- Ersek, M., Neradilek, M. B., Herr, K., Jablonski, A., Polissar, N., & Du Pen, A. (2016). Pain Management Algorithms for Implementing Best Practices in Nursing Homes: Results of a Randomized Controlled Trial. Journal of the American Medical Directors Association, 17(4), 348-356. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.001
- Farrell, J. J. (2003). Evaluating and managing GI bleeding in the elderly: atypical presentations can complicate the workup. The Journal of Critical Illness, 18(5), 227-236.
- 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.), Retrieved from http://www.inspq.qc.ca ; http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2047307
- Graf et al. (2011). Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: a systematic review. Aging Clinical experimental research, 23(4):244-54.
- Gyang, E., Shieh, L., Forsey, L., & Maggio, P. (2015). A Nurse-Driven Screening Tool for the Early Identification of Sepsis in an Intermediate Care Unit Setting. Journal of Hospital Medicine, 10(2), 97-103. doi:10.1002/jhm.2291
- Holroyd-Leduc, J. M., Khandwala, F., & Sink, K. M. (2010). How can delirium best be prevented and managed in older patients in hospital? Canadian Medical Association Journal / Journal de L'association Médicale Canadienne, 182(5), 465-470. doi: 10.1503/cmaj.080519
- Hubbard, R. E., Andrew, M. K., Fallah, N., & Rockwood, K. (2010). Comparison of the prognostic importance of diagnosed diabetes, co-morbidity and frailty in older people. Diabet Med, 27(5), 603-606. doi: 10.1111/j.1464-5491.2010.02977.x
- Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. The New England Journal of Medicine, 354(11), 1157-1165.
- Jimenez, C. E., Caravalho Jr, J., & Hwang, I. (1997). Insidious Illness in Active Seniors: Decoding Atypical Presentations. Physician and Sports Medicine, 25(88), 112-116.
- Johnson, J. C., Jayadevappa, R., Baccash, P. D., & Taylor, L. (2000). Nonspecific presentation of pneumonia in hospitalized older people : Age effect or dementia ? Journal of the American Geriatrics Society, 48(10), 1316-1320.
- Karakoumis J, Nickel CH, Kirsch M, Rohacek M, Geigy N, Müller B, Ackermann S, Bingisser R. (2015). Emergency Presentations With Nonspecific Complaints-the Burden of Morbidity and the Spectrum of Underlying Disease: Nonspecific Complaints and Underlying Disease. Medicine 94(26):e840. doi: 10.1097/MD.0000000000000840.
- Kellett J, Nickel CH. (2018). What are nonspecific complaints and what are their causes and outcomes? The common unknown unknowns of medicine. Eur J Intern Med. 47:e12-e13. doi: 10.1016/j.ejim.2017.09.032.
- Liang, S. Y. (2016). Sepsis and other Infectious Disease Emergencies in the Elderly. Emergency Medicine Clinics of North America, 34(3), 501-522. doi:10.1016/j.emc.2016.04.005

- Levesque, J.F., Feldam, D., Dufresne, C., Bergeron, P., Pinard, B. (2007). L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec. Barrières et éléments facilitant. Québec : Gouvernement du Québec. ISBN : 978-2-550-51717-7.
- Marra, M. V., Simmons, S. F., Shotwell, M. S., Hudson, A., Hollingsworth, E. K., Long, E., . . . Silver, H. J. (2016). Elevated Serum Osmolality and Total Water Deficit Indicate Impaired Hydration Status in Residents of Long-Term Care Facilities Regardless of Low or High Body Mass Index. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 116(5), 828-836.e822. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2015.12.011
- Meneilly, G. S., Knip, A., & Tessier, D. (2013). Le diabète chez les personnes âgées. Lignes directrices de pratique clinique. Can J Diabetes, 37 Suppl 1, S567-574. doi: 10.1016/j.jcjd.2013.07.041
- Metlay, J. P., Schulz, R., Li, Y.-H., Singer, D. E., Marrie, T. J., Coley, C. M., et al. (1997). Influence of Age on Symptoms at Presentation in Patients with Community-Acquired Pneumonia. Archives of Internal Medicine, 157(13), 1453-1459.
- Misch F, Messmer AS, Nickel CH, Gujan M, Graber A, Blume K, Bingisser R. (2014). Impact of observation on disposition of elderly patients presenting to emergency departments with non-specific complaints. PLoS One. 28;9(5):e98097. doi: 10.1371/journal.pone.0098097.
- Mody, L., Krein, S., Saint, S., Min, L., Montoya, A., Lansing, B., . . . Bradley, S. (2015). A targeted infection prevention intervention in nursing home residents with indwelling devices: a randomized clinical trial. JAMA internal medicine, 175(5), 714-723.
- Moorhouse, P., & Rockwood, K. (2012). Frailty and its quantitative clinical evaluation. J R Coll Physicians Edinb, 42(4), 333-340. doi: 10.4997/JRCPE.2012.412
- Morris, P., Berry, M., Files, D. C., Thompson, J. C., Hauser, J., Flores, L., . . . Young, M. (2016). Standardized Rehabilitation and Hospital Length of Stay Among Patients With Acute Respiratory Failure: A Randomized Clinical Trial. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 315(24), 2694-2702.
- 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: the Basel non-specific complaints (BANC) study. Academic Emergency Medicine, 17 (3), 284-292.
- Nolan, M., & Tolson, D. (2000). Gerontological nursing 1: Challenges nursing older people in acute care. British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing), 9(1), 39-42.
- Ogliari, G., Mahinrad, S., Stott, D. J., Jukema, J. W., Mooijaart, S. P., Macfarlane, P. W., . . . Sabayan, B. (2015). Resting heart rate, heart rate variability and functional decline in old age. CMAJ : Canadian Medical Association Journal, 187(15), E442-E449. doi:10.1503/cmaj.150462
- Paget, S. A. (2002). Atypical Rheumatic Diseases. Postgraduate Medicine, 111(4), 71.
- Petchkrua, W., & Harris, S. A. (2000). Shoulder Pain as an Unusual Presentation of Pneumonia in a Stroke Patient: A Case Report. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81(6), 827-829.
- Pieper, M. J. C., Francke, A., van der Steen, J. T., Scherder, E. J. A., Twisk, J. W. R., Kovach, C., & Achterberg, W. (2016). Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. Journal of the American Geriatrics Society, 64(2), 261-269.

- Prestmo, A., Hagen, G., Sletvold, O., Helbostad, J. L., Thingstad, P., Taraldsen, K., . . . Saltvedt, I. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. The Lancet, 385(9978), 1623-1633. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62409-0
- Prybys, K. M., Melville, K. A., Hanna, J. R., Gee, A., & Chyka, P. A. (2002). Polypharmacy in the elderly: clinical challenges in emergency practice: part I: overview, etiology, and drug interactions.
- Rahr, R. (1999). Atypical presentation of myocardial infarction. A common cause of misdiagnosis. Physician Assistant, 33-39.
- Ramos-Casals, M., Brito-Zeron, P., Lopez-Soto, A., & Font, J. (2004). Systemic autoimmune diseases in elderly patients: Atypical presentation and association with neoplasia. Autoimmunity Reviews, 3(5), 376-382.
- Rutschmann, O.T., Chevalley, T., Zumwald, C., Luthy, C., Vermeulen, B., Sarasin, F.P. (2005). Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. Swiss Medical Weekly, 135, 145-150.
- Ryan, C. J., DeVan, H. A., & Johnson Zerwic, J. (2005). Typical and Atypical Symptoms. Diagnosing acute coronary syndromes accurately. Beats & Breaths, 105(2), 34-36.
- Ryan, A., Wallace, E., O'Hara, P., & Smith, S. M. (2015). Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. Health and Quality of Life Outcomes, 13, 168. doi:10.1186/s12955-015-0355-9
- Ruikes, F. G., Zuidema, S. U., Akkermans, R. P., Assendelft, W. J., Schers, H. J., & Koopmans, R. T. (2016). Multicomponent Program to Reduce Functional Decline in Frail Elderly People: A Cluster Controlled Trial. J Am Board Fam Med, 29(2), 209-217. doi:10.3122/jabfm.2016.02.150214
- Then, K. L., Rankin, J. A., & Fofonoff, D. A. (2001). Atypical presentation of acute myocardial infarction in 3 age groups. Heart & Lung: The Journal of Critical Care, 30(4), 285-293.
- Titler, M. G., Shever, L. L., Kanak, M. F., Picone, D. M., & Qin, R. (2011). Factors associated with falls during hospitalization in an older adult population. Res Theory Nurs Pract, 25(2), 127-148.
- Valley et al. (2015). Association of Intensive Care Unit Admission With Mortality Among Older Patients With Pneumonia. JAMA. 22-29;314(12):1272-9. doi: 10.1001/jama.2015.11068.
- 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, 11, 55-63. doi:10.2147/CIA.S100576
- Wagner, E.H. (2004). Heart failure forum. Melbourne: National Institute of Clinical Studies. 62 pages.
- 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. doi:10.1186/s13049-015-0193-0
- Weigel K, Nickel CH, Malinovska A, Bingisser R. (2018). Symptoms at presentation to the emergency department: Predicting outcomes and changing clinical practice? Int J Clin Pract. 72(1). doi: 10.1111/ijcp.13033

Maladie d'Alzheimer et démences connexes (troubles neurocognitifs majeurs): dépistage, surveillance clinique et interventions en GMF ou à domicile

Philippe Voyer, inf. Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

La maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) représentent un problème croissant chez les personnes âgées. Les quatre principaux troubles neurocognitifs majeurs sont la maladie Alzheimer, la maladie à corps de Lewy, la maladie frontotemporale et la maladie vasculaire. Ces maladies affectent progressivement les capacités cognitives et les comportements, l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie des personnes atteintes.

Compte tenu de la prévalence significative de ces TNCM, il est fondamental que l'infirmière et l'infirmière possèdent les différentes compétences requises pour remplir avec efficacité leurs multiples rôles auprès de la population âgée. De prime abord, ils doivent pouvoir dépister les troubles cognitifs afin d'orienter rapidement les aînés vers les services professionnels et communautaires appropriés pour assurer un accompagnement optimal dès le début de la maladie. Lorsque la maladie est confirmée, l'infirmière et l'infirmier doivent adopter une approche globale de la personne atteinte à la lumière des principes du modèle de la prévention et de la gestion des maladies chroniques. À ce titre, ils doivent assurer une surveillance clinique optimale afin de reconnaître promptement les problèmes qui pourraient émerger en cours d'évolution de la maladie. Enfin, ils doivent mettre en œuvre des soins afin de répondre aux besoins de base et complexes de la personne aînée et de ses proches.

Dans le cadre de cette formation, les notions de base pour réaliser l'examen clinique initial pour dépister les troubles cognitifs seront présentées. Par la suite, la surveillance clinique de la personne atteinte de TNCM et de ses proches sera explicitée. L'intensité de cette surveillance clinique sera discutée à la lumière du modèle de la prévention et de la gestion des maladies chroniques. Enfin, l'éventail des interventions infirmières selon les besoins à satisfaire sera approfondi.

LES BUTS DE LA FORMATION

- Le but de cette formation est d'augmenter les compétences des participants dans la détection des troubles cognitifs et de favoriser un accompagnement optimal de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou autres TNCM et de leurs proches

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de se rendre sur le site web suivant : www.philippevoyer.org et de visionner les capsules web suivantes : 3, 7 et 19.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire l'état mental	▪ Fonctions cognitives, neurologiques et perceptuelles	▪ Exposés interactifs ▪ Questions «quiz »	
	▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur les fonctions cognitives	▪ Vieillissement des fonctions cognitives ▪ Mémoires ▪ Concentration ▪ Attention ▪ Orientations ▪ Organisation de la pensée ▪ etc.	▪ Exposés interactifs	Utilisation d'animations powerpoint qui mettent en relation les différentes mémoires à long terme.
	▪ Réaliser l'évaluation clinique initiale pour	▪ Anamnèse de l'état mental ▪ Examen physique	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration	Vidéos présentant des infirmières réalisant ces

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	Autres informations jugées pertinentes
	dépister des troubles cognitifs	▪ Inspection : signes cliniques suggérant un problème cognitif ▪ Test de l'horloge selon la méthode Watson ▪ Test de la fluence verbale		examens avec des personnes âgées. Mises en situation
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 11 h 45	▪ Décrire le tableau clinique des principaux TNCM	▪ Maladies de type Alzheimer, Corps de Lewy, Fronto-temporal et vasculaire.	▪ Exposés interactifs ▪ Utilisation d'un tableau comparatif des démences.	Exercices d'association entre les signes et les démences
	▪ Nommer les besoins des aînés atteints d'un TNCM	▪ Préservation de la dignité ▪ Satisfaction des besoins de base et complexe, incluant la préservation de la sécurité ▪ Surveillance clinique de l'état de santé ▪ Adopter la bonne approche de communication ▪ Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ▪ Prévention de la détérioration précipitée des capacités cognitives ▪ Accompagnements des proches	▪ Exposés interactifs	

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	Autres informations jugées pertinentes
	▪ Mettre en relation le suivi requis des aînés atteints de la maladie d'Alzheimer avec le modèle de gestion des maladies chroniques	▪ Modèle de prévention et de gestion des maladies chroniques ▪ Pyramides d'intensité du suivi ▪ Discussion des paramètres pour déterminer l'intensité et la fréquence des soins infirmiers à domicile	▪ Exposés interactifs	
11 h 45 – 12 h 45	**Dîner**			
12 h 45 – 14 h 30	Réaliser la surveillance clinique de l'aîné atteint d'un TNCM	▪ L'aîné o Surveillance clinique des sphères cognitives et de l'autonomie ▪ Mini examen de l'état mental de Folstein ▪ SMAF o Surveillance clinique de l'état de santé physique o Usage optimal des médicaments ▪ Évaluation de l'adhésion aux traitements	Exposés interactifs Démonstration	▪ Vidéo d'un suivi d'une personne présentant un TNCM ▪ Mise en situation ▪ Exercices en groupe ▪ Exercices en équipe de deux

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	Autres informations jugées pertinentes
		▪ Surveillance clinique de la pharmacothérapie o Suivi des SCPD ▪ Les proches o Besoins émotionnels, instrumentaux, informatifs ▪ Lien avec la Société Alzheimer de la région ▪ Environnement o Sécurité : automobile, empoisonnement et stratégies prévues en cas de disparition.	Examen physique pour évaluer le risque de conduite automobile	
14 h 30 – 14 h 45	**Pause**			
14 h 45 – 16 h	▪ Soutenir les proches lors des soins quotidiens	▪ L'approche de base et l'écoute active adaptée ▪ L'orientation à la réalité, les stratégies décisionnelles, et la validation ▪ La diversion	▪ Exposés interactifs ▪ Présentation d'un arbre décisionnel ▪ Mises en situation	Vidéo sur le lavage à la serviette

