



## **LISTE DES VISIOCONFÉRENCES**

### **PROGRAMMATION 2019 – 2020**

**AOÛT 2019**

## Table des matières

### **Visioconférences de 3 h 15**

|   |     |
|---|-----|
| Troubles neurocognitifs majeurs et comportement d'agressivité extrême : Mieux intervenir pour diminuer l'escalade d'agressivité .....                         | 4   |
| Le suicide et les personnes âgées : approche clinique et psychodynamique .....  | 10  |
| Mise à jour des connaissances pour une meilleure pratique dans le soin des plaies aux aînés .....   | 16  |
| Notes au dossier : Reflet de la pratique infirmière contemporaine .....   | 24  |
| Connaissances incontournables pour mieux intervenir auprès d'usagers présentant une déficience intellectuelle ou des troubles de santé mentale en CHSLD ..... | 29  |
| Problèmes bucco-dentaires des aînés : Intervenir pour prévenir .....  | 35  |
| Ergothérapie et gestion des risques à domicile .....  | 43  |
| Le trouble cognitif léger (mild cognitive impairment) chez les aînés : approche cognitive pour l'évaluation en 2 <sup>e</sup> ligne .....                     | 50  |
| Utilisation de tests brefs pour la détection d'un trouble cognitif chez les aînés .....   | 55  |
| Les troubles du langage associés au vieillissement pathologique : caractérisation et détection en clinique de première ligne .....                            | 60  |
| L'approche adaptée à la personne âgée .....   | 64  |
| Conduite automobile et aîné : une vieille habitude ? .....  | 72  |
| Le delirium chez l'aîné : comment éviter la confusion en tant que médecin ? .....   | 79  |
| Les troubles neurocognitifs majeurs chez l'aîné : démarche clinique pour que le médecin n'oublie rien ! .....   | 85  |
| Les désordres électrolytiques en gériatrie : pour mettre du sel dans la journée du médecin ! .....  | 92  |
| Dépister, évaluer et traiter la douleur chez l'aîné .....   | 97  |
| Éclairage LED en gériatrie: faire la lumière sur les considérations Légales, Éthiques et Déontologiques les plus fréquentes lors des soins aux aînés .....    | 104 |
| Examens complémentaires en gériatrie : discerner la normale de l'anormal ! .....  | 111 |
| L'incontinence urinaire chez l'aîné : « Retenir l'essentiel ! » .....   | 115 |

|   |     |
|---|-----|
| Maladie de Parkinson : un diagnostic qui ne doit pas faire trembler le médecin !.....                 | 121 |
| Médicaments et aînés : prescrire ou proscrire ? .....   | 129 |
| La perte d'autonomie chez l'aîné : un défi pour le médecin aussi ! .....                              | 135 |
| "Tomber vieux" : les chutes chez l'aîné. Aider le médecin à ne pas perdre pied !.....                 | 144 |
| Les troubles du sommeil chez l'ainé : pour ne plus en faire de l'insomnie ! .....                     | 151 |
| Soins de longue durée: rôles de l'équipe de soins dans la prise en charge de l'état nutritionnel..... | 159 |
| Les anémies nutritionnelles chez les aînés : savoir les reconnaître et les prendre en charge.....     | 164 |
| Maltraitance envers les aînés: Du repérage à l'intervention.....                                      | 170 |

**Troubles neurocognitifs majeurs et comportement d'agressivité extrême : Mieux intervenir pour diminuer l'escalade d'agressivité**

**Stéphane Bouffard**, inf. B. Sc., évaluateur ministériel de la qualité des milieux de vie  
**Karine Labarre**, inf. M. Sc., Directrice des soins infirmiers, Résidence Humanitae

---

**INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**  
**ABRÉGÉ**

---

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

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

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

---

**LES BUTS DE LA FORMATION**

---

Cette formation vise à permettre l'acquisition de connaissances sur l'approche de base et les stratégies d'interventions lorsqu'une personne âgée atteinte de démence présente un comportement d'agressivité extrême.

## CLIENTELE CIBLE

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

## PLAN DE LA JOURNÉE

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

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>                   | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>  |
|---|--|---|--|--|
|   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Distinction physiologique d'un comportement d'agressivité extrême en situation de démence versus psychiatrique</li> </ul>  |  | <p>programme de formation AGIR</p> <p>Questions posées sur la description des comportements d'agressivité extrême</p>  |
| <b>9 h 15 – 9 h 45</b>  | Présenter les principes de l'approche de base de communication auprès la personne âgée et les stratégies d'interventions | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Principes d'entrer en relation</li> <li>➤ Principes de communication</li> <li>➤ Influence des facteurs environnementaux</li> <li>➤ Stratégies d'intervention :<br/>Recadrage, validation<br/>Écoute active adaptée<br/>Diversion<br/>Renforcement positif</li> </ul> | Exposé interactif  | <p>Lien avec le document du MSSS sur l'Approche non pharmacologique visant le traitement des SCPD</p> <p>Questions en lien avec des situations cliniques</p> |
| <b>9 h 45 – 10 h 05</b>   | <b>Pause</b>   |   |  |  |
| <b>10 h 05 – 10 h 35</b>  | Suite  | ➤ Suite   | Suite  | Suite  |
| <b>10 h 35 – 11 h 30</b>  | Transférer les connaissances apprises dans des situations cliniques  | ➤ Présentation de vignettes cliniques de situation d'agressivité extrême intégrant les stratégies d'interventions   | Étude de cas   | Présentation d'un tableau synthèse d'interventions adaptées<br>Exercices interactifs avec le groupe  |
| <b>11 h 30 – 11 h 45</b>  | Conclusion et échange  |   |  | Évaluation   |

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

### Cadre de référence

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

### Livres

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

## Articles scientifiques

- Agmon, M., Armon, G., Denesh, S., & Dumas, M. (2018). The role of gender in the association between personality and task priority in older adults' dual-tasking while walking. *BMC geriatrics*, 18(1), 1.
- Amella, E.J. (2004). Presentation of Illness in Older Adults. *American Journal of Nursing*, 104 (10), 40-51.
- Barrett, P., Sharma, M., & Zeisel, J. (2018). Optimal spaces for those living with dementia: principles and evidence. *Building Research & Information*, 1-13.
- Baldinger, P., Höflich, A.S., Mitterhauser, M., Hahn, A., Rami-Mark, C., Spies, M., Wadsak, W., Lanzenberg, R., Kasper, S. (2014). Effects of Silexan on the serotonin-1A receptor and microstructure of the human brain: a randomized, placebo-controlled, double-blind, cross-over study with molecular and structural neuroimaging. *International journal on neuropsychopharmacology*, 1-9.
- Beck, C., Frank, L., Chumler, N.R., O'Sullivan, P., Vogelpohl, T.S., Rasin, J., Walls, R. et Baldwin, B. (1998). Correlates of disruptive behaviour in severely cognitively impaired nursing home resident. *The Gerontologist*, 38 (2), 189-198.
- Brodaty, H., Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of psychiatry*, 169, 946-953.
- Clark, M.E., Lipe, A., Bilbrey. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 1998; 24(7):10-17
- Duxbury, J. & al. (2013). Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20, 792-800.
- Enmaker, I., Olsen, R., Hellzen, O. (2010). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International Journal of Older people Nursing*, June 6 (2), 153-162.
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *British Medical Journal* 350 : h369.
- Landreville, P., Bordes, M., Dicaire, L, et Verreault, R. (1998). Behavioral agitation in residents of long-term-care facilities: critical review and suggestions for future research. *International Psychogeriatrics*, 10 (4), 397-419.
- Lang, P.O., Boland, B., Dalleur, O. (2015). Prescription médicamenteuse inappropriée: les nouveaux critères STOPP/START. *Revue médicale Suisse*, novembre (11), 2115-2123.
- Legere, L. E., McNeill, S., Schindel Martin, L., Acorn, M., & An, D. (2018). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1360-e1376. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1111/jocn.14007>
- Margallo-Lana, M., Swann, A., O'Brien, J., Fairbairn, A., Reichelt, K., Potkins, P., Mynt, P. et Ballard, C. (2001). Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 39-44.
- Mitchell, G. (2014). Use of doll therapy for people with dementia: an overview. *Nursing older people*, 26 (4).

- Moyle, W., Cooke, M.L., Beattie, E., Shum, D.H.K., O'Dwyer, S.T., Barret, S. (2014). Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A randomised controlled trial. *International journal of nursing*, 51, 856-864.
- Nybakken, S., Strandås, M., & Bondas, T. (2018). Caregivers' perceptions of aggressive behaviour in nursing home residents living with dementia: A meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 74(12), 2713-2726.
- Oppikofer, S., Geschwindner, H. (2014). Nursing interventions in cases of agitation and dementia. *Dementia* 13, 306.
- Pulsford, D., Duxbury, J. A., Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18, 97-104.
- Reeve, E., Molin, P., Hui, A., & Rockwood, K. (2017). Exploration of verbal repetition in people with dementia using an online symptom-tracking tool. *International psychogeriatrics*, 29(6), 959-966.
- Pulsford, D., Duxbury, J. A., Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18, 97-104.
- Saidlitz, P., Sourdet, S., Vellas, B., Voisin, T. (2014). Prise en charge des symptômes psychocomportementaux de la démence en unité spécialisée. *Ger psychol neuropsychiatrie vieil*, 12 (4), 371-378.
- Schiaratura, L. T., Di Pastena, A., Askevis-Leherpeux, F., Clément, S. (2015). Expression verbale et gestualité dans la maladie d'Alzheimer : une étude en situation d'interaction sociale. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 13 (1), 97-105.
- Seitz, P.D., Gill, S.S., Herrmann, N., Brisbin, S., Rapoport, M. J., Rines, J., Wilson, K., Le Clair, K., Conn, D. K. (2013). Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 25 (2) 185–203.
- Speziale, J. & al. (2009). Moving forward: evaluating a curriculum for managing responsive behaviors in a geriatric psychiatry inpatient population. *The Gerontologist* 49 (4), 570-576.
- Subramanian, B., Parsons, H., Finner, P., Townsend, R. (2014). Empathy dolls: are they a source of cross-contamination between patients? *Journal of Hospital Infection* 87, 50-53.
- Talerico, K. A., Evans, L. K., Strumpf, N. E. (2002). Mental health correlates of aggression in nursing home residents with dementia. *The Gerontologist* 42 (2), 169-177.
- Yusupov, A., Galvin, J.E. (2014). Vocalization in dementia: a case report and review of the literature. *Case reports in neurology* 6, 126-133.