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	**Autres informations jugées pertinentes**
		▪ Les trucs lors des repas, de l'habillement et des soins d'hygiène o Les principes du lavage à la serviette		
	▪ Soutenir les proches lors des SCPD	▪ Les SCPD et le modèle du besoin compromis ▪ Le recadrage ▪ La gestion du refus	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration	
16 h – 16 h 25	▪ Recourir aux services interdisciplinaires et communautaires disponibles	▪ Le médecin traitant ▪ Les GMF ▪ La clinique de mémoire ▪ Les services du CEVQ : équipe de mentorat, UJEG et la clinique externe de la mémoire ▪ L'institut universitaire en santé mentale de Québec ▪ Société Alzheimer de Québec	▪ Échanges	
16 h 25 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Références

- Adams, T. et Manthorpe, J. (2003). Dementia Care. London: Arnold.
- Association for Dementia Studies (2010). Workforce development for dementia: development of role competencies and proposed training for "Primary Care Liaison Worker" to support pathway to diagnosis of dementia. University of Worcester, UK.
- Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., Jones, E. (2011). Alzheimer's disease. Lancet, 377, 1019-1031.
- Ballard, C., O'Brien, J., Morris, C.M., Barber, R., Swann, A., Neill, D. et McKeith, I. (2001). The progression of cognitive impairment in dementia with Lewy bodies, vascular dementia and Alzheimer's disease. International Journal of Geriatric Psychiatry, 16, 499-503.
- Barber, R., Newby, J. et McKeith, I.G. (2004). Lewy body disease. Dans R.W. Richter et B.Z. Richter, Alzheimer's Disease: A Physician's Guide to Practical Management (p.127-136. Totowa, New Jersey: Humana Press.
- Birks, J. S. et Harvey, R. (2003). Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3), CD001190.
- Birks, J. S., Chong, L. Y., & Grimley Evans, J. (2015). Rivastigmine for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev, 9, CD001191. doi:10.1002/14651858.CD001191.pub4
- Blazer, D.G., Steffens, D.C. et Busse, E.W. (2004). Textbook of Geriatric Psychiatry, 3e éd. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bowler, J.V. et Hachinski, V. (2003). Vascular Cognitive Impairment, Preventable Dementia. New York: Oxford University Press.
- Carlino, E., Benedetti, F., Rainero, I., Asteggiano, G., Cappa, G., Tarenzi, L., et al. (2010). Pain perception and tolerance in patients with frontotemporal dementia. Pain, 151(3), 783-789.
- Carson, N., et al. (2018). "A re-examination of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) cutoff scores." Int J Geriatr Psychiatry 33(2): 379-388.

- Chaves, M.L.F. (2014). Cognitive assessment in severe dementia and lower levels of education: reducing negligence. Arq Neuropsiquiatr 2014;72(4):267-268.
- Chow, T. W., Binns, M. A., Cummings, J. L., Lam, I., Black, S. E., Miller, B. L., et al. (2009). Apathy symptom profile and behavioral associations in frontotemporal dementia vs dementia of Alzheimer type. Arch Neurol, 66(7), 888-893.
- CCCDTD (2007). Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia. Montreal. http://www.cccdtd.ca/
- D'Amico F, Rehill A, Knapp M, et al. (2016) Cost-effectiveness of exercise as a therapy for behavioural and psychological symptoms of dementia within the EVIDEM-E randomised controlled trial. International journal of geriatric psychiatry. 31(6):656-665.
- Derouesné, C. (2005). La démence vasculaire : Un cadre incertain. Psychol Neuropsychiatr Vieil, 3(2), 89-96.
- Derouesné, C. (2005). La démence vasculaire : Un cadre incertain. Psychol Neuropsychiatr Vieil, 3(2), 89-96.
- Dyer, A. H., et al. (2018). "Cognitive assessment of older adults in general practice: the collateral history." Ir J Med Sci 187(3): 683-687.
- Elliott M, Harrington J, Moore K, et al (2014) A protocol for an exploratory phase I mixed-methods study of enhanced integrated care for care home residents with advanced dementia: the Compassion Intervention. BMJ open.;4(6):e005661-e005661.
- Feldman, H.H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Schipper, H.M., Blair, M., Kertesz, A., Chertkow, H. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: diagnosis. Canadian Medical Association Journal, 178(7), 825-836.
- Fenelon, G., & Mahieux, F. (2004). Hallucinations et demence: Prévalence, sémiologie et pathophysiologie Revue Neurologique 160(4 Pt 2), S31-43.
- Frenette, L. C., et al. (2018). "Early detection of cognitive impairments with the Montreal Cognitive Assessment in patients with uncomplicated and complicated mild traumatic brain injury." Brain Inj: 1-9.
- HAS (2008). Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Haute autorité de santé. France.
- Herrmann N, Harimoto T, Balshaw R, Lanctot KL, (2015) Canadian Outcomes Study in Dementia I. Risk Factors for Progression of Alzheimer Disease in a Canadian Population: The Canadian Outcomes Study in Dementia (COSID). Can J Psychiatry. 60(4):189-199.
- Herrmann, N., O'Regan, J., Ruthirakuhan, M., Kiss, A., Eryavec, G., Williams, E., & Lanctot, K. L. (2016). A Randomized Placebo-Controlled Discontinuation Study of Cholinesterase Inhibitors in Institutionalized Patients With Moderate to Severe Alzheimer Disease. J Am Med Dir Assoc, 17(2), 142-147. doi:10.1016/j.jamda.2015.08.019
- Hudon, C., Bujold, A.A., Potvin, O., Préville, M., Voyer, P., Landreville, P., Grenier, S. (2014). Association entre l'anxiété et le déclin cognitif chez les personnes âgées vivant dans la communauté. La Revue canadienne du vieillissement, 33(03), 296-308.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017). Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs. Rapport rédigé par Caroline Colette et Geneviève Robitaille. Québec: INESSS.
- Johnson, C.S.J., Myers, A.M., Jones, G.R., Fitzgerald, C., Lazowski, D.A., Stolee, P., Orange, J.B., Segall, N. et Ecclestone, N.A. (2005). Evaluation of the restorative care education and training program for nursing homes. Canadian Journal on Aging, 24 (2), 115-126.
- Kang, J. M., et al. (2018). "Montreal cognitive assessment reflects cognitive reserve." BMC Geriatr 18(1): 261.
- Kessels, R. P. C. (2018). "Improving precision in neuropsychological assessment: bridging the gap between classic paper-and-pencil tests and paradigms from cognitive neuroscience." Clin Neuropsychol: 1-12.
- Kolanowski, A., Fick, D., Litaker, M., Mulhall, P., Clare, L., Hill, N., . . . Yevchak-Sillner, A. (2016). Effect of Cognitively Stimulating Activities on Symptom Management of Delirium Superimposed on Dementia: A Randomized Controlled Trial. J Am Geriatr Soc, 64(12), 2424-2432. doi:10.1111/jgs.14511
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Montréal: ÉDISEM.
- Larson, E.B. (2010). Prospects for delaying the rising tide of worldwide, late-life dementias. International psychogeriatrics, 22(8), 1196-1202.
- Lee, J., Monette, J., Sourial, N., Monette, M., Bergman, H. (2007). The use of a cholinesterase inhibitor review committee in long-term care. Journal of the American Medical Directors Association, 8, 243-247.
- Levinoff, E.J. (2007). Vascular dementi and Alzheimer's disease: diagnosis and risk factors. Geriatrics & Aging, 10(1), 36-41.
- Leyton, C. E., & Hodges, J. R. (2010). Frontotemporal dementias: Recent advances and current controversies. Ann Indian Acad Neurol, 13(Suppl 2), S74-80.
- Lins et al. (2014). Efficacy and experiences of telephone counselling for informal carers of people with dementia (Review). The Cochrane Library 2014, Issue 9.
- Liu, W., Cheon, J., Thomas, S.A. (2014). Interventions on mealtime difficulties in older adults with dementia: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 51, 14-27.
- Marra, C., Quaranta, D., Zinno, M., Misciagna, S., Bizzarro, A., Masullo, C., et al. (2007). Clusters of cognitive and behavioral disorders clearly distinguish primary progressive aphasia from frontal lobe dementia, and Alzheimer's disease. Dement Geriatr Cogn Disord, 24(5), 317-326.
- McCusker, J., Cole, M.G., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., Vu, M., Belzile, E. (2014). Six-Month Outcomes of Co-Occurring Delirium, Depression, and Dementia in Long-Term Care. Journal of the American Geriatrics Society, 62(12), 2296-2302.
- McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J. P., Weintraub, D., . . . Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology, 89(1), 88-100. doi:10.1212/WNL.0000000000004058

- Mitchell, S.L., Teno, J.M., Kiely, D.K., Shaffer, M.L., Jones, R.N., Prigerson, H.G., Volicer, L., Givens, J.L., Hamel, M.B. (2009). The clinical course of advanced dementia. New England Journ al of Medicine, 361 (16), 1529-1538.
- Mollenhauer, B., Forstl, H., Deuschl, G., Storch, A., Oertel, W., & Trenkwalder, C. (2010). Lewy body and parkinsonian dementia: common, but often misdiagnosed conditions. Deutsches Arzteblatt International, 107(39), 684-691.
- Moyle, W., Borbasi, S., Wallis, M., Olorenshaw, R., Gracia, N. (2011). Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. Journal of clinical nursing, 20, 420-428.
- Murayama, N., Iseki, E., Endo, T., Nagashima, K., Yamamoto, R., Ichimiya, Y., et al. (2009). Risk factors for delusion of theft in patients with Alzheimer's disease showing mild dementia in Japan. Aging and Mental Health, 13(4), 563-568.
- NICE (2011). Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. National institute for health and clinical excellence. www.nice.org.uk
- Nieuwenhuis-Mark, R., Schalk, K., de Graaf, N. (2009). Free recall and learning of emotional word list in very elderly people with and without dementia. American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias, 24(2), 155-162.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services (2008). Dementia plan 2015. Norway.
- Olney, N. T., Spina, S., & Miller, B. L. (2017). Frontotemporal Dementia. Neurol Clin, 35(2), 339-374. doi:10.1016/j.ncl.2017.01.008
- Pulsford, D., Duxubury, A., Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. Journal of psychiatric and mental health nursing, 18, 97-104.
- Schmitt AL, Livingston RB, Goette WF, Galusha-Glasscock JM. (2016) Relationship Between the Mini-Mental State Examination and the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status in Patients Referred for a Dementia Evaluation. Perceptual & Motor Skills; 123(3):606-623.
- Seelaar, H., Rohrer, J. D., Pijnenburg, Y. A. L., Fox, N. C., & van Swieten, J. C. (2011). Clinical, genetic and pathological heterogeneity of frontotemporal dementia: a review. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 82(5), 476-486.
- Smetanin, P., Kobak, P., Briante, C., Stiff, D., Sherman, G., Ahmad, S. (2010). Rising Tide: the impact of dementia in Canada 2008 to 2038. Société Alzheimer: www.alzheimer.ca
- Turro-Garriga O, Garre-Olmo J, Calvo-Perxas L, Rene-Ramirez R, Gascon-Bayarri J, Conde-Sala JL. (2016) Course and Determinants of Anosognosia in Alzheimer's Disease: A 12-Month Follow-up. Journal of Alzheimer's disease: JAD;51(2):357-366.
- Vance, D., Moore, B.S.; Farr, K.F. et Struzick, T. (2008). Procedural memory and emotional attachment in Alzheimer disease: Implications for meaningful and engaging activities. Journal of Neuroscience Nursing, 40(2), 96-102.
- Verloo H, Goulet C, Morin D, Von Gunten A. Nursing intervention versus usual care to improve delirium among home-dwelling older adults receiving homecare after hospitalization: feasibility and acceptability of a Randomized Controlled Trail. BMC nursing. 2016;15:19.
- Voyer, P. (2015). Communicating with people with dementia: Avoiding mistakes. Canadian Nurse, 111(5), 10.
- Ward-Griffin et al. (2012). Dementia Home Care Resources: How Are We Managing? Journal of Aging Research, doi:10.1155/2012/590724.

Maladie d'Alzheimer et démences connexes (troubles neurocognitifs majeurs): dépistage, surveillance clinique et interventions en GMF ou à domicile (14 h de formation accréditée)

Philippe Voyer, inf. Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

La maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) représentent un problème croissant chez les personnes âgées. Les quatre principaux troubles neurocognitifs majeurs sont la maladie Alzheimer, la maladie à corps de Lewy, la maladie frontotemporale et la maladie vasculaire. Ces maladies affectent progressivement les capacités cognitives et les comportements, l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie des personnes atteintes.

Compte tenu de la prévalence significative de ces TNCM, il est fondamental que l'infirmière et l'infirmière possèdent les différentes compétences requises pour remplir avec efficacité leurs multiples rôles auprès de la population âgée. De prime abord, ils doivent pouvoir dépister les troubles cognitifs afin d'orienter rapidement les aînés vers les services professionnels et communautaires appropriés pour assurer un accompagnement optimal dès le début de la maladie. Lorsque la maladie est confirmée, l'infirmière et l'infirmier doivent adopter une approche globale de la personne atteinte à la lumière des principes du modèle de la prévention et de la gestion des maladies chroniques. À ce titre, ils doivent assurer une surveillance clinique optimale afin de reconnaître promptement les problèmes qui pourraient émerger en cours d'évolution de la maladie. Enfin, ils doivent mettre en œuvre des soins afin de répondre aux besoins de base et complexes de la personne aînée et de ses proches.

Dans le cadre de cette formation, les notions de base pour réaliser l'examen clinique initial pour dépister les troubles cognitifs seront présentées. Par la suite, la surveillance clinique de la personne atteinte de TNCM et de ses proches sera explicitée. L'intensité de cette surveillance clinique sera discutée à la lumière du modèle de la prévention et de la gestion des maladies chroniques. Enfin, l'éventail des interventions infirmières selon les besoins à satisfaire sera approfondi.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'augmenter les compétences des participants dans la détection des troubles cognitifs et de favoriser un accompagnement optimal de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou autres TNCM et de leurs proches.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de se rendre sur le site web suivant : www.philippevoyer.org et de visionner les capsules web suivantes : 3, 7 et 19.

PLAN DE LA JOURNÉE (JOUR 1)

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Décrire l'état mental	▪ Fonctions cognitives, neurologiques et perceptuelles	▪ Exposés interactifs ▪ Questions «quiz »	
	▪ Décrire l'impact du vieillissement normal sur les fonctions cognitives	▪ Vieillissement des fonctions cognitives ▪ Mémoires ▪ Concentration ▪ Attention ▪ Orientations ▪ Organisation de la pensée ▪ etc.	▪ Exposés interactifs	Utilisation d'animations powerpoint qui mettent en relation les différentes mémoires à long terme.
	▪ Réaliser l'évaluation clinique initiale pour dépister des troubles cognitifs	▪ Anamnèse de l'état mental ▪ Examen physique ▪ Inspection : signes cliniques suggérant un problème cognitif	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration	Vidéos présentant des infirmières réalisant ces examens avec des personnes âgées.

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	Autres informations jugées pertinentes
		▪ Test de l'horloge selon la méthode Watson ▪ Test de la fluence verbale		Mises en situation
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 11 h 45	▪ Décrire le tableau clinique des principaux TNCM	▪ Maladies de type Alzheimer, Corps de Lewy, Fronto-temporal et vasculaire.	▪ Exposés interactifs ▪ Utilisation d'un tableau comparatif des démences.	Exercices d'association entre les signes et les démences
	▪ Nommer les besoins des aînés atteints d'un TNCM	▪ Préservation de la dignité ▪ Satisfaction des besoins de base et complexe, incluant la préservation de la sécurité ▪ Surveillance clinique de l'état de santé ▪ Adopter la bonne approche de communication ▪ Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ▪ Prévention de la détérioration précipitée des capacités cognitives ▪ Accompagnements des proches	▪ Exposés interactifs	
	▪ Mettre en relation le suivi requis des aînés atteints de la maladie d'Alzheimer avec le	▪ Modèle de prévention et de gestion des maladies chroniques ▪ Pyramides d'intensité du suivi	▪ Exposés interactifs	

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	Autres informations jugées pertinentes
	modèle de gestion des maladies chroniques	▪ Discussion des paramètres pour déterminer l'intensité et la fréquence des soins infirmiers à domicile		
11 h 45 – 12 h 45	**Dîner**			
12 h 45 – 14 h 30	Réaliser la surveillance clinique de l'aîné atteint d'un TNCM	▪ L'aîné o Surveillance clinique des sphères cognitives et de l'autonomie ▪ Mini examen de l'état mental de Folstein ▪ SMAF o Surveillance clinique de l'état de santé physique o Usage optimal des médicaments ▪ Évaluation de l'adhésion aux traitements ▪ Surveillance clinique de la pharmacothérapie o Suivi des SCPD ▪ Les proches	Exposés interactifs Démonstration Examen physique pour évaluer le risque de conduite automobile	▪ Vidéo d'un suivi d'une personne présentant un TNCM ▪ Mise en situation ▪ Exercices en groupe ▪ Exercices en équipe de deux

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	Autres informations jugées pertinentes
		○ Besoins émotionnels, instrumentaux, informatifs ▪ Lien avec la Société Alzheimer de la région ▪ Environnement ○ Sécurité : automobile, empoisonnement et stratégies prévues en cas de disparition.		
14 h 30 – 14 h 45	**Pause**			
14 h 45 – 16 h	▪ Soutenir les proches lors des soins quotidiens	▪ L'approche de base et l'écoute active adaptée ▪ L'orientation à la réalité, les stratégies décisionnelles, et la validation ▪ La diversion ▪ Les trucs lors des repas, de l'habillement et des soins d'hygiène ○ Les principes du lavage à la serviette	▪ Exposés interactifs ▪ Présentation d'un arbre décisionnel ▪ Mises en situation	Vidéo sur le lavage à la serviette
	▪ Soutenir les proches lors des SCPD	▪ Les SCPD et le modèle du besoin compromis ▪ Le recadrage ▪ La gestion du refus	▪ Exposés interactifs ▪ Démonstration	

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	Autres informations jugées pertinentes
16 h – 16 h 25	▪ Recourir aux services interdisciplinaires et communautaires disponibles	▪ Le médecin traitant ▪ Les GMF ▪ La clinique de mémoire ▪ Les services du CEVQ : équipe de mentorat, UJEG et la clinique externe de la mémoire ▪ L'institut universitaire en santé mentale de Québec ▪ Société Alzheimer de Québec	▪ Échanges	
16 h 25 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE (JOUR 2 : MENTORAT – 7 H)

- Mettre en application ses connaissances
- Réaliser l'examen clinique auprès des patients
- Recevoir de la rétroaction d'un mentor
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil cognitif du résident
- Apprécier les adaptations à faire pour réaliser les examens selon le profil d'autonomie du résident
- Contenu :
    - Examen cognitif

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent : Pearson ERPI. 753 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Références

- Adams, T. et Manthorpe, J. (2003). Dementia Care. London: Arnold.
- Association for Dementia Studies (2010). Workforce development for dementia: development of role competencies and proposed training for "Primary Care Liaison Worker" to support pathway to diagnosis of dementia. University of Worcester, UK.
- Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., Jones, E. (2011). Alzheimer's disease. Lancet, 377, 1019-1031.
- Ballard, C., O'Brien, J., Morris, C.M., Barber, R., Swann, A., Neill, D. et McKeith, I. (2001). The progression of cognitive impairment in dementia with Lewy bodies, vascular dementia and Alzheimer's disease. International Journal of Geriatric Psychiatry, 16, 499-503.
- Barber, R., Newby, J. et McKeith, I.G. (2004). Lewy body disease. Dans R.W. Richter et B.Z. Richter, Alzheimer's Disease: A Physician's Guide to Practical Management (p.127-136. Totowa, New Jersey: Humana Press.
- Birks, J. S. et Harvey, R. (2003). Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3), CD001190.
- Birks, J. S., Chong, L. Y., & Grimley Evans, J. (2015). Rivastigmine for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev, 9, CD001191. doi:10.1002/14651858.CD001191.pub4
- Blazer, D.G., Steffens, D.C. et Busse, E.W. (2004). Textbook of Geriatric Psychiatry, 3e éd. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bowler, J.V. et Hachinski, V. (2003). Vascular Cognitive Impairment, Preventable Dementia. New York: Oxford University Press.
- Carlino, E., Benedetti, F., Rainero, I., Asteggiano, G., Cappa, G., Tarenzi, L., et al. (2010). Pain perception and tolerance in patients with frontotemporal dementia. Pain, 151(3), 783-789.
- Carson, N., et al. (2018). "A re-examination of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) cutoff scores." Int J Geriatr Psychiatry 33(2): 379-388.
- Chaves, M.L.F. (2014). Cognitive assessment in severe dementia and lower levels of education: reducing negligence. Arq Neuropsiquiatr 2014;72(4):267-268.

- Chow, T. W., Binns, M. A., Cummings, J. L., Lam, I., Black, S. E., Miller, B. L., et al. (2009). Apathy symptom profile and behavioral associations in frontotemporal dementia vs dementia of Alzheimer type. Arch Neurol, 66(7), 888-893.
- CCCDTD (2007). Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia. Montreal. http://www.cccdtd.ca/
- Derouesné, C. (2005). La démence vasculaire : Un cadre incertain. Psychol Neuropsychiatr Vieil, 3(2), 89-96.
- D'Amico F, Rehill A, Knapp M, et al. (2016) Cost-effectiveness of exercise as a therapy for behavioural and psychological symptoms of dementia within the EVIDEM-E randomised controlled trial. International journal of geriatric psychiatry. 31(6):656-665.
- Derouesné, C. (2005). La démence vasculaire : Un cadre incertain. Psychol Neuropsychiatr Vieil, 3(2), 89-96.
- Dyer, A. H., et al. (2018). "Cognitive assessment of older adults in general practice: the collateral history." Ir J Med Sci 187(3): 683-687.
- Elliott M, Harrington J, Moore K, et al (2014) A protocol for an exploratory phase I mixed-methods study of enhanced integrated care for care home residents with advanced dementia: the Compassion Intervention. BMJ open.;4(6):e005661-e005661.
- Feldman, H.H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Schipper, H.M., Blair, M., Kertesz, A., Chertkow, H. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: diagnosis. Canadian Medical Association Journal, 178(7), 825-836.
- Fenelon, G., & Mahieux, F. (2004). Hallucinations et demence: Prévalence, sémiologie et pathophysiologie Revue Neurologique 160(4 Pt 2), S31-43.
- Frenette, L. C., et al. (2018). "Early detection of cognitive impairments with the Montreal Cognitive Assessment in patients with uncomplicated and complicated mild traumatic brain injury." Brain Inj: 1-9.
- HAS (2008). Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Haute autorité de santé. France.
- Herrmann N, Harimoto T, Balshaw R, Lanctot KL, (2015) Canadian Outcomes Study in Dementia I. Risk Factors for Progression of Alzheimer Disease in a Canadian Population: The Canadian Outcomes Study in Dementia (COSID). Can J Psychiatry. 60(4):189-199.
- Herrmann, N., O'Regan, J., Ruthirakuhan, M., Kiss, A., Eryavec, G., Williams, E., & Lanctot, K. L. (2016). A Randomized Placebo-Controlled Discontinuation Study of Cholinesterase Inhibitors in Institutionalized Patients With Moderate to Severe Alzheimer Disease. J Am Med Dir Assoc, 17(2), 142-147. doi:10.1016/j.jamda.2015.08.019
- Hudon, C., Bujold, A.A., Potvin, O., Préville, M., Voyer, P., Landreville, P., Grenier, S. (2014). Association entre l'anxiété et le déclin cognitif chez les personnes âgées vivant dans la communauté. La Revue canadienne du vieillissement, 33(03), 296-308.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017). Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs. Rapport rédigé par Caroline Colette et Geneviève Robitaille. Québec: INESSS.
- Johnson, C.S.J., Myers, A.M., Jones, G.R., Fitzgerald, C., Lazowski, D.A., Stolee, P., Orange, J.B., Segall, N. et Ecclestone, N.A. (2005). Evaluation of the restorative care education and training program for nursing homes. Canadian Journal on Aging, 24 (2), 115-126.

- Kang, J. M., et al. (2018). "Montreal cognitive assessment reflects cognitive reserve." BMC Geriatr 18(1): 261.
- Kessels, R. P. C. (2018). "Improving precision in neuropsychological assessment: bridging the gap between classic paper-and-pencil tests and paradigms from cognitive neuroscience." Clin Neuropsychol: 1-12.
- Kolanowski, A., Fick, D., Litaker, M., Mulhall, P., Clare, L., Hill, N., . . . Yevchak-Sillner, A. (2016). Effect of Cognitively Stimulating Activities on Symptom Management of Delirium Superimposed on Dementia: A Randomized Controlled Trial. J Am Geriatr Soc, 64(12), 2424-2432. doi:10.1111/jgs.14511
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Montréal: ÉDISEM.
- Larson, E.B. (2010). Prospects for delaying the rising tide of worldwide, late-life dementias. International psychogeriatrics, 22(8), 1196-1202.
- Lee, J., Monette, J., Sourial, N., Monette, M., Bergman, H. (2007). The use of a cholinesterase inhibitor review committee in long-term care. Journal of the American Medical Directors Association, 8, 243-247.
- Levinoff, E.J. (2007). Vascular dementi and Alzheimer's disease: diagnosis and risk factors. Geriatrics & Aging, 10(1), 36-41.
- Leyton, C. E., & Hodges, J. R. (2010). Frontotemporal dementias: Recent advances and current controversies. Ann Indian Acad Neurol, 13(Suppl 2), S74-80.
- Lins et al. (2014). Efficacy and experiences of telephone counselling for informal carers of people with dementia (Review). The Cochrane Library 2014, Issue 9.
- Liu, W., Cheon, J., Thomas, S.A. (2014). Interventions on mealtime difficulties in older adults with dementia: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 51, 14-27.
- Marra, C., Quaranta, D., Zinno, M., Misciagna, S., Bizzarro, A., Masullo, C., et al. (2007). Clusters of cognitive and behavioral disorders clearly distinguish primary progressive aphasia from frontal lobe dementia, and Alzheimer's disease. Dement Geriatr Cogn Disord, 24(5), 317-326.
- McCusker, J., Cole, M.G., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., Vu, M., Belzile, E. (2014). Six-Month Outcomes of Co-Occurring Delirium, Depression, and Dementia in Long-Term Care. Journal of the American Geriatrics Society, 62(12), 2296-2302.
- McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J. P., Weintraub, D., . . . Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology, 89(1), 88-100. doi:10.1212/WNL.0000000000004058
- Mitchell, S.L., Teno, J.M., Kiely, D.K., Shaffer, M.L., Jones, R.N., Prigerson, H.G., Volicer, L., Givens, J.L., Hamel, M.B. (2009). The clinical course of advanced dementia. New England Journ al of Medicine, 361 (16), 1529-1538.
- Mollenhauer, B., Forstl, H., Deuschl, G., Storch, A., Oertel, W., & Trenkwalder, C. (2010). Lewy body and parkinsonian dementia: common, but often misdiagnosed conditions. Deutsches Arzteblatt International, 107(39), 684-691.
- Moyle, W., Borbasi, S., Wallis, M., Olorenshaw, R., Gracia, N. (2011). Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. Journal of clinical nursing, 20, 420-428.
- Murayama, N., Iseki, E., Endo, T., Nagashima, K., Yamamoto, R., Ichimiya, Y., et al. (2009). Risk factors for delusion of theft in patients with Alzheimer's disease showing mild dementia in Japan. Aging and Mental Health, 13(4), 563-568.

- NICE (2011). Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. National institute for health and clinical excellence. www.nice.org.uk
- Nieuwenhuis-Mark, R., Schalk, K., de Graaf, N. (2009). Free recall and learning of emotional word list in very elderly people with and without dementia. American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias, 24(2), 155-162.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services (2008). Dementia plan 2015. Norway.
- Olney, N. T., Spina, S., & Miller, B. L. (2017). Frontotemporal Dementia. Neurol Clin, 35(2), 339-374. doi:10.1016/j.ncl.2017.01.008
- Pulsford, D., Duxubury, A., Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. Journal of psychiatric and mental health nursing, 18, 97-104.
- Schmitt AL, Livingston RB, Goette WF, Galusha-Glasscock JM. (2016) Relationship Between the Mini-Mental State Examination and the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status in Patients Referred for a Dementia Evaluation. Perceptual & Motor Skills; 123(3):606-623.
- Seelaar, H., Rohrer, J. D., Pijnenburg, Y. A. L., Fox, N. C., & van Swieten, J. C. (2011). Clinical, genetic and pathological heterogeneity of frontotemporal dementia: a review. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 82(5), 476-486.
- Smetanin, P., Kobak, P., Briante, C., Stiff, D., Sherman, G., Ahmad, S. (2010). Rising Tide: the impact of dementia in Canada 2008 to 2038. Société Alzheimer: www.alzheimer.ca
- Turro-Garriga O, Garre-Olmo J, Calvo-Perxas L, Rene-Ramirez R, Gascon-Bayarri J, Conde-Sala JL. (2016) Course and Determinants of Anosognosia in Alzheimer's Disease: A 12-Month Follow-up. Journal of Alzheimer's disease: JAD;51(2):357-366.
- Vance, D., Moore, B.S.; Farr, K.F. et Struzick, T. (2008). Procedural memory and emotional attachment in Alzheimer disease: Implications for meaningful and engaging activities. Journal of Neuroscience Nursing, 40(2), 96-102.
- Verloo H, Goulet C, Morin D, Von Gunten A. Nursing intervention versus usual care to improve delirium among home-dwelling older adults receiving homecare after hospitalization: feasibility and acceptability of a Randomized Controlled Trail. BMC nursing. 2016;15:19.
- Voyer, P. (2015). Communicating with people with dementia: Avoiding mistakes. Canadian Nurse, 111(5), 10.
- Ward-Griffin et al. (2012). Dementia Home Care Resources: How Are We Managing? Journal of Aging Research, doi:10.1155/2012/590724.