## **Le suicide et les personnes âgées : approche clinique et psychodynamique**

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

---

### **INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

#### **ABRÉGÉ**

---

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

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

---

### **LES BUTS DE LA FORMATION**

---

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

---

### **CLIENTÈLE CIBLE**

---

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

## PLAN DE LA JOURNÉE

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

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

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

- Adam, E. (1996) La personne âgée et son besoin d'éviter le danger pour elle-même et pour autrui. Dans S. Lauzon, E. Adam, La personne âgée et ses besoins : interventions infirmières. (pp 105-109).Montréal : ERPI.
- Amyot, A. (1996) La dépression chez la personne âgée. Dans J. Leblanc, Démystifier les maladies mentales. Les dépressions et les troubles affectifs cycliques. (pp215-229) Montréal : Gaétan Morin Ed.
- Bibeau, G. Au nom de l'humain : penser au suicide dans ses sources profondes. Santé mentale au Québec. 2012. XXXVII . (pp 257-270).
- Boisvert, W. (2006).Document présenté dans le cadre de a conférence : Le patient sans rendez-vous. Université de Montréal.
- Bruine de Bruin,W. Dombrowski, A. Parker,A et al.(2016) Late life depression, suicidal ideation, and attempted suicide : The role of individual differences in maximizing regret and negative decision outcomes. Journal of behavioral decision making. Vol29 (40, oct 2016, 363-371).
- Brulé, M. Cloutier, L. (2002) L'examen clinique dans la pratique infirmière. ERPI. (pp.88-105 et pp.636-667)
- Chang, Q. Chan, C et Yip, P.(2017) A meta-analytic review on social relationships and ideation among older adults. Social science and medicine. 191, 65-76.
- Charazac, M.(2007). Le suicide des personnes âgées dans prévenir le suicide : clinique et prise en charge. DUNOD.
- Conejero, I. Olie, E. Courtet, P. Calati, R.(2018) Suicide in older adults : current perspectives. Clinical interventions in aging.13, 691-699.
- Cossette, R. (1996) La personne âgée et son besoin de se vêtir et de se dévêtir. Dans S. Lauzon, E. Adam. La personne âgée et ses besoins : interventions infirmières. (pp 500-528) Montréal. ERPI.
- Curac, S. Vassor, I. Burnod, A. (2014) Le sujet âgé suicidant en médecine d'urgence préhospitalière. Lapresse médicale. Tome 43,no 5.
- Dubé , D. (2006) Humaniser la vieillesse. Éditions Multimondes.
- Fréchette, M. Gauthier' B. (1998) Suicide. Dans P. Lalonde, F. Grunberg et col, Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale (pp 787-788) Montréal : Morin Ed
- Fullen, M.Mobilizing the community to prevent older adult suicide. Illness crisis and loss. Vol 24 (3), juil 2016,155-169.
- Garand, L. Mitchell, A. Dietrick, A. Hijawi, S. Di Pan. (2007). Suicide in older adults : nursing assessment of suicide risk.
- Grek, A. (2006). Clinical management of suicidality in the elderly : an opportunity for involvement in the lives of older patients. The Canadian journal of psychiatry. Vol 52. no6. sup 1.
- Harwood, D. Jacoby, R. (2006) Suicide chez le sujet âgé. EMC.
- Hasif, C. Bordage, C. Cornec, G et al. (2014) Crise suicidaire, souffrance psychique et avancée en âge. Soins gérontologiques. No 107.
- Hazif-Thomas, C. Décaieux, S. Thomas, P. (2006). Dépression du sujet âgé et risque suicidaire. Soins psychiatriques. No 246.
- Heisel, J.M. (2006).Suicide among older adults. Canadian journal of psychiatry. Vol 51, no3.

- Heisel, J.M. Flett, G.L. (2006) The development and initial validation of geriatric suicide ideation scale. *The American journal of geriatric*.
- Heisel, M et Fleet, G.(2016) Investigating the psychometric properties of the geriatric suicide ideation scale among community-residing older adults. *Aging and mental health*. Vol20 (2), 208-221.
- Heisel M. Talbot, N. King, D. (2015) Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide. *Am. J Geriatric psychiatry* 23:1.
- Jacobs, G.D. Brewer, M.L.(2006). Application of the APA practice guidelines on suicide to clinical practice. *CNS Spectrums*. Vol11. no 6.
- Koyama,A et al.(2015) Suicidal ideation and related factors dementia patients. *Journal of affective disorders*. 178, 66-70.
- Lafleur, C. Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Les presses de l'Université de Québec.
- Lapierre, S. Dubé, M. Bouffard, L et Alain, M.(2010) *Réalisation de buts personnels : une approche novatrice du suicide*. Mars.
- Lévesque, L (2001) L'approche relationnelle d'accompagnement de la personne atteinte de troubles cognitifs. *L'infirmière du Québec*.(pp29-37).
- Manthorpe, J.(2006) Suicide among older adults. *Canadian journal of psychiatry*. Vol 17. no 10.
- Myung, H. Subin, P. Hochang, B. Ramsey, c et al.(2015) Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psycho-oncology* 24: 601-607.
- *Nationales guidelines for seniors mental health*.(2006). The assessment of suicide risk and prevention of suicide. Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées.
- Ngamini, N. Vasiliadis, H, Prévile, M et al .(2015) Individual and area-level factors correlated with death by suicide in older adults. *Preventive medicine* 75, 44-48.
- Okolie, C.Dennis, M. Thomas, E.John, A.(2017) A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International psychogeriatrics* .29-11, 1101-1824.
- Pope, M. et West, A (2014) Legal briefing : voluntarily stopping eating and drinking. *The journal of clinical ethics*. Vol 25, no 1, 68-80.
- Pope,A.(2017) A psychological history of ageism and its implications for elder suicide. *Rational suicide in the elderly*.(63-72)
- Prévile, M. Boyer, R. Hébert, R. Bravo, G. Séguin, M. (2005) Correlates of suicide in the older adult population in Québec. *Suicide life threatening behavior*. Vol 35.
- Richard-Devantoy,S. Szanto, K. Butters, M et al. (2015) Cognitive inhibition in older high-lethality suicide attempters. *Int. J. geriatric psychiatry* 2 :30: 274-283.
- Richard-Devantoy, S. Turecki, G et Jollant, F. (2016) Neurobiology of elderly suicide.*Archives of suicide research*. Vol20 (3), 291-313.
- Sanna, L. Stuart, A. Pasco, J et al. (2014) Suicidal ideation and physical illness : Does the link lie with depression? *Journal of affective disorders*. 152-154.422-426.