Prendre soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : comment composer avec ses problèmes de mémoire et ses comportements inattendus?

Philippe Voyer, inf., Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Avec le vieillissement de la population, les aînés se retrouvent de façon majoritaire dans le système de santé. Les professionnels de la santé doivent ainsi être en mesure de communiquer efficacement avec les aînés en tenant compte des changements normaux à survenir sur le plan cognitif avec le vieillissement. De plus, avec l'avancement en âge, le risque de développer la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) est accru. Il est essentiel que tous les professionnels de la santé et les soignants comprennent bien ces pathologies et leurs effets sur les personnes. Avec une connaissance à jour sur ces aspects, ils pourront offrir un accompagnement de qualité. En plus des atteintes cognitives, les TNCM sont associés aux troubles du comportement (errance, cris, résistance aux soins, etc.). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont l'appellation officielle des troubles du comportement apparaissant dans le cours de la TNCM. Parmi les symptômes psychologiques, on retrouve les hallucinations, les illusions, les idées délirantes, l'anxiété et la dépression, tandis que les symptômes comportementaux font référence à l'errance, l'agitation verbale et motrice, les comportements agressifs, la résistance aux soins, etc. Les SCPD sont présents autant au domicile que dans les milieux cliniques qui accueillent des aînés atteints de TNCM. Les SCPD sont reconnus pour entraîner des conséquences néfastes chez l'aîné et ses proches ainsi que chez les soignants. Bien que les SCPD apparaissent chez pratiquement tous les aînés atteints de TNCM, il y a des moyens pour en réduire la fréquence, la sévérité et les conséquences.

Dans le cadre de cette formation, les TNCM et leur évolution clinique seront décrits afin de permettre aux soignants de distinguer les comportements attendus versus les comportements qui méritent une investigation. De même, les moyens de prévention des SCPD et les multiples options thérapeutiques seront discutés, incluant l'utilité des antipsychotiques, des benzodiazépines et des contentions physiques.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'habiliter les participantes et participants à assumer pleinement leurs fonctions, en matière de prévention, d'évaluation et de traitement auprès des aînés atteints de TNCM.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse à toutes personnes qui donnent des soins aux aînés atteints de TNCM et ceux présentant des SCPD.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner les capsules suivantes : 7, 13, 21, 28, 29 et 30 qui se trouvent à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org. Ces capsules web permettront aux participants de maîtriser les différentes prises en charge des SCPD.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	• Décrire l'effet de la maladie d'Alzheimer et des autres TNCM sur la personne	• Profil des aînés atteints de : ○ Trouble neurocognitif majeur [TNCM] de forme Alzheimer ○ TNCM de forme Corps de Lewy ○ TNCM de forme frontotemporal ○ TNCM vasculaire • Impact sur l'humeur : explication de la mémoire émotionnelle (hippocampe et amygdale) • Échelle de Reisberg	• Exposés interactifs • Partage d'expérience	Des mises en situation sont présentées pour aborder ce contenu
10 h – 10 h 15	**Pause**			

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
10 h 15 – 12 h	• Comprendre la signification des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) • Décrire les moyens pour prévenir les SCPD	• Définition des SCPD • Arbre décisionnel des SCPD • Modèle conceptuel : ○ Modèle Algase sur l'expression du besoin compromis • Approche de base • Écoute active adaptée • Les stratégies décisionnelles • La méthode discontinue • Environnement • Histoire biographique • Diversion • Validation • Toucher affectif • Gestion du refus • Recadrage	• Exposés interactifs • Études de cas	Des mises en situation sont présentées pour aborder ce contenu
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 14 h 45	• Appliquer des stratégies gagnantes lors des soins d'assistance pour éviter les problèmes comportementaux	• Stratégies lors de l'alimentation • Stratégies lors de l'habillement • Stratégies lors des soins d'hygiène ○ Méthode du lavage à la serviette • Stratégies de l'aide à la marche	• Exposés interactifs • Études de cas	Des mises en situation sont présentées pour aborder ce contenu
14 h 45 – 15 h	**Pause**			

Horaire *Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »*	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
15 h – 16 h 25	• Décrire les traitements des SCPD	Traitements des SCPD et des troubles du comportement • Interventions pharmacologiques et contentions physiques ○ Antipsychotiques ○ Benzodiazépines • Interventions alternatives pour les causes suivantes ○ Ennui : présentation des différentes options avec emphase sur ▪ Thérapies occupationnelles ○ Solitude : présentation des différentes options avec emphase sur les contacts sociaux ▪ Interactions simulées ▪ Bruits ambiants • Besoin d'attention et le renforcement positif	• Exposés interactifs • Études de cas • Vidéos	Mises en situation
16 h 25 – 16 h 30	• Conclusion			Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Saint-Laurent (QC) : PEARSON-ERPI. 753 pages. Chapitres :
    - 27 : Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
    - 28 : La résistance aux soins
    - 29 : LA résistance aux soins d'hygiène
    - 30 : L'agitation verbale
    - 31 : Les comportements agressifs
    - 32 : L'errance
    - 33 : Le syndrome crépusculaire
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Montréal : EDISEM inc.
- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Articles scientifiques

- American Geriatrics Society. (2012). A guide to the management of psychotic disorders and neuropsychiatric symptoms of dementia in older alduts. Retrieved 2014-06-17, 2014, from http://dementia.americangeriatrics.org/GeriPsych_index.php
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Azermai et al. (2012). Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. Ageing Research Reviews, 11, 78-86.
- Baker, J. A., Keady, J., Hardman, P., Kay, J., Jones, L., & Jolley, D. (2010). Psychotropic PRN use among older people's inpatient mental health services: PRN and older people. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17(5), 463-468. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01546.x
- Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., Jones, E. (2011). Alzheimer's disease. Lancet, 377, 1019-1031.
- Bédard, A., Landreville, P., Voyer, P., Verreault, R., Vézina, J. (2013). Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs. Ageing and Mental Health, DOI: 10.1080/13607863.2011.569480
- Bharani, N., Snowden, M. (2005). Evidence-based interventions for nursing home residents with dementia-related behavioral symptoms. Psychiatric clinics of North America, 28, 985-1005.

- Bray et al. (2015). Improving the hospital environment for people with dementia. Nurs Older People. 2015 Nov;27(9):16, 18-20. doi: 10.7748/nop.27.9.16.s17.
- Brazil, K., Maitland, J., Walker, M., & Curtis, A. (2013). The character of behavioural symptoms on admission to three Canadian long-term care homes. Aging & Mental Health, 17(8), 1059-1066. doi: 10.1080/13607863.2013.807423
- Brodaty, H., Connors, M. H., Xu, J., Woodward, M., Ames, D., & group, P. s. (2015). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: a 3-year longitudinal study. J Am Med Dir Assoc, 16(5), 380-387. doi:10.1016/j.jamda.2014.12.018
- Burns et al. (2009). Bright light therapy for agitation in dementia: a randomized controlled trial. International Psychogeriatrics, 21(4), 711-721.
- Caspi, E. (2013). Aggressive behaviors between residents with dementia in an assisted living residence. Dementia: DOI : 10.1177/1471301213502588
- CCCDTD (2007). Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia. Montreal. http://www.cccdtd.ca/
- Chapman, S.B., Weiner, M.F., Rackley, A., Hynan, L.S., Zientz, J. (2004). Effects of cognitive-communication stimulation for
- Alzheimer's disease patients treated with donepezil. Journal of Speech, Language and Hearing rsearch, 47, 1149-1163.
- Cipriani et al. (2011). Aggressive behavior in patients with dementia: Correlates and management. Geriatrics and Gerontology
- International, 11, 408-413.
- Cohen-Mansfield et al. (2012). Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: A randomized, placebo-controlled trial. Journal of Clinical psychiatry, 73(9), 1255-1261.
- Cohen-Mansfield et al. (2012). The relationships of environment and personal characteristics to agitated behaviors in nursing home residents with dementia. Journal of Clinical psychiatry, 73(3), 392-399.
- Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., Marx, M. S., Thein, K., & Regier, N. G. (2015). Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? Psychiatry Res, 228(1), 59-64. doi:10.1016/j.psychres.2015.03.043
- Cornegé-Blokland et al. (2012). Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: A survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses and family caregivers. JAMDA, doi:10.1016/j.jamda.2010.10.004
- Declercq T et al. (2013). Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No. : CD007726. DOI :10.1002/14651858.CD007726.pub2
- Draper, B., & International Psychogeriatric Association, I. P. A. (2012). The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) (3rd edition ed.). Northfield, Illinois, É.-U.: Draper, Brian.
- Ebbing, Karsten. (2016). Symptômes comportementaux et psychologiques dans les démences : quelles alternatives à la pharmacothérapie? Rev Med Suisse 12 : 786-789.
- Ellis, M., & Astell, A. (2017). Communicating with people living with dementia who are nonverbal: The creation of Adaptive Interaction. PLoS ONE, 12(8), e0180395. doi:10.1371/journal.pone.0180395
- Feldman, H.H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Schipper, H.M., Blair, M., Kertesz, A., Chertkow, H. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: diagnosis. Canadian Medical Association Journal, 178(7), 825-836.
- Fraser, T., & Tilyard, M. (2010). Antipsychotics for Dementia. Best Practice Guide. In Bpac (Ed.). Dunedin, New Zealand.
- Gareri et al. (2013). Use and safety of antipsychotics in behavioral disorders in elderly people with dementia. Journal of Clinical Psychopharmacology. DOI : 10.1097/JCP.0b013e3182a6096e

- Gil-Ruiz et al. (2013). An effective environmental intervention for management of the « mirror sign » in a case of probable Lewy body dementia. Neurocase: The neural basis of cognition, 19(1), 1-13.
- Goldberg, A., Straus, S. E., Hamid, J. S., & Wong, C. L. (2015). Room transfers and the risk of delirium incidence amongst hospitalized elderly medical patients: a case–control study. BMC Geriatrics, 15. doi:10.1186/s12877-015-0070-8
- Green, L., Matos, P., Murillo, I., Neushotz, L., Popeo, D., Aloysi, A., . . . Fitzpatrick, J. J. (2011). Use of dolls as a therapeutic intervention: relationship to previous negative behaviors and pro re nata (prn) Haldol use among geropsychiatric inpatients. Arch Psychiatr Nurs, 25, 388-389. doi: 10.1016/j.apnu.2011.05.003
- HAS (2008). Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies
- apparentées. Haute autorité de santé. France.
- Herrmann, N., Harimoto, T., Balshaw, R., Lanctot, K. L., & Canadian Outcomes Study in Dementia, I. (2015). Risk Factors for Progression of Alzheimer Disease in a Canadian Population: The Canadian Outcomes Study in Dementia (COSID). Can J Psychiatry, 60(4), 189-199. doi:10.1177/070674371506000406
- Husebo et al. (2013). The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. American Journal for Geriatric Psychiatry, http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.006
- Huybrechts, K. F., Rothman, K. J., Brookhart, M. A., Silliman, R. A., Crystal, S., Gerhard, T., & Schneeweiss, S. (2012). Variation in antipsychotic treatment choice across US nursing homes. J Clin Psychopharmacol, 32, 11-17. doi: 10.1097/JCP.0b013e31823f6f46
- Jensen-Dahm, C.; Werner, M.U., Dahl, J.B., Staehelin Jensen, T., Ballegaard, M., Hejl, A-M., Waldemar, G. (2014). Quantitative sensory testing and pain tolerance in patients with mild to moderate Alzheimer disease compared to healthy control subjects. PAIN, 155, 1439-1445.
- Kverno et al. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. International Psychogeriatrics, 21(5), 825-843.
- Landreville, P., Bédard, A., Verreault, R., Desrosiers, J., Champoux, N., Monette, J., Voyer, P. (2006). Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities: A review. International Psychogeriatrics, 17, 1-27.
- Larson, E.B. (2010). Prospects for delaying the rising tide of worldwide, late-life dementias. International psychogeriatrics, 22(8), 1196-1202.
- Lee, J., Monette, J., Sourial, N., Monette, M., Bergman, H. (2007). The use of a cholinesterase inhibitor review committee in long-term care. Journal of the American Medical Directors Association, 8, 243-247.
- Lethin, C., Leino-Kilpi, H., Roe, B., Soto, M. M., Saks, K., Stephan, A., . . . on behalf of the RightTimePlaceCare, C. (2016). Formal support for informal caregivers to older persons with dementia through the course of the disease: an exploratory, cross-sectional study. BMC Geriatrics, 16, 32. doi:10.1186/s12877-016-0210-9
- Levinoff, E.J. (2007). Vascular dementia and Alzheimer's disease: diagnosis and risk factors. Geriatrics & Aging, 10(1), 36-41.
- Liao, W., Hamel, R. E. G., Olde Rikkert, M. G. M., Oosterveld, S. M., Aalten, P., Verhey, F. R. J., . . . Melis, R. J. F. (2016). A profile of The Clinical Course of Cognition and Comorbidity in Mild Cognitive Impairment and Dementia Study (The 4C study): two complementary longitudinal, clinical cohorts in the Netherlands. BMC Neurol, 16, 242. doi:10.1186/s12883-016-0750-9
- Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. (2014) Non pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. Br J Psychiatry.Dec; 205 (6):436-42.

- Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., . . . Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. J Alzheimers Dis, 50(4), 1217-1225. doi:10.3233/JAD-150808
- McGilton, K. S., Rochon, E., Sidani, S., Shaw, A., Ben-David, B. M., Saragosa, M., . . . 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 and Other Dementias, 32(1), 41-50. doi:10.1177/1533317516680899
- MDC (2008) Knowledge and skills needed for dementia care. Michigan dementia coalition [MDC]. Dementia competencies
- workgroup. Michigan
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, Ministère de la Santé et des Services Sociaux., 2014, 31 p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux.. Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, Ministère de la Santé et des Services Sociaux., 2014, 38 p.
- 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.
- Mitchell, S.L., Teno, J.M., Kiely, D.K., Shaffer, M.L., Jones, R.N., Prigerson, H.G., Volicer, L., Givens, J.L., Hamel, M.B. (2009). The clinical course of advanced dementia. New England Journ al of Medicine, 361 (16), 1529-1538.
- Pan et al., (2014). Antipsychotic discontinuation in patients with dementia: A systematic review and meta-analysis of published randomized controlled studies. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 37, 125-140.
- Pulsford, D., Duxubury, A., Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. Journal of psychiatric and mental health nursing, 18, 97-104.
- Rapp et al. (2013). Agitation in nursing home residents with dementia (VIDEANT Trial): Effects of a cluster-randomized, controlled, guideline implementation trial. JAMDA, http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.017
- Rey, S., Voyer, P., Juneau, L. (2016). Prise en charge des SCPD. Perspective infirmière, 13(4), 56-60.
- Robinson et al. (2007). Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: A systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry, 22, 9-22.
- Rosen et al (2010). Sexual Aggression between residents in nursing homes: Literature synthesis of an underrecognized problem. JAGS, 58 (10), 1070-1079.
- Rosen et al. (2008a). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. Aggressive Violent behaviors, 13(2), 77-87.
- Rosen et al. (2008b). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: Insights from focus groups of nursing home residents and staff. JAGS, 56(8), 1398-1408.
- Savva, G. M., & Arthur, A. (2015). Who has undiagnosed dementia? A cross-sectional analysis of participants of the Aging, Demographics and Memory Study. Age and Ageing, 44(4), 642-647. doi:10.1093/ageing/afv020
- Schmitt, A. L., Livingston, R. B., Goette, W. F., & Galusha-Glasscock, J. M. (2016). Relationship Between the Mini-Mental State Examination and the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status in Patients Referred for a Dementia Evaluation. Perceptual & Motor Skills, 123(3), 606-623. doi:10.1177/0031512516667674

- Valle Padilla et al (2013). The effectiveness of control strategies for dementia-driven wandering, preventing escape attemptts: a case report. International Psychogeriatrics, 25(3), 500-504.
- van der Spek, K., Gerritsen, D. L., Smalbrugge, M., Nelissen-Vrancken, M. H., Wetzels, R. B., Smeets, C. H., . . . Koopmans, R. T. (2016). Only 10% of the psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia is fully appropriate. The PROPER I-study. Int Psychogeriatr, 28(10), 1589-1595. doi:10.1017/S104161021600082X
- Vernooij-Dassen M, Draskovic I, McCleery J, Downs M. Cognitive reframing for carers of people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No. : CD005318. DOI : 10.1002/14651858.CD005318.pub2.
- Voyer, P. (2015). Communicating with people with dementia: Avoiding mistakes. Canadian Nurse, 111(5), 10.
- Voyer, P. (2017). L'Université Laval, le CEVQ du CIUSSS de la Capitale National et le plan Alzheimer sur les SCPD. Le Journal de l'AMPQ, 20(2), 19-20.
- Watson Wolfe, K., Watson Wolfe, E., Galik, J., & Klinedinst, N. (2014). Application of the Antipsychotic Use in Dementia Assessment audit tool to facilitate appropriate antipsychotic use in long term care residents with dementia. Geriatric Nursing, 35(1), 71-76.
- White, N., Leurent, B., Lord, K., Scott, S., Jones, L., & Sampson, E. L. (2016). The management of behavioural and psychological symptoms of dementia in the acute general medical hospital: a longitudinal cohort study. Int J Geriatr Psychiatry. doi:10.1002/gps.4463
- Yevchak, A. M., Han, J. H., Doherty, K., Archambault, E. G., Kelly, B., Chandrasekhar, R., . . . Rudolph, J. L. (2015). Impaired Arousal in Older Adults Is Associated With Prolonged Hospital Stay and Discharge to Skilled Nursing Facility. Journal of the American Medical Directors Association, 16(7), 586-589. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.01.093

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les troubles du comportement : notions essentielles de base

Philippe Voyer, inf. Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Il est bien connu que les troubles neurocognitifs majeurs (Alzheimer, Corps de Lewy, fronto-temporale, vasculaire) entraînent des pertes cognitives, mais elles s'accompagnent également de troubles du comportement (errance, crie, résistance aux soins, etc.). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont désormais l'appellation officielle des troubles du comportement apparaissant dans le cours de la démence. Parmi les symptômes psychologiques, on retrouve les hallucinations, les illusions, les idées délirantes, l'anxiété et la dépression; tandis que les symptômes comportementaux font référence à l'errance, l'agitation verbale et motrice, les comportements agressifs, la résistance aux soins, etc. Les SCPD sont présents autant au domicile que dans les milieux cliniques qui accueillent des aînés atteints de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). Les SCPD sont reconnus pour entraîner des conséquences néfastes chez l'aîné et ses proches ainsi que chez les soignants. Bien que les SCPD apparaissent chez pratiquement tous les aînés atteints de TNCM, il y a des moyens pour en réduire la fréquence, la sévérité et les conséquences.

Dans le cadre de cette formation, la signification des SCPD du point de vue de l'aîné sera expliquée à l'aide du modèle de la vision du besoin compromis d'Algase. Les moyens de prévention, d'évaluation et les multiples options thérapeutiques seront au cœur de cette formation. Les stratégies de prévention et la façon de les individualiser seront expliquées. De plus, les principales méthodes d'évaluation des SCPD et leurs buts seront présentés (histoire biographique, examen clinique, échelle de mesure et grille d'observation clinique). Enfin, plusieurs options thérapeutiques des SCPD et leurs contextes d'utilisation seront illustrés. De même, l'utilité des antipsychotiques, des benzodiazépines et des contentions physiques sera discutée dans le contexte des SCPD.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'illustrer le rôle de l'équipe soignante concernant les SCPD et d'habiliter les participantes et participants à assumer pleinement leurs fonctions, en matière de prévention, d'évaluation et de traitement.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse à toutes personnes qui donnent des soins à un aîné atteint de SCPD, incluant les médecins, les infirmiers, les infirmiers auxiliaires, les préposés et tous les autres professionnels de la santé et des services sociaux.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner les capsules suivantes : 7, 13, 21, 28, 29 et 30 qui se trouvent à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org. Ces capsules web permettront aux participants de maîtriser les différentes de la prise en charge des SCPD.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Comprendre la signification des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD)	▪ Définition des SCPD – Prévalence – Conséquences ▪ Modèle conceptuel : – Modèle Algase ▪ Principes généraux de la prise en charge des SPCD selon les données probantes	▪ Exposés interactifs ▪ Études de cas	▪ Mises en situation sont présentées pour aborder ce contenu.
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 12 h	▪ Décrire les moyens pour prévenir les SCPD	▪ Approche de base ▪ Écoute active adaptée ▪ Les stratégies décisionnelles ▪ La méthode discontinue ▪ Environnement	▪ Exposés interactifs ▪ Vidéos ▪ Études de cas	▪ Questions sur la situation du patient qui présente des idées délirantes

	▪ Décrire les moyens d'intervention au quotidien	▪ Histoire biographique ▪ Diversion ▪ Validation ▪ Toucher affectif ▪ Gestion du refus ▪ Recadrage		▪ Questions visant à permettre aux participants de sélectionner la bonne approche
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 13 h 30	▪ Nommer les méthodes d'évaluation des SCPD	– Examen clinique – Échelle de mesure – Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield – Grille d'observation	▪ Exposés interactifs	
13 h 30 – 15 h	▪ Décrire les traitements des SCPD	Traitements des SCPD et des troubles du comportement ▪ Interventions pharmacologiques et contentions physiques o Antipsychotiques o Benzodiazépines ▪ Interventions alternatives pour les causes suivantes o Ennui : présentation des différentes options avec emphase sur ▪ Thérapies occupationnelles ▪ Stimulation sensorielle o Solitude : présentation des différentes options avec emphase sur les contacts sociaux	▪ Exposés interactifs ▪ Études de cas ▪ Vidéos	Mises en situation

		▪ Interactions simulées ▪ Bruits ambiants ▪ Barrières visuelles ▪ Autres interventions : o Besoin d'attention et le renforcement positif o Douleur et lavage à la serviette (méthode spa) et analgésie		
15 h – 15 h 15	**Pause**			
15 h 15 – 15 h 45	• Suite	• Suite		
15 h 45 – 16 h 20	• Décrire les principes du suivi des résultats des interventions	• Surveillance sur les SCPD • Surveillance des effets des médicaments • Tentative de sevrage	Études scientifiques sur le sevrage	
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Saint-Laurent (QC) : PEARSON-ERPI. 753 pages. Chapitres :
    - 27 : Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
    - 28 : La résistance aux soins
    - 29 : LA résistance aux soins d'hygiène
    - 30 : L'agitation verbale
    - 31 : Les comportements agressifs
    - 32 : L'errance
    - 33 : Le syndrome crépusculaire
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Montréal : EDISEM inc.
- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Articles scientifiques

- American Geriatrics Society. (2012). A guide to the management of psychotic disorders and neuropsychiatric symptoms of dementia in older alduts. Retrieved 2014-06-17, 2014, from http://dementia.americangeriatrics.org/GeriPsych_index.php
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2016). The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. Virginia, United States: American Psychiatric Association.
- Azermai et al. (2012). Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. Ageing Research Reviews, 11, 78-86.
- Baker, J. A., Keady, J., Hardman, P., Kay, J., Jones, L., & Jolley, D. (2010). Psychotropic PRN use among older people's inpatient mental health services: PRN and older people. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17(5), 463-468. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01546.x
- Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., Jones, E. (2011). Alzheimer's disease. Lancet, 377, 1019-1031.

- Bédard, A., Landreville, P., Voyer, P., Verreault, R., Vézina, J. (2013). Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs. Ageing and Mental Health, DOI: 10.1080/13607863.2011.569480
- Bharani, N., Snowden, M. (2005). Evidence-based interventions for nursing home residents with dementia-related behavioral symptoms. Psychiatric clinics of North America, 28, 985-1005.
- Brazil, K., Maitland, J., Walker, M., & Curtis, A. (2013). The character of behavioural symptoms on admission to three Canadian long-term care homes. Aging & Mental Health, 17(8), 1059-1066. doi: 10.1080/13607863.2013.807423
- Brodaty, H., Connors, M. H., Xu, J., Woodward, M., Ames, D., & group, P. s. (2015). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: a 3-year longitudinal study. J Am Med Dir Assoc, 16(5), 380-387. doi:10.1016/j.jamda.2014.12.018
- Burns et al. (2009). Bright light therapy for agitation in dementia: arandomized controlled trial. Internation Psychogeriatrics, 21(4), 711-721.
- Caspi, E. (2013). Aggressive behaviors between residents with dementia in an assisted living residence. Dementia : DOI : 10.1177/1471301213502588
- CCCDTD (2007). Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia. Montreal. http://www.cccdtd.ca/
- Chapman, S.B., Weiner, M.F., Rackley, A., Hynan, L.S., Zientz, J. (2004). Effects of cognitive-communication stimulation for Alzheimer's disease patients treated with donepezil. Journal of Speech, Language and Hearing rsearch, 47, 1149-1163.
- Cipriani et al. (2011). Aggressive behavior in patients with dementia: Correlates and management. Geriatrics and Gerontology International, 11, 408-413.
- Cohen-Mansfield et al. (2012). Efficacyof nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: A randomized, placebo-controlled trial. Journal of Clinical psychiatry, 73(9), 1255-1261.
- Cohen-Mansfield et al. (2012). The relationships of environment and personal characteristics to agitated behaviors in nursing home residents with dementia. Journal of Clinical psychiatry, 73(3), 392-399.
- Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., Marx, M. S., Thein, K., & Regier, N. G. (2015). Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? Psychiatry Res, 228(1), 59-64. doi:10.1016/j.psychres.2015.03.043
- Cornegé-Blokland et al. (2012). Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: A survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses and family caregivers. JAMDA, doi:10.1016/j.jamda.2010.10.004
- Declercq T et al. (2013). Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No. : CD007726. DOI : 10.1002/14651858.CD007726.pub2
- D'Onofrio, G., Panza, F., Sancarlo, D., Paris, F. F., Cascavilla, L., Mangiacotti, A., . . . Greco, A. (2016). Delusions in Patients with Alzheimer's Disease: A Multidimensional Approach. J Alzheimers Dis, 51(2), 427-437. doi:10.3233/JAD-150944
- Draper, B., & International Psychogeriatric Association, I. P. A. (2012). The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) (3rd edition ed.). Northfield, Illinois, É.-U.: Draper, Brian.
- Ebbing, Karsten. (2016). Symptômes comportementaux et psychologiques dans les démences : quelles alternatives à la pharmacothérapie? Rev Med Suisse 12 : 786-789.

- Feldman, H.H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Schipper, H.M., Blair, M., Kertesz, A., Chertkow, H. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: diagnosis. Canadian Medical Association Journal, 178(7), 825-836.
- Fraser, T., & Tilyard, M. (2010). Antipsychotics for Dementia. Best Practice Guide. In Bpac (Ed.). Dunedin, New Zealand.
- Fraser, J., Landreville, P., Voyer, P., Carmichael, P.H. (2014). Structure factorielle d'une version française du Nursing Home Behavior Problem scale. Candian Journal on Aging, 33(2), 163-175.
- Gagné, C., Voyer, P. (2013). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Qu'en savons-nous? Perspective infirmière, 10(4), 36-39.
- Gareri et al. (2013). Use and safety of antipsychotics in behavioral disorders in elderly people with dementia. Journal of Clinical Psychopharmacology. DOI : 10.1097/JCP.0b013e3182a6096e
- Gil-Ruiz et al. (2013). An effective environmental intervention for management of the « mirror sign » in a case of probable Lewy body dementia. Neurocase: The neural basis of cognition, 19(1), 1-13.
- Green, L., Matos, P., Murillo, I., Neushotz, L., Popeo, D., Aloysi, A., . . . Fitzpatrick, J. J. (2011). Use of dolls as a therapeutic intervention: relationship to previous negative behaviors and pro re nata (prn) Haldol use among geropsychiatric inpatients. Arch Psychiatr Nurs, 25, 388-389. doi: 10.1016/j.apnu.2011.05.003
- HAS (2008). Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Haute autorité de santé. France.
- Hessler, J. B., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Junge, M. N., Leonhardt, S., Weber, J., & Bickel, H. (2017). Behavioural and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: results of the General Hospital Study. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 1-10. doi:10.1017/S2045796016001098
- Husebo et al. (2013). The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. American Journal for Geriatric Psychiatry, http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.006
- Huybrechts, K. F., Rothman, K. J., Brookhart, M. A., Silliman, R. A., Crystal, S., Gerhard, T., & Schneeweiss, S. (2012). Variation in antipsychotic treatment choice across US nursing homes. J Clin Psychopharmacol, 32, 11-17. doi: 10.1097/JCP.0b013e31823f6f46
- Jensen-Dahm, C.; Werner, M.U., Dahl, J.B., Staehelin Jensen, T., Ballegaard, M., Hejl, A-M., Waldemar, G. (2014). Quantitative sensory testing and pain tolerance in patients with mild to moderate Alzheimer disease compared to healthy control subjects. PAIN, 155, 1439-1445.
- Kverno et al. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. International Psychogeriatrics, 21(5), 825-843.
- Landreville, P., Bédard, A., Verreault, R., Desrosiers, J., Champoux, N., Monette, J., Voyer, P. (2006). Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities: A review. International Psychogeriatrics, 17, 1-27.
- Larson, E.B. (2010). Prospects for delaying the rising tide of worldwide, late-life dementias. International psychogeriatrics, 22(8), 1196-1202.
- Lee, J., Monette, J., Sourial, N., Monette, M., Bergman, H. (2007). The use of a cholinesterase inhibitor review committee in long-term care. Journal of the American Medical Directors Association, 8, 243-247.
- Levinoff, E.J. (2007). Vascular dementi and Alzheimer's disease: diagnosis and risk factors. Geriatrics & Aging, 10(1), 36-41.

- Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. (2014) Non pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. Br J Psychiatry.Dec; 205 (6):436-42.
- Malara A, De Biase GA, Bettarini F, et al. (2016) Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Journal of Alzheimer's disease : JAD;50(4):1217-1225.
- Maust, D. T., Kim, H. M., Seyfried, L. S., Chiang, C., Kavanagh, J., Schneider, L. S., & Kales, H. C. (2015). Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. JAMA Psychiatry, 72(5), 438-445. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3018
- McCusker, J., Cole, M.G., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., Vu, M., Belzile, E., Bai, C. (2016). Six-month trajectories of self-reported depressive symptoms in long-term care. International Psychogeriatrics, 28(1), 71-81.
- MDC (2008) Knowledge and skills needed for dementia care. Michigan dementia coaliation [MDC]. Dementia competencies workgroup. Michigan
- Ministère de la santé et des services sociaux. Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 31 p.
- Ministère de la santé et des services sociaux. Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 38 p.
- 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.
- Mitchell, S.L., Teno, J.M., Kiely, D.K., Shaffer, M.L., Jones, R.N., Prigerson, H.G., Volicer, L., Givens, J.L., Hamel, M.B. (2009). The clinical course of advanced dementia. New England Journ al of Medicine, 361 (16), 1529-1538.
- Neumann, R. D., Faris, P., & Klassen, R. (2015). Examining Trends in the Administration of "As Needed" Medications to Inpatients With Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®, 30(3), 247-256. doi:doi:10.1177/1533317515585924
- Ortoleva Bucher, C., Dubuc, N., von Gunten, A., Trottier, L., & Morin, D. (2016). Development and validation of clinical profiles of patients hospitalized due to behavioral and psychological symptoms of dementia. BMC Psychiatry, 16, 261. doi:10.1186/s12888-016-0966-7
- Padilla et al. (2013). The effectiveness of control strategies for dementia-driven wandering, preventing escape attemps : a case report. International Psychogeriatrics, 25(3), 500-504.
- Pan et al., (2014). Antipsychotic discontinuation in patients with dementia: A systematic review and meta-analysis of published randomized controlled studies. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 37, 125-140.
- Pulsford, D., Duxubury, A., Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. Journal of psychiatric and mental health nursing, 18, 97-104.
- Rapp et al. (2013). Agitation in nursing home residents with dementia (VIDEANT Trial): Effects of a cluster-randomized, controlled, guideline implementation trial. JAMDA, http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.017
- Rey, S., Voyer, P., Juneau, L. (2016). Prise en charge des SCPD. Perspective infirmière, 13(4), 56-60.
- Robinson et al. (2007). Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: A systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry, 22, 9-22.

- Rosen et al. (2008a). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. Aggressive Violent behaviors, 13(2), 77-87.
- Rosen et al. (2008b). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: Insights from focus groups of nursing home residents and staff. JAGS, 56(8), 1398-1408.
- Rosen et al (2010). Sexual Aggression between residents in nursing homes: Literature synthesis of an underrecognized problem. JAGS, 58 (10), 1070-1079.
- Thomas, S., Dalton, J., Harden, M., Eastwood, A., & Parker, G. (2017). Updated meta-review of evidence on support for carers. Health Serv Deliv Res, 5(12), 130. doi:10.3310/hsdr05120
- Thyrian, J. R., Eichler, T., Hertel, J., Wucherer, D., Dreier, A., Michalowsky, B., . . . Hoffmann, W. (2015). Burden of Behavioral and Psychiatric Symptoms in People Screened Positive for Dementia in Primary Care: Results of the DelpHi-Study. J Alzheimers Dis, 46(2), 451-459. doi:10.3233/JAD-143114
- Valle Padilla et al (2013). The effectiveness of control strategies for dementia-driven wadering, preventing escape attempts : a case report. International Psychogeriatrics, 25(3), 500-504.
- van der Spek, K., Gerritsen, D. L., Smalbrugge, M., Nelissen-Vrancken, M. H., Wetzels, R. B., Smeets, C. H., . . . Koopmans, R. T. (2016). Only 10% of the psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia is fully appropriate. The PROPER I-study. Int Psychogeriatr, 28(10), 1589-1595. doi:10.1017/S104161021600082X
- Vernooij-Dassen M, Draskovic I, McCleery J, Downs M. Cognitive reframing for carers of people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No. : CD005318. DOI : 10.1002/14651858.CD005318.pub2.
- Watson-Wolfe et al. (2013). Application of the antipsychotic use in dementia assessment audit tool to facilitate appropriate antipsychotic use in long term care residents with dementia. Geriatric Nursing, http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.09.002
- Voyer, P. (2017). L'Université Laval, le CEVQ du CIUSSS de la Capitale National et le plan Alzheimer sur les SCPD. Le Journal de l'AMPQ, 20(2), 19-20.
- Voyer, P. (2015). Communicating with people with dementia : Avoiding mistakes. Canadian Nurse, 111(5), 10.
- Voyer P, McCusker J, Cole MG, Monette J, Champoux N, Ciampi A, Belzile E, Richard H. (2015). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: How Long Does Every Behavior Last, and Are Particular Behaviors Associated With PRN Antipsychotic Agent Use? Journal of Gerontological Nursing, 41(1), 22-37.
- White, N., Leurent, B., Lord, K., Scott, S., Jones, L., & Sampson, E. L. (2016). The management of behavioural and psychological symptoms of dementia in the acute general medical hospital: a longitudinal cohort study. Int J Geriatr Psychiatry. doi:10.1002/gps.4463

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les troubles du comportement : intégration des notions avancées

Philippe Voyer, inf. Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Il est bien connu que les troubles neurocognitifs majeurs (Alzheimer, Corps de Lewy, fronto-temporale, vasculaire) entraînent des pertes cognitives, mais elles s'accompagnent également de troubles du comportement (errance, crie, résistance aux soins, etc.). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont désormais l'appellation officielle des troubles du comportement apparaissant dans le cours de la démence. Parmi les symptômes psychologiques, on retrouve les hallucinations, les illusions, les idées délirantes, l'anxiété et la dépression; tandis que les symptômes comportementaux font référence à l'errance, l'agitation verbale et motrice, les comportements agressifs, la résistance aux soins, etc. Les SCPD sont présents autant au domicile que dans les milieux cliniques qui accueillent des aînés atteints de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). Les SCPD sont reconnus pour entraîner des conséquences néfastes chez l'aîné et ses proches ainsi que chez les soignants. Bien que les SCPD apparaissent chez pratiquement tous les aînés atteints de TNCM, il y a des moyens pour en réduire la fréquence, la sévérité et les conséquences.

Cette formation est **accessible uniquement aux participants qui ont suivi la formation portant sur les notions essentielles de base sur les SCPD offerte par le CEVQ**. La présente formation vise à mobiliser les savoir de la première formation sur les SCPD et aller plus loin sur le plan des interventions non-pharmacologiques. Afin de mobiliser les savoirs de la première formation, le formateur soumettra différentes situations cliniques aux participants qui devront sélectionner l'approche la plus pertinente et justifier leurs décisions. De plus, des cas réels seront soumis aux participants. Ces derniers devront en équipe analyser les cas et soumettre des plans d'interventions. Ces plans seront par la suite comparer aux plans d'interventions réels qui avaient été utilisés. À partir de ces documents, des échanges seront favoriser afin d'expliquer les décisions cliniques et permettre ainsi l'intégration des savoirs. Enfin, de nouvelles interventions non-pharmacologiques seront présentées aux participants.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de permettre aux participants de mobiliser leurs connaissances et d'approfondir leurs savoirs sur la prévention, l'évaluation et le traitement des SCPD.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse à toutes personnes qui donnent des soins à un aîné atteint de SCPD qui **ont suivi la formation portant sur les notions essentielles de base sur les SCPD offerte par le CEVQ**.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner les capsules suivantes : 21, 28, 29 et 30 qui se trouvent à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org. Ces capsules web permettront aux participants de maîtriser les différentes de la prise en charge des SCPD.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	▪ Sélectionner avec assurance la bonne approche aux contextes et aux SCPD présents.	Mobilisation des savoirs suivants : ▪ Approche de base ▪ Écoute active adaptée ▪ Les stratégies décisionnelles ▪ La méthode discontinue ▪ Environnement ▪ Histoire biographique ▪ Diversion ▪ Validation ▪ Recadrage ▪ Toucher affectif ▪ Gestion du refus	▪ Multiples mises en situations ▪ Échanges en groupe	Présentation des études récentes de Cohen-Mansfield
10 h – 10 h 20	**Pause**			

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	**Autres informations jugées pertinentes**
10 h 20 – 12 h	▪ Rédiger un plan d'intervention en situation de SCPD	▪ Les documents suivants sont remis aux participants pour 6 cas réels : o collecte des données initiales, profil pharmacologique, histoire biographique, examen clinique de 2e ligne. ▪ Les participants doivent rédiger un plan d'interventions	▪ Travail en équipe ▪ Exposés interactifs ▪ Discussion de leurs plans d'intervention. ▪ Présentation du plan d'intervention qui avait été réellement utilisé et de son efficacité.	▪ Les participants vont rédiger 6 plans d'intervention au courant de la formation. ▪ À partir de leurs plans d'intervention, il sera possible d'offrir une rétroaction adaptée à leurs forces et limites.
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 15 h	– suite	**Les situations cliniques à la base des plans d'interventions sont les suivantes :** Cas 1. Fait demandes répétées, très autoritaire avec les		

Horaire	Objectifs spécifiques *Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :*	Contenus	Activités d'apprentissage *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	Autres informations jugées pertinentes
		intervenants et les autres résidents, beaucoup d'impatience. Demande présence constante des intervenants. Besoin d'être rassurée constamment. Se lève à plusieurs reprises la nuit. Crie, agressivité verbale, verbalise des peurs. Demande à son père de venir la chercher. Cas 2. Agitation psychomotrice, errance invasive, agressivité physique surtout si contraintes physiques ou environnementales. Situation complexifié car cas d'infection ERV (entérocoques résistants à la vancomycine). Cas 3. Résistance aux soins. Agitation physique et verbale sans		

Horaire	Objectifs spécifiques *Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :*	Contenus	Activités d'apprentissage *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	Autres informations jugées pertinentes
		agressivité : errance invasive, déplacement des meubles et d'objets, risque de fugue, siffle en tout temps. Agitation physique et verbale avec agressivité : Plus facilement irritable le soir et ne suit plus les consignes. Cas 4. En cours d'hospitalisation, il présente de la résistance aux soins (hygiène, habillage), Problèmes de comportement : crie, frappe, Présence de signes précurseurs : grimace, serre les dents, visage fermé. En centre d'hébergement, il était sous surveillance en permanence en raison des comportements d'agressivité et errance. Bracelet anti-		

Horaire	Objectifs spécifiques *Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :*	Contenus	Activités d'apprentissage *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	Autres informations jugées pertinentes
		fugue au poignet. Reçoit parfois des soins par 5 intervenants en même temps : 4 pour le tenir et 1 pour donner les soins. Il est réputé comme étant dangereux dans le milieu clinique. Cas 5. A des propos à connotation sexuelle et fait des avances sexuelles verbales et physiques. Agressivité verbale (injures, sacres) envers certains intervenants Cas 6. Agitation verbale : sons et mots. Certains mots compréhensibles mais pas son discours. Agitation verbale débute à partir de 14h environ. Reste toujours en chambre car dérange trop les autres.		

Horaire	Objectifs spécifiques ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	Contenus	Activités d'apprentissage ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	Autres informations jugées pertinentes
		Reçoit PRN quasi quotidiennement.		
15 h – 15 h 15	**Pause**			
15 h 15 – 16 h 00	▪ suite			
16 h 20 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Saint-Laurent (QC) : PEARSON-ERPI. 753 pages. Chapitres :
    - 27 : Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
    - 28 : La résistance aux soins
    - 29 : LA résistance aux soins d'hygiène
    - 30 : L'agitation verbale
    - 31 : Les comportements agressifs
    - 32 : L'errance
    - 33 : Le syndrome crépusculaire
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Montréal : EDISEM inc.
- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Articles scientifiques

- American Geriatrics Society. (2012). A guide to the management of psychotic disorders and neuropsychiatric symptoms of dementia in older alduts. Retrieved 2014-06-17, 2014, from http://dementia.americangeriatrics.org/GeriPsych_index.php
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2016). The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. Virginia, United States: American Psychiatric Association.
- Azermai et al. (2012). Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. Ageing Research Reviews, 11, 78-86.
- Baker, J. A., Keady, J., Hardman, P., Kay, J., Jones, L., & Jolley, D. (2010). Psychotropic PRN use among older people's inpatient mental health services: PRN and older people. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17(5), 463-468. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01546.x
- Ballard C, Orrell M, YongZhong S, et al. (2016) Impact of Antipsychotic Review and Nonpharmacological Intervention on Antipsychotic Use, Neuropsychiatric Symptoms, and Mortality in People With Dementia Living in Nursing Homes: A Factorial

Cluster Randomized Controlled Trial by the Well-Being and Health for People With Dementia (WHELD) Program. The American journal of psychiatry;173(3):252-262.
- Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., Jones, E. (2011). Alzheimer's disease. Lancet, 377, 1019-1031.
- Bauer, U., Pitzer, S., Schreier, M. M., Osterbrink, J., Alzner, R., & Iglseder, B. (2016). Pain treatment for nursing home residents differs according to cognitive state – a cross-sectional study. BMC Geriatrics, 16, 124. doi:10.1186/s12877-016-0295-1
- Bédard, A., Landreville, P., Voyer, P., Verreault, R., Vézina, J. (2013). Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs. Ageing and Mental Health, DOI: 10.1080/13607863.2011.569480
- Bharani, N., Snowden, M. (2005). Evidence-based interventions for nursing home residents with dementia-related behavioral symptoms. Psychiatric clinics of North America, 28, 985-1005.
- Brazil, K., Maitland, J., Walker, M., & Curtis, A. (2013). The character of behavioural symptoms on admission to three Canadian long-term care homes. Aging & Mental Health, 17(8), 1059-1066. doi: 10.1080/13607863.2013.807423
- Burns et al. (2009). Bright light therapy for agitation in dementia: arandomized controlled trial. Internation Psychogeriatrics, 21(4), 711-721.
- Caspi, E. (2013). Aggressive behaviors between residents with dementia in an assisted living residence. Dementia : DOI : 10.1177/1471301213502588
- CCCDTD (2007). Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia. Montreal. http://www.cccdtd.ca/
- Chapman, S.B., Weiner, M.F., Rackley, A., Hynan, L.S., Zientz, J. (2004). Effects of cognitive-communication stimulation for Alzheimer's disease patients treated with donepezil. Journal of Speech, Language and Hearing rsearch, 47, 1149-1163.
- Cipriani et al. (2011). Aggressive behavior in patients with dementia: Correlates and management. Geriatrics and Gerontology International, 11, 408-413.
- Cohen-Mansfield et al. (2012). Efficacyof nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: A randomized, placebo-controlled trial. Journal of Clinical psychiatry, 73(9), 1255-1261.
- Cohen-Mansfield et al. (2012). The relationships of environment and personal characteristics to agitated behaviors in nursing home residents with dementia. Journal of Clinical psychiatry, 73(3), 392-399.
- Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., Marx, M. S., Thein, K., & Regier, N. G. (2015). Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? Psychiatry Res, 228(1), 59-64. doi:10.1016/j.psychres.2015.03.043
- Cornegé-Blokland et al. (2012). Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: A survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses and family caregivers. JAMDA, doi:10.1016/j.jamda.2010.10.004
- Declercq T et al. (2013). Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No. : CD007726. DOI : 10.1002/14651858.CD007726.pub2
- D'Onofrio G, Panza F, Sancarlo D, et al. (2016) Delusions in Patients with Alzheimer's Disease: A Multidimensional Approach. Journal of Alzheimer's disease : JAD;51(2):427-437.