- Séguin et al. (2012) L'apport de la recherche en psychologie dans la compréhension complexe de l'étiologie du suicide. Santé mentale au Québec. XXXVII. (pp 95-105).
- Shea, S.C. (2008) Evaluation du potentiel suicidaire : comment intervenir pour prévenir. Masson.
- Szanto, K. Hallquist, M. Crockett, M et al. (2014) The cost of social punishment and high-lethality suicide attempts in the second half of life. Vol 29, no 1, 84-94.
- Van Orden, K. Wiktorson, S. Duberstein, P et al.(2015) Reasons for attempted suicide in later life. Am. J. Geriatric psychiatry 23:5, 535-544.
- Vézina, J. Cappelez, P. Landreville, P.(1994) Suicide. Dans Vézina, J. Cappelez, P. Landreville, P. Psychologie gériatologique.(pp 349-369) Montréal. Gaétan Morin Ed.
- Voshaar, R. Van der Veen, D. Hunt, I et Kapur, N. (2016) Suicide in late life depression with and without comorbid anxiety disorders. International journal of geriatric psychiatry. 31.146-152.

**Mise à jour des connaissances pour une meilleure pratique dans le soin des plaies aux aînés**

**Julien Côté**, inf., B. Sc., Stomothérapeute, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

**ABRÉGÉ**

Depuis la mise en application de la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mise en vigueur en janvier 2003, le législateur reconnaît à l'infirmière le rôle d'évaluer l'état de santé des personnes, de déterminer et d'assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et de prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux. De façon spécifique, « elle détermine le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodigue les soins et les traitements qui s'y rattachent ». (Réf : OIIQ 2003) Déterminer le plan de traitement veut notamment dire décider des mesures préventives, du traitement local, des mesures d'asepsie, des mesures visant à soulager la douleur, des éléments de surveillance, des éléments d'enseignement à l'utilisateur et à la famille et enfin, d'une consultation ou d'une orientation vers d'autres professionnels.

Par ailleurs, il est reconnu que les plaies peuvent perturber les activités de la vie quotidienne ce qui peut contribuer à réduire l'autonomie fonctionnelle de l'aîné. Il devient alors primordial de reconnaître les modifications de la peau associées au processus de vieillissement normal afin de ne pas retarder ou nuire au processus de cicatrisation.

Dans le cadre de cette formation à distance de type visioconférence, les infirmières et infirmiers pourront acquérir des connaissances et des habiletés de base concernant l'évaluation des personnes âgées avec une plaie. Ils pourront également baser leur pratique sur les données probantes et les lignes directrices en matière du soin et utiliser les différentes technologies disponibles ainsi que les diverses formes de pansements dans leur milieu clinique. Ce cours vise également à permettre aux infirmières et infirmiers de mettre à jour leurs connaissances en la matière et d'entreprendre des actions plus structurées en regard de leur utilisation et de l'application de traitement et de pansements. Cette formation respecte l'encadrement de l'Association canadienne du soin des plaies CAWC. O.I.I.Q., RAO, CAET.

## LES BUTS DE LA FORMATION

Le but de cette formation est de permettre aux médecins, infirmières et infirmières auxiliaires de revoir les notions de base dans les soins de plaies et les particularités propres aux aînés.

## CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers.

## PLAN DE LA JOURNÉE

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><br><b>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</b>  | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>   |
|---|---|--|--|---|
| <b>8 h 30 – 9 h 30</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaître le cadre légal de pratique reconnu à l'infirmière au regard du soin de plaies</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Activités réservées selon la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pré-test</li> <li>▪ Exposés interactifs</li> </ul>                                      | Relation entre la loi modifiant le code des professions (loi 90) et l'exercice infirmier en soin de plaies. |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire les notions théoriques relatives au processus normal de cicatrisation</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Particularité du processus de cicatrisation</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposés interactifs</li> </ul>  | Utilisation d'images  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconnaître les diverses modifications anatomiques et physiologiques de la peau entraînées par le</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caractéristiques de la peau chez l'aîné</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposés interactifs</li> <li>▪ Exposés</li> </ul>                                       | Des exemples sont présentés pour illustrer le lien en les plaies et le vieillissement normal de la peau.    |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><br><b><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i></b>                                       | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>  |
|---|---|---|--|--|
|   | processus de vieillissement normal  |   |  |  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Énumérer les facteurs favorisant l'apparition d'une plaie ou nuisant à la cicatrisation d'une plaie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation des facteurs intrinsèques, extrinsèques et iatrogènes</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposés interactifs</li> </ul>  | <i>Des questions sont posées</i>   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Différencier les différents stades d'une plaie de pression</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation de la nomenclature utilisée par le <i>National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)</i></li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposés interactifs</li> </ul>  | Présentation de photographies de plaies pour illustrer chaque stade.                                 |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaître les caractéristiques cliniques des ulcères des membres inférieurs</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation des caractéristiques cliniques des ulcères veineux, des ulcères artériels et des ulcères neuropathiques (tableau)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposés interactifs</li> </ul>  | Présentation de photographies pour les différentes catégories d'ulcères et d'un tableau synthèse     |
| <b>9 h 30 – 10 h 10</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nommer les principes fondamentaux entourant le soin des plaies</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recommandations des pratiques exemplaires selon l'association Canadienne du soin des plaies (2006)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposés interactifs</li> </ul>  | Un algorithme est présenté afin d'illustrer les principes fondamentaux entourant le soin des plaies. |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Préciser les éléments d'évaluation de la plaie</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation d'une plaie : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dimension</li> <li>▪ Lit de la plaie</li> <li>▪ Bords de la plaie</li> <li>▪ Pourtour de la plaie</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposés interactifs</li> </ul>  | Utilisation de photographies illustrant les éléments d'évaluation                                    |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><br><b>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</b>                                    | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>   |
|---|---|--|--|---|
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exsudat</li> <li>▪ Odeur</li> <li>▪ Culture</li> <li>▪ Indice cheville bras</li> <li>▪ Monofilament</li> </ul>  |  |   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nommer les éléments spécifiques à considérer lors de l'évaluation de la plaie chez l'aîné</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation des particularités de l'aîné</li> <li>▪ Relâchement de la couche corné qui facilite l'entrée des substances toxiques</li> <li>▪ La perte de l'eau transépidermique</li> <li>▪ La peau à moins de résistance au traumatisme de friction et de cisaillement</li> <li>▪ La peau perd son élasticité</li> <li>▪ Diminution de la transmission des stimuli sensoriels.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposés interactifs</li> </ul>  | Utilisation de photographies illustrant les particularités  |
| <b>10 h 10 – 10 h 20</b>  | <b>Pause</b>  |  |  |   |
| <b>10 h 20 – 10 h 45</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Énumérer les principaux objectifs de traitement à partir de l'évaluation de la plaie</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nettoyer la plaie</li> <li>▪ Débrider la plaie</li> <li>▪ Contrôler l'exsudat</li> <li>▪ Comblent l'espace mort</li> <li>▪ Minimiser la croissance bactérienne</li> <li>▪ Favoriser et protéger la granulation</li> <li>▪ Encourager l'épithélialisation</li> <li>▪ Prévenir la déshydratation</li> <li>▪ Protéger la peau environnante</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposés interactifs</li> </ul>  | Présentation d'un outil qui permet à l'infirmière de faire le lien entre les objectifs de traitement et les pansements. |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>   | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>                      |
|---|--|---|--|--|
|   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soulager la douleur</li> <li>▪ Réduire les odeurs</li> <li>▪ Réduire l'œdème</li> <li>▪ Éliminer les causes externes,</li> <li>▪ Agir sur les facteurs associés</li> <li>▪ Diminuer la fréquence des changements de pansement</li> </ul>   |  |  |
| <b>10 h 45 – 11 h 30</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utiliser les pansements en fonction des objectifs ciblés</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pansements de rétentions d'humidité</li> <li>▪ Les hydratants</li> <li>▪ Pansements absorbants</li> <li>▪ Pansements anti-odeur</li> <li>▪ Pansements anti-adhésifs</li> <li>▪ Produits pour plaies colonisées ou infectées</li> <li>▪ Tulle médicamenteux</li> <li>▪ Pansements hydrosélectifs</li> <li>▪ Pansements bioactifs</li> <li>▪ Barrières cutanées</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposés interactifs</li> </ul>  | Présentation d'images représentant chaque catégorie de pansements. |
| <b>11 h 30 – 11 h 45</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conclusion</li> </ul>   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en situation</li> </ul>  | Échange en groupe  |

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

### Lignes directrices

- Disponible sur le site internet du Registered Nurses Association of Ontario à l'adresse suivante : <http://rnao.ca/>
- Alliance (2014) Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline.
- Botros, M, Kuhnke, J, Embil, J, et al. (2017). Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Diabetic Foot Ulcers. Wounds Canada [ [info@woundscanada.ca](mailto:info@woundscanada.ca)]
- Norton, L, et al. (2017). Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Pressure Injuries, Wounds Canada, [<https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/172-bpr-prevention-and-management-of-pressure-injuries-2/file>]
- Ordre des infirmières et infirmiers 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, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 486 p.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003), Le plan de traitement lié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la loi modifiant le Code des professionnels et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, OIIQ, p. 31-35

### Livres

- Association québécoises des établissements de santé et de services sociaux, (2006). Oser une nouvelle vision des soins de plaies. Montréal.
- Bryant, R.A, Nix, D.P. (2016) Acute and chronic wounds, current management concepts, St-Louis, Missouri.
- Lewis, Heitkemper, Dirksen (2006) Medical Surgical Nursing in Canada : Canadian Edotors, Sandra Goldsworthy, Maureen A. Barry Mosby Elsevier
- Posthauer M.E. et al. (2015). The Role of Nutrition for Pressure Ulcer Management: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance White Paper. Advances in Skin & Wound Care; Vol. 28 No 4; 175-188.
- Prevention and treatment of pressure ulcers clinical practice guideline. Second edition published 2014.
- Ordre des Infirmières et des infirmiers du Québec, (2010). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières : mise à jour du guide d'application publié en 2003. Westmount : OIIQ.
- Ordre des Infirmières et des infirmiers du Québec. (2007). Les soins de plaies: Au cœur du savoir infirmier. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- S. Meaume, L.Théot, O.Dereure (2005) Plaies et cicatrisations. Masson
- Tortora Grabowski. (2001). Principes d'anatomie et de physiologie

- Voyer, P. (2013). Soins Infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. 2e édition. Québec. Éditions du renouveau pédagogique inc.

## Articles scientifiques

- Association canadienne du soin des plaies; [www.cawc.net](http://www.cawc.net)
- Ayello, E.A., Carville, K., Fletcher, J., Keast, D., Leaper, D., Lindholm, C., Lazaro Martinez, J.L., Mavanni, S., McBain, A., & al. (2012). Du bon usage des pansements à l'argent dans les soins de plaies. Consensus International. Wounds International.
- Bakker K. et al. L'année du pied diabétique, Diabetes Voice. 2005; 50 (1).
- Briggs M. et al. The Prevalence of Leg Ulceration : A review of the literature. European Wound Management Association Journal. 2003; 3 (2) : 14-20.
- Brölmann, F.E., Ubbink, DT, Nelson, E.A., Munte, C.M. & van der Horst, A.M. (2012). Evidence-based decisions for local and systemic wound care, British Journal of Surgery, 99, 1172-1183.
- Colin D. et al. Epidémiologie de l'escarre chez le sujet âgé. L'Escarre 2000; (8) : 9-12.
- Dereure O. et al. De la clinique à la biologie : plaies difficiles : définition et circonstances. In Symposium Retard de cicatrisation, de l'expérience à l'innovation. CPC 2008; Paris, le 28 janvier.
- Edsberg, LE. et autres. (2017). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. JWOCN, vol. 43, no 6, p. 585-597.
- Graham ID. et al. Prevalence of lower-limb ulceration : A systematic review of prevalence studies.
- International Wound Infection Institute. Wound infection in clinical practice. Principles of best practice 2016
- Laura E. Edsberg, Joyce M. Black, Margaret Goldberg, Laurie McNichol, Lynn Moore, Mary Sieggreen. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. JWOCN. 2017, 43 (6): 585-597
- LeBlanc, K., et autres. (2016). The Art of Dressing Selection : A Consensus Statement on Skin Tears and Best Practice. Advances in Skin & Wound Care, vol. 1, p. 32-46
- Martin JA, Woo KY (2017). Clinical Characteristics of Mixed Arteriovenous Leg Ulcers. JWOCN. Vol. 44, No. 1, p. 41-46.
- LeBlanc, K., Dawn C., Heather L. Orsted, HL. & Keast, DH, (2008). Pratiques recommandées pour la prévention et le traitement des déchirures cutanées, Wound Care Canada, 4(1), 32-52.
- Keast, DH, Parslow, N., Houghton, P.E., Norton, L., & 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, 4(1), 87-98.
- Lazarus, G. S., Cooper, D. M., Knighton, D. R., Margolis, D. J., Percoraro, R. E., Rodeheaver, G., et al. (1994). Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. Wound repair and regeneration, 2(3), 165-170.
- McGinnis, E., & Stubbs, N., (2011). Pressure-relieving devices for treating heel pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 9.
- Meaume S. et al. Plaies chroniques, ulcères de jambe. in Plaies et cicatrisations. Ed Masson, 2005. page141.

- Orsted, HL., et autres. (2017). Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Wounds. WoundsCanada. [mailto:info@woundscanada.ca].
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). Assessment and Management of Pressure Injuries for the Interprofessional Team, Third Edition.
- Reiber GE. Et al. Risk factors for amputations in patients with diabetes mellitus. Ann Intern Med 1992; 117 : 97-105
- Sibbald RG, Goodman L, Woo KY, Krasner DL, Smart H, Tariq G, Ayello EA, Burrell RE, Keast DH, Mayer D, Norton L & Salcido RS, (2011). Special considerations in wound bed preparation 2011: an update. Adv Skin Wound Care, 24(9):415-36;
- Sibbald RG, Krasner DL, Lutz JB & al, (2009). The SCALE Expert Panel: Skin Changes At Life's End. Final Consensus Disponible sur le site internet du nursing center à l'adresse suivante : <http://www.nursingcenter.com>
- Sibbald, R.G., Orsted, H.L., Coutts, P.M., 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 RG, Orsted HL, Schultz GS, Coutts P, Keast DH., (2003). Preparing the wound bed. Focus on infection and inflammation. Ostomy/Wound Management.49(11), 24-51.
- Sibbald, R. G., Browne, A. C., Coutts, P., & Queen, D. (2001). Screening evaluation of an ionized nanocrystalline silver dressing in chronic wound care. Ostomy/Wound Management, 47, 38-43.
- St-Cyr, Diane et Luce Martineau. L'ulcère du pied diabétique – Partie 1. Perspective Infirmière. 2017, 14 (1): 35-42.
- St-Cyr, Diane et Luce Martineau. L'ulcère du pied diabétique – Partie 2. Perspective Infirmière. 2017, 14 (2): 38-46.
- Widgerow, Alan David, (2012). Deconstructing the stalled Wound, Wounds, 24(3), 58-66
- Wound, Ostomy and Continence Nurses (2005). « Conservative Sharp Wound Debridement: Procedure, Competencies and Training».
- Ying-Ling Jao, Sue E., Lucas J. Carr. Measuring Weight-Bearing Activities in Patients With Previous Diabetic Foot Ulcers. JWOCN. 2017; 44 (1): 34-40.