- Draper, B., & International Psychogeriatric Association, I. P. A. (2012). The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) (3rd edition ed.). Northfield, Illinois, É.-U.: Draper, Brian.
- Ebbing, Karsten. (2016). Symptômes comportementaux et psychologiques dans les démences : quelles alternatives à la
- pharmacothérapie? Rev Med Suisse 12 : 786-789.
- Feldman, H.H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Schipper, H.M., Blair, M., Kertesz, A., Chertkow, H. (2008).
- Diagnosis and treatment of dementia: diagnosis. Canadian Medical Association Journal, 178(7), 825-836.
- Fraser, T., & Tilyard, M. (2010). Antipsychotics for Dementia. Best Practice Guide. In Bpac (Ed.). Dunedin, New Zealand.
- Fraser, J., Landreville, P., Voyer, P., Carmichael, P.H. (2014). Structure factorielle d'une version française du Nursing Home Behavior Problem scale. Candian Journal on Aging, 33(2), 163-175.
- Gagné, C., Voyer, P. (2013). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Qu'en savons-nous? Perspective infirmière, 10(4), 36-39.
- Gareri et al. (2013). Use and safety of antipsychotics in behavioral disorders in elderly people with dementia. Journal of Clinical Psychopharmacology. DOI : 10.1097/JCP.0b013e3182a6096e
- Gil-Ruiz et al. (2013). An effective environmental intervention for management of the « mirror sign » in a case of probable Lewy body dementia. Neurocase: The neural basis of cognition, 19(1), 1-13.
- Green, L., Matos, P., Murillo, I., Neushotz, L., Popeo, D., Aloysi, A., . . . Fitzpatrick, J. J. (2011). Use of dolls as a therapeutic intervention: relationship to previous negative behaviors and pro re nata (prn) Haldol use among geropsychiatric inpatients. Arch Psychiatr Nurs, 25, 388-389. doi: 10.1016/j.apnu.2011.05.003
- HAS (2008). Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Haute autorité de santé. France.
- Husebo et al. (2013). The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. American Journal for Geriatric Psychiatry, http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.006
- Huybrechts, K. F., Rothman, K. J., Brookhart, M. A., Silliman, R. A., Crystal, S., Gerhard, T., & Schneeweiss, S. (2012). Variation in antipsychotic treatment choice across US nursing homes. J Clin Psychopharmacol, 32, 11-17. doi: 10.1097/JCP.0b013e31823f6f46
- Kazui, H., Yoshiyama, K., Kanemoto, H., Suzuki, Y., Sato, S., Hashimoto, M., . . . Tanaka, T. (2016). Differences of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Disease Severity in Four Major Dementias. PLoS ONE, 11(8), e0161092. doi:10.1371/journal.pone.0161092
- Kverno et al. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. International Psychogeriatrics, 21(5), 825-843.
- Jensen-Dahm, C.; Werner, M.U., Dahl, J.B., Staehelin Jensen, T., Ballegaard, M., Hejl, A-M., Waldemar, G. (2014). Quantitative
- sensory testing and pain tolerance in patients with mild to moderate Alzheimer disease compared to healthy control subjects.
- PAIN, 155, 1439-1445.

- Landreville, P., Bédard, A., Verreault, R., Desrosiers, J., Champoux, N., Monette, J., Voyer, P. (2006). Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities: A review. International Psychogeriatrics, 17, 1-27.
- Larson, E.B. (2010). Prospects for delaying the rising tide of worldwide, late-life dementias. International psychogeriatrics, 22(8), 1196-1202.
- Lee, J., Monette, J., Sourial, N., Monette, M., Bergman, H. (2007). The use of a cholinesterase inhibitor review committee in long-term care. Journal of the American Medical Directors Association, 8, 243-247.
- Levinoff, E.J. (2007). Vascular dementi and Alzheimer's disease: diagnosis and risk factors. Geriatrics & Aging, 10(1), 36-41.
- Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. (2014) Non pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. Br J Psychiatry.Dec; 205 (6):436-42.
- Malara A, De Biase GA, Bettarini F, et al. (2016) Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Journal of Alzheimer's disease : JAD;50(4):1217-1225.
- McCusker, J., Cole, M.G., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., Vu, M., Belzile, E., Bai, C. (2016). Six-month trajectories of self-reported depressive symptoms in long-term care. International Psychogeriatrics, 28(1), 71-81.
- MDC (2008) Knowledge and skills needed for dementia care. Michigan dementia coaliation [MDC]. Dementia competencies workgroup. Michigan
- MInistère de la santé et des services sociaux. Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 31 p.
- Ministère de la santé et des services sociaux. Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 38 p.
- 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.
- Mitchell, S.L., Teno, J.M., Kiely, D.K., Shaffer, M.L., Jones, R.N., Prigerson, H.G., Volicer, L., Givens, J.L., Hamel, M.B. (2009). The clinical course of advanced dementia. New England Journ al of Medicine, 361 (16), 1529-1538.
- Neumann RD, Faris P, Klassen R. Examining Trends in the Administration of "As Needed" Medications to Inpatients With Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®. 2015;30(3):247-256.
- Ortoleva Bucher, C., Dubuc, N., von Gunten, A., Trottier, L., & Morin, D. (2016). Development and validation of clinical profiles of patients hospitalized due to behavioral and psychological symptoms of dementia. BMC Psychiatry, 16, 261. doi:10.1186/s12888-016-0966-7
- Padilla et al. (2013). The effectiveness of control strategies for dementia-driven wandering, preventing escape attemps : a case report. International Psychogeriatrics, 25(3), 500-504.
- Pan et al., (2014). Antipsychotic discontinuation in patients with dementia: A systematic review and meta-analysis of published randomized controlled studies. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 37, 125-140.

- Pieper MJC, Francke A, van der Steen JT, et al. (2016) Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. Journal of the American Geriatrics Society;64(2):261-269.
- Pulsford, D., Duxubury, A., Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. Journal of psychiatric and mental health nursing, 18, 97-104.
- Rapp et al. (2013). Agitation in nursing home residents with dementia (VIDEANT Trial): Effects of a cluster-randomized, controlled, guideline implementation trial. JAMDA, http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.017
- Rey, S., Voyer, P., Juneau, L. (2016). Prise en charge des SCPD. Perspective infirmière, 13(4), 56-60.
- Robinson et al. (2007). Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: A systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry, 22, 9-22.
- Rosen et al. (2008a). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. Aggressive Violent behaviors, 13(2), 77-87.
- Rosen et al. (2008b). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: Insights from focus groups of nursing home residents and staff. JAGS, 56(8), 1398-1408.
- Rosen et al (2010). Sexual Aggression between residents in nursing homes: Literature synthesis of an underrecognized problem. JAGS, 58 (10), 1070-1079.
- Valle Padilla et al (2013). The effectiveness of control strategies for dementia-driven wadering, preventing escape attempts : a case report. International Psychogeriatrics, 25(3), 500-504.
- van der Spek K, Gerritsen DL, Smalbrugge M, et al. (2016) Only 10% of the psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia is fully appropriate. The PROPER I-study. International psychogeriatrics;28(10):1589-1595.
- Vernooij-Dassen M, Draskovic I, McCleery J, Downs M. Cognitive reframing for carers of people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No. : CD005318. DOI : 10.1002/14651858.CD005318.pub2.
- Voyer, P. (2017). L'Université Laval, le CEVQ du CIUSSS de la Capitale National et le plan Alzheimer sur les SCPD. Le Journal de l'AMPQ, 20(2), 19-20.
- Voyer, P. (2015). Communicating with people with dementia : Avoiding mistakes. Canadian Nurse, 111(5), 10.
- Voyer P, McCusker J, Cole MG, Monette J, Champoux N, Ciampi A, Belzile E, Richard H. (2015). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: How Long Does Every Behavior Last, and Are Particular Behaviors Associated With PRN Antipsychotic Agent Use? Journal of Gerontological Nursing, 41(1), 22-37.
- Watson-Wolfe et al. (2013). Application of the antipsychotic use in dementia assessment audit tool to facilitate appropriate antipsychotic use in long term care residents with dementia. Geriatric Nursing, http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.09.002
- White, N., Leurent, B., Lord, K., Scott, S., Jones, L., & Sampson, E. L. (2016). The management of behavioural and psychological symptoms of dementia in the acute general medical hospital: a longitudinal cohort study. Int J Geriatr Psychiatry. doi:10.1002/gps.4463

Le vieillissement, les troubles cognitifs, la maladie d'Alzheimer et l'approche de l'aîné présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Philippe Voyer, inf. Ph.D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION

ABRÉGÉ

Avec le vieillissement de la population, les aînés se retrouvent de façon majoritaire dans le système de santé. Les professionnels de la santé doivent ainsi être en mesure de communiquer efficacement avec les aînés en tenant compte des changements normaux à survenir sur le plan cognitif avec le vieillissement. De même, ils doivent adapter leur façon de donner l'enseignement afin de favoriser l'apprentissage chez les aînés. En adaptant leur façon de faire, les professionnels de la santé vont favoriser l'autonomie et l'indépendance des aînés. En effet, car une communication sous-optimale et un enseignement inadapté diminuent les chances des aînés d'être autonome dans la prise en charge de leur santé.
Par ailleurs, avec l'avancement en âge, le risque de développer la maladie d'Alzheimer est accru. Encore une fois, il est essentiel que les professionnels de la santé comprennent bien cette pathologie afin de favoriser un accompagnement de qualité. Par exemples, ils doivent maîtriser les approches optimales de communication afin d'éviter de provoquer des réactions d'anxiété, de peur et d'agitation chez l'aîné atteint de trouble cognitif. Une approche rapide et inadaptée peut faire apparaître des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Les hallucinations, les illusions, les idées délirantes et l'errance, l'agitation verbale et motrice, les comportements agressifs, la résistance aux soins sont les manifestations cliniques des SCPD. Ces derniers sont présents autant au domicile que dans les milieux cliniques qui accueillent des aînés atteints de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). Les SCPD sont reconnus pour entraîner des conséquences néfastes chez l'aîné et ses proches ainsi que chez les soignants.

Dans le cadre de cette formation, les connaissances fondamentales concernant la communication et l'enseignement auprès des aînés seront d'abord présentées. Par la suite, la maladie d'Alzheimer et son évolution clinique seront décrits afin de permettre aux soignants de distinguer les comportements attendus versus les comportements qui méritent une investigation. Enfin, les moyens de prévention des SCPD et les multiples options thérapeutiques seront discutés. De même, l'utilité des antipsychotiques, des benzodiazépines et des contentions physiques sera discutée dans le contexte des SCPD.

LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est d'illustrer le rôle de l'équipe soignante concernant les SCPD et d'habiliter les participantes et participants à assumer pleinement leurs fonctions, en matière de prévention, d'évaluation et de traitement.

CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse à toutes personnes qui donnent des soins aux aînés en général, aux aînés atteints de la maladie d'Alzheimer et ceux présentant des SCPD.

ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE (30 MINUTES HORS CLASSE)

Pour les besoins de cette formation, le formateur demande aux participants de visionner les capsules suivantes : 7, 13, 21, 28, 29 et 30 qui se trouvent à l'adresse suivante : www.philippevoyer.org. Ces capsules web permettront aux participants de maîtriser les différentes de la prise en charge des SCPD.