**Notes au dossier : Reflet de la pratique infirmière contemporaine**

**Nancy Cyr**, inf., M.Sc., conseillère cadre en soins infirmiers, CIUSSS de la Capitale-Nationale  
**Lise Laliberté**, inf. B.Sc., infirmière clinicienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale

---

**INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

**ABRÉGÉ**

---

Le nouveau champ d'exercice de l'infirmière et les 17 activités réservées s'y rattachant reflètent un rôle accru en matière de santé. De manière plus précise, les deux premières activités réservées concernent particulièrement l'examen clinique. Il va sans dire qu'évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique implique le jugement clinique et doit dépasser l'étape de la collecte de données. En effet, l'infirmière doit également procéder à une évaluation infirmière qui inclut un examen clinique.

La note au dossier doit être le reflet de cette compétence infirmière. En plus d'être pertinente, claire et complète, elle doit aussi traduire avec exactitude les résultats de l'examen clinique. Ainsi, toutes les données qui ont amené au constat et aux directives infirmières (PTI) doivent s'y retrouver.

Dans le cadre de cette formation, les caractéristiques d'une note au dossier seront abordées. Nous présenterons également les standards de rédaction dans le contexte d'un examen clinique en situation aiguë et en situation de suivi ainsi que dans d'autres contextes de soins. Des vignettes cliniques permettront d'intégrer cette matière.

---

**LES BUTS DE LA FORMATION**

---

Augmenter les connaissances des infirmières en regard de la rédaction des notes au dossier.

Habiliter les infirmières à rédiger des notes lors d'un examen clinique en situation aiguë, lors d'un examen clinique en situation de suivi et en tout autre contexte.

---

**CLIENTELE CIBLE**

---

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmiers.

## PLAN DE LA JOURNÉE

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>   | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>   |
|---|--|--|--|---|
| <b>8 h 30 – 8 h 40</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expliquer les aspects légaux et déontologiques de la note au dossier</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aspects légaux de la note au dossier</li> <li>▪ Aspect déontologique</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposé interactif</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation des articles de Loi</li> </ul>                                      |
| <b>8 h 40 – 8 h 50</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expliquer les champs de compétence et les activités réservées à l'infirmière en matière d'évaluation et de suivi</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Champs d'exercice et activités réservées de l'infirmière</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposé interactif</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation et utilisation d'exemples cliniques</li> </ul>                      |
| <b>8 h 50 – 9 h 05</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expliquer les caractéristiques d'une note au dossier</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caractéristiques d'une note : pertinente, claire et complète</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposé interactif</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilisation d'exemples cliniques</li> </ul>                                      |
| <b>9 h 05 – 9 h 15</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Statuer sur les mythes et croyances liés aux notes au dossier</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mythes et croyances relatifs aux notes au dossier</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposé interactif</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Echanges sur les mythes et croyances</li> </ul>                                  |
| <b>9 h 15 – 9 h 30</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expliquer l'évolution historique des notes au dossier</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Explication portant sur l'utilisation des différents acronymes utilisés à travers les années</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposés interactifs</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Questions sur leur pratique actuelle en lien avec le contenu présenté</li> </ul> |
| <b>9 h 30 – 10 h</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expliquer les différentes parties d'une note</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation des différentes parties d'une note au dossier : anamnèse, examen physique, interventions.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposé interactif</li> <li>▪ Exercice en groupe</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Questions sur la pratique actuelle</li> </ul>                                    |
| <b>10 h – 10 h 15</b>   | <b>Pause</b>   |  |  |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>   | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i>                                       | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>                           |
|---|--|---|--|---|
| <b>10 h 15 – 10 h 45</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rédiger une note au dossier lors d'un examen clinique en situation aiguë</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation du standard en matière de note au dossier lors d'un examen clinique en situation aiguë               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malaise dominant</li> <li>• PQRSTU</li> <li>• Examen physique</li> <li>• Inspection</li> <li>• Palpation</li> <li>• Percussion</li> <li>• Auscultation</li> <li>• Autres tests</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposé interactif</li> <li>▪ Discussion en équipe</li> <li>▪ Exercices concernant différentes situations cliniques</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vignettes cliniques</li> </ul> |
| <b>10 h 45 – 11 h 15</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rédiger une note au dossier lors d'un examen clinique en situation de suivi</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation du standard en matière de note au dossier lors d'un examen clinique en situation de suivi</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposé interactif</li> <li>▪ Discussion en équipe</li> <li>▪ Exercices concernant différentes situations cliniques</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vignettes cliniques</li> </ul> |
| <b>11 h 15 – 11 h 40</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documenter au dossier de façon précise et claire les informations pertinentes dans d'autres contextes.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation d'exemples de note au dossier dans d'autres contextes en s'appuyant sur les caractéristiques d'une note</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposé interactif</li> <li>▪ Discussion en équipe</li> <li>▪ Exercices concernant différentes situations cliniques</li> </ul> |   |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conclusion</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bilan de la formation</li> </ul>   | N/A  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation CEVQ</li> </ul>     |

---

## 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. (2017). L'examen clinique de l'ainé - Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. 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.