PLAN DE LA JOURNÉE

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	**Autres informations jugées pertinentes**
8 h 30 – 10 h	• Comprendre l'effet du vieillissement sur la cognition • Adapter sa façon de communiquer • Ajuster ses stratégies d'enseignement auprès des aînés	• Impact du vieillissement sur la cognition • Facteurs liés à la communication ○ Environnement ○ Aîné ○ Soignant • Principes d'enseignement ○ Attention soutenue ○ Concentration ○ Mémoire de travail ○ Fonction exécutive	▪ Étude de cas sur l'enseignement dans le cas d'un insuffisant cardiaque	
10 h – 10 h 15	**Pause**			
10 h 15 – 11 h	• Décrire la maladie d'Alzheimer et son impact sur la personne	• Changements cognitifs • Impacts sur l'humeur (hippocampe et amygdale) • Échelle de Reisberg		▪ Vidéo de patient lors du bain

Horaire	**Objectifs spécifiques** ***Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :***	**Contenus**	**Activités d'apprentissage** ***Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.***	**Autres informations jugées pertinentes**
11 h – 12 h	• Comprendre la signification des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD)	• Définition des SCPD – Prévalence – Conséquences • Modèle conceptuel : – Modèle Algase • Principes généraux de la prise en charge des SPCD selon les données probantes	▪ Exposés interactifs ▪ Études de cas	▪ Mises en situation sont présentées pour aborder ce contenu.
12 h – 13 h	**Dîner**			
13 h – 15 h	• Décrire les moyens pour prévenir les SCPD • Décrire les moyens d'intervention au quotidien	• Approche de base • Écoute active adaptée • Les stratégies décisionnelles • La méthode discontinue • Environnement • Histoire biographique • Diversion • Validation • Toucher affectif • Gestion du refus • Recadrage	▪ Exposés interactifs ▪ Vidéos ▪ Études de cas	▪ Questions sur la situation du patient qui présente des idées délirantes ▪ Questions visant à permettre aux participants de sélectionner la bonne approche
15 h – 15 h 15	**Pause**			
15 h 15 – 16 h 25	• Décrire les traitements des SCPD	Traitements des SCPD et des troubles du comportement • Interventions pharmacologiques et contentions physiques o Antipsychotiques	▪ Exposés interactifs ▪ Études de cas ▪ Vidéos	▪ Mises en situation

Horaire	Objectifs spécifiques *Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :*	Contenus	Activités d'apprentissage *Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.*	Autres informations jugées pertinentes
		○ Benzodiazépines • Interventions alternatives pour les causes suivantes ○ Ennui : présentation des différentes options avec emphase sur ▪ Thérapies occupationnelles ▪ Stimulation sensorielle • Autres interventions : ○ Besoin d'attention et le renforcement positif ○ Douleur et lavage à la serviette (méthode spa) et analgésie		
16 h 25 – 16 h 30	▪ Conclusion			▪ Évaluation

BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

Livres

- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Saint-Laurent (QC) : PEARSON-ERPI. 753 pages. Chapitres :
    - 27 : Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
    - 28 : La résistance aux soins
    - 29 : LA résistance aux soins d'hygiène
    - 30 : L'agitation verbale
    - 31 : Les comportements agressifs
    - 32 : L'errance
    - 33 : Le syndrome crépusculaire
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Montréal : EDISEM inc.
- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné, 2e édition – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 425 p.

Articles scientifiques

- American Geriatrics Society. (2012). A guide to the management of psychotic disorders and neuropsychiatric symptoms of dementia in older alduts. Retrieved 2014-06-17, 2014, from http://dementia.americangeriatrics.org/GeriPsych_index.php
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Azermai et al. (2012). Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. Ageing Research Reviews, 11, 78-86.
- Baker, J. A., Keady, J., Hardman, P., Kay, J., Jones, L., & Jolley, D. (2010). Psychotropic PRN use among older people's inpatient mental health services: PRN and older people. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17(5), 463-468. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01546.x
- Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., Jones, E. (2011). Alzheimer's disease. Lancet, 377, 1019-1031.
- Bédard, A., Landreville, P., Voyer, P., Verreault, R., Vézina, J. (2013). Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs. Ageing and Mental Health, DOI: 10.1080/13607863.2011.569480

- Bharani, N., Snowden, M. (2005). Evidence-based interventions for nursing home residents with dementia-related behavioral symptoms. Psychiatric clinics of North America, 28, 985-1005.
- Brazil, K., Maitland, J., Walker, M., & Curtis, A. (2013). The character of behavioural symptoms on admission to three Canadian long-term care homes. Aging & Mental Health, 17(8), 1059-1066. doi: 10.1080/13607863.2013.807423
- Brodaty, H., Connors, M. H., Xu, J., Woodward, M., Ames, D., & group, P. s. (2015). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: a 3-year longitudinal study. J Am Med Dir Assoc, 16(5), 380-387. doi:10.1016/j.jamda.2014.12.018
- Burns et al. (2009). Bright light therapy for agitation in dementia: arandomized controlled trial. Internation Psychogeriatrics, 21(4), 711-721.
- Carson, N., et al. (2018). "A re-examination of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) cutoff scores." Int J Geriatr Psychiatry 33(2): 379-388.
- Caspi, E. (2013). Aggressive behaviors between residents with dementia in an assisted living residence. Dementia : DOI : 10.1177/1471301213502588
- CCCDTD (2007). Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia. Montreal. http://www.cccdtd.ca/
- Chapman, S.B., Weiner, M.F., Rackley, A., Hynan, L.S., Zientz, J. (2004). Effects of cognitive-communication stimulation for Alzheimer's disease patients treated with donepezil. Journal of Speech, Language and Hearing rsearch, 47, 1149-1163.
- Cipriani et al. (2011). Aggressive behavior in patients with dementia: Correlates and management. Geriatrics and Gerontology International, 11, 408-413.
- Cohen-Mansfield et al. (2012). Efficacyof nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: A randomized, placebo-controlled trial. Journal of Clinical psychiatry, 73(9), 1255-1261.
- Cohen-Mansfield et al. (2012). The relationships of environment and personal characteristics to agitated behaviors in nursing home residents with dementia. Journal of Clinical psychiatry, 73(3), 392-399.
- Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., Marx, M. S., Thein, K., & Regier, N. G. (2015). Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? Psychiatry Res, 228(1), 59-64. doi:10.1016/j.psychres.2015.03.043
- Cornegé-Blokland et al. (2012). Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: A survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses and family caregivers. JAMDA, doi:10.1016/j.jamda.2010.10.004
- Declercq T et al. (2013). Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No. : CD007726. DOI : 10.1002/14651858.CD007726.pub2
- Draper, B., & International Psychogeriatric Association, I. P. A. (2012). The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) (3rd edition ed.). Northfield, Illinois, É.-U.: Draper, Brian.
- Dyer, A. H., et al. (2018). "Cognitive assessment of older adults in general practice: the collateral history." Ir J Med Sci 187(3): 683-687.
- Ellis, M., & Astell, A. (2017). Communicating with people living with dementia who are nonverbal: The creation of Adaptive Interaction. PLoS ONE, 12(8), e0180395. doi:10.1371/journal.pone.0180395
- Feldman, H.H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Schipper, H.M., Blair, M., Kertesz, A., Chertkow, H. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: diagnosis. Canadian Medical Association Journal, 178(7), 825-836.

- Fraser, T., & Tilyard, M. (2010). Antipsychotics for Dementia. Best Practice Guide. In Bpac (Ed.). Dunedin, New Zealand.
- Fraser, J., Landreville, P., Voyer, P., Carmichael, P.H. (2014). Structure factorielle d'une version française du Nursing Home Behavior Problem scale. Candian Journal on Aging, 33(2), 163-175.
- Frenette, L. C., et al. (2018). "Early detection of cognitive impairments with the Montreal Cognitive Assessment in patients with uncomplicated and complicated mild traumatic brain injury." Brain Inj: 1-9.
- Gagné, C., Voyer, P. (2013). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Qu'en savons-nous? Perspective infirmière, 10(4), 36-39.
- Gareri et al. (2013). Use and safety of antipsychotics in behavioral disorders in elderly people with dementia. Journal of Clinical Psychopharmacology. DOI : 10.1097/JCP.0b013e3182a6096e
- Gil-Ruiz et al. (2013). An effective environmental intervention for management of the « mirror sign » in a case of probable Lewy body dementia. Neurocase: The neural basis of cognition, 19(1), 1-13.
- Goldberg, A., Straus, S. E., Hamid, J. S., & Wong, C. L. (2015). Room transfers and the risk of delirium incidence amongst hospitalized elderly medical patients: a case–control study. BMC Geriatrics, 15. doi:10.1186/s12877-015-0070-8
- Green, L., Matos, P., Murillo, I., Neushotz, L., Popeo, D., Aloysi, A., . . . Fitzpatrick, J. J. (2011). Use of dolls as a therapeutic intervention: relationship to previous negative behaviors and pro re nata (prn) Haldol use among geropsychiatric inpatients. Arch Psychiatr Nurs, 25, 388-389. doi: 10.1016/j.apnu.2011.05.003
- HAS (2008). Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Haute autorité de santé. France.
- Herrmann, N., Harimoto, T., Balshaw, R., Lanctot, K. L., & Canadian Outcomes Study in Dementia, I. (2015). Risk Factors for Progression of Alzheimer Disease in a Canadian Population: The Canadian Outcomes Study in Dementia (COSID). Can J Psychiatry, 60(4), 189-199. doi:10.1177/070674371506000406
- Husebo et al. (2013). The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. American Journal for Geriatric Psychiatry, http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.006
- Huybrechts, K. F., Rothman, K. J., Brookhart, M. A., Silliman, R. A., Crystal, S., Gerhard, T., & Schneeweiss, S. (2012). Variation in antipsychotic treatment choice across US nursing homes. J Clin Psychopharmacol, 32, 11-17. doi: 10.1097/JCP.0b013e31823f6f46
- Kang, J. M., et al. (2018). "Montreal cognitive assessment reflects cognitive reserve." BMC Geriatr 18(1): 261.
- Kessels, R. P. C. (2018). "Improving precision in neuropsychological assessment: bridging the gap between classic paper-and-pencil tests and paradigms from cognitive neuroscience." Clin Neuropsychol: 1-12.
- Kverno et al. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. International Psychogeriatrics, 21(5), 825-843.
- Landreville, P., Bédard, A., Verreault, R., Desrosiers, J., Champoux, N., Monette, J., Voyer, P. (2006). Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities: A review. International Psychogeriatrics, 17, 1-27.
- Larson, E.B. (2010). Prospects for delaying the rising tide of worldwide, late-life dementias. International psychogeriatrics, 22(8), 1196-1202.

- Lee, J., Monette, J., Sourial, N., Monette, M., Bergman, H. (2007). The use of a cholinesterase inhibitor review committee in long-term care. Journal of the American Medical Directors Association, 8, 243-247.
- Lethin, C., Leino-Kilpi, H., Roe, B., Soto, M. M., Saks, K., Stephan, A., . . . on behalf of the RightTimePlaceCare, C. (2016). Formal support for informal caregivers to older persons with dementia through the course of the disease: an exploratory, cross-sectional study. BMC Geriatrics, 16, 32. doi:10.1186/s12877-016-0210-9
- Levinoff, E.J. (2007). Vascular dementia and Alzheimer's disease: diagnosis and risk factors. Geriatrics & Aging, 10(1), 36-41.
- Liao, W., Hamel, R. E. G., Olde Rikkert, M. G. M., Oosterveld, S. M., Aalten, P., Verhey, F. R. J., . . . Melis, R. J. F. (2016). A profile of The Clinical Course of Cognition and Comorbidity in Mild Cognitive Impairment and Dementia Study (The 4C study): two complementary longitudinal, clinical cohorts in the Netherlands. BMC Neurol, 16, 242. doi:10.1186/s12883-016-0750-9
- Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., . . . Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. J Alzheimers Dis, 50(4), 1217-1225. doi:10.3233/JAD-150808
- McGilton, K. S., Rochon, E., Sidani, S., Shaw, A., Ben-David, B. M., Saragosa, M., . . . 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 and Other Dementias, 32(1), 41-50. doi:10.1177/1533317516680899
- MDC (2008) Knowledge and skills needed for dementia care. Michigan dementia coaliation [MDC]. Dementia competencies workgroup. Michigan
- Ministère de la santé et des services sociaux. Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 31 p.
- Ministère de la santé et des services sociaux. Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 38 p.
- 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.
- Mitchell, S.L., Teno, J.M., Kiely, D.K., Shaffer, M.L., Jones, R.N., Prigerson, H.G., Volicer, L., Givens, J.L., Hamel, M.B. (2009). The clinical course of advanced dementia. New England Journ al of Medicine, 361 (16), 1529-1538.
- Padilla et al. (2013). The effectiveness of control strategies for dementia-driven wandering, preventing escape attemps : a case report. International Psychogeriatrics, 25(3), 500-504.
- Pan et al., (2014). Antipsychotic discontinuation in patients with dementia: A systematic review and meta-analysis of published randomized controlled studies. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 37, 125-140.
- Pulsford, D., Duxubury, A., Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. Journal of psychiatric and mental health nursing, 18, 97-104.
- Rapp et al. (2013). Agitation in nursing home residents with dementia (VIDEANT Trial): Effects of a cluster-randomized, controlled, guideline implementation trial. JAMDA, http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.017
- Robinson et al. (2007). Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: A systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry, 22, 9-22.

- Rosen et al. (2008a). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. Aggressive Violent behaviors, 13(2), 77-87.
- Rosen et al. (2008b). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: Insights from focus groups of nursing home residents and staff. JAGS, 56(8), 1398-1408.
- Rosen et al (2010). Sexual Aggression between residents in nursing homes: Literature synthesis of an underrecognized problem. JAGS, 58 (10), 1070-1079.
- Savva, G. M., & Arthur, A. (2015). Who has undiagnosed dementia? A cross-sectional analysis of participants of the Aging, Demographics and Memory Study. Age and Ageing, 44(4), 642-647. doi:10.1093/ageing/afv020
- Schmitt, A. L., Livingston, R. B., Goette, W. F., & Galusha-Glasscock, J. M. (2016). Relationship Between the Mini-Mental State Examination and the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status in Patients Referred for a Dementia Evaluation. Perceptual & Motor Skills, 123(3), 606-623. doi:10.1177/0031512516667674
- Valle Padilla et al (2013). The effectiveness of control strategies for dementia-driven wadering, preventing escape attempts : a case report. International Psychogeriatrics, 25(3), 500-504.
- Vernooij-Dassen M, Draskovic I, McCleery J, Downs M. Cognitive reframing for carers of people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No. : CD005318. DOI : 10.1002/14651858.CD005318.pub2.
- Watson-Wolfe et al. (2013). Application of the antipsychotic use in dementia assessment audit tool to facilitate appropriate antipsychotic use in long term care residents with dementia. Geriatric Nursing, http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.09.002
- Voyer, P. (2015). Communicating with people with dementia : Avoiding mistakes. Canadian Nurse, 111(5), 10.
- Voyer P, McCusker J, Cole MG, Monette J, Champoux N, Ciampi A, Belzile E, Richard H. (2015). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: How Long Does Every Behavior Last, and Are Particular Behaviors Associated With PRN Antipsychotic Agent Use? Journal of Gerontological Nursing, 41(1), 22-37.
- Watson Wolfe, K., Watson Wolfe, E., Galik, J., & Klinedinst, N. (2014). Application of the Antipsychotic Use in Dementia Assessment audit tool to facilitate appropriate antipsychotic use in long term care residents with dementia. Geriatric Nursing, 35(1), 71-76.
- White, N., Leurent, B., Lord, K., Scott, S., Jones, L., & Sampson, E. L. (2016). The management of behavioural and psychological symptoms of dementia in the acute general medical hospital: a longitudinal cohort study. Int J Geriatr Psychiatry. doi:10.1002/gps.4463
- Yevchak, A. M., Han, J. H., Doherty, K., Archambault, E. G., Kelly, B., Chandrasekhar, R., . . . Rudolph, J. L. (2015). Impaired Arousal in Older Adults Is Associated With Prolonged Hospital Stay and Discharge to Skilled Nursing Facility. Journal of the American Medical Directors Association, 16(7), 586-589. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.01.093