### Articles scientifiques

- Ali S, Sieloff CL. Nurse's use of power to standardise nursing terminology in electronic health records. J Nurs Manag. 2017 Jul;25(5):346-353.
- Bell SP, Vasilevskis EE, Saraf AA, Jacobsen JM, Kripalani S, Mixon AS, Schnelle JF, Simmons SF1 (2016) Geriatric Syndromes in Hospitalized Older Adults Discharged to Skilled Nursing Facilities. J Am Geriatr Soc. 2016 Apr;64(4):715-22. doi: 10.1111/jgs.14035.
- Burns J (2016) Patient safety and hydration in the care of older people. Nurs Older People. 2016 May;28(4):21-4. doi: 10.7748/nop.28.4.21.s21.
- Considine, Trotter C, Currey J. Nurses' documentation of physiological observations in three acute care settings. J Clin Nurs. 2016 Jan;25(1-2):134-43
- Hansen, RL., Fossum, M. (2016). [Nursing documentation of pressure ulcers in nursing homes: comparison of record content and patient examinations.](#) Nurs Open. 3(3), 159-167.
- Jefferies, D., Johnson, M., & Nicholls, D. (2012). Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. Contemporary Nurse. 10:5172.
- Høgsnes L, Danielson E, Norbergh KG, Melin-Johansson C (2016) Healthcare professionals' documentation in nursing homes when caring for patients with dementia in end of life - a retrospective records review. J Clin Nurs. 2016 Jun;25(11-12):1663-73. doi: 10.1111/jocn.13184
- Kim K, Jeong S, Lee K, Park HA, Min YH, Lee JY, Kim Y, Yoo S, Doh G, Ahn S. (2016). [Metrics for Electronic-Nursing-Record-Based Narratives: cross-sectional analysis.](#) Appl Clin Inform. 7(4), 1107-1119.
- Lamont S, Stewart C, Chiarella M (2016) Documentation of Capacity Assessment and Subsequent Consent in Patients Identified With Delirium. J Bioeth Inq. 2016 Dec;13(4):547-555. doi: 10.1007/s11673-016-9741-1.
- Li D (2016) The relationship among pressure ulcer risk factors, incidence and nursing documentation in hospital-acquired pressure ulcer patients in intensive care units. J Clin Nurs.;25(15-16):2336-47. doi: 10.1111/jocn.13363.

- López M, Jiménez JM, Peña I, Cao MJ, Simarro M, Castro MJ. Ongoing nursing training influence on the completion of electronic pressure ulcer records. *Nurse Educ Today*. 2017 May;52:22-27.
- Musillo L, Grguric-Smith LM, Coffield E, Totino K, DiGiacomo JC. Is There a Discrepancy? Comparing Enteral Nutrition Documentation With Enteral Pump Volumes. *Nutr Clin Pract*. 2017 Apr;32(2):182-188.
- Mamhidir AG, Sjölund BM, Fläckman B, Wimo A, Sköldunger A, Engström M. Systematic pain assessment in nursing homes: a cluster-randomized trial using mixed-methods approach. *BMC Geriatr*. 2017 Feb 28;17(1):61.
- Nomura, AT, Silva, MB, Almeida, MA. (2016). [Quality of nursing documentation before and after the Hospital Accreditation in a university hospital](#). *Rev Lat Am Enfermagem*. 24.
- Rangraz Jeddi F, Akbari H, Rasoli S (2016) Older people home care through electronic health records: functions, data elements and security needs., *Contemp Nurse*. ;52(2-3):352-65. doi: 10.1080/10376178.2016.1213649
- Stevenson JE, Israelsson J, Nilsson GC, Petersson GI, Bath PA.(2016) Recording signs of deterioration in acute patients: The documentation of vital signs within electronic health records in patients who suffered in-hospital cardiac arrest. *Health Informatics J*. 2016 Mar;22(1):21-33. doi: 10.1177/1460458214530136.
- Voutilainen, P., Isola, A., & Muurinen, S. (2004). Nursing documentation in nursing homes--state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 18(1), 72-81.
- Voyer, P., Cole, M. G., McCusker, J., St-Jacques, S., & Laplante, J. (2008). Accuracy of nurse documentation of delirium symptoms medical charts. *International Journal of Nursing Practice*. 14(2), 165-177.
- Vuokko R., Mäkelä-Bengs P., Hyppönen H., Lindqvist M., Doupi P. (2017). Impacts of structuring the electronic health record: Results of a systematic literature review from the perspective of secondary use of patient data. *Int. J. Med Inform*. 97, 293-303.
- Wang, N., Hailey, D., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 67, 1858-1875.

### **Lignes directrices**

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*, 2e Édition. Montréal : OIIQ. 123 pages.

**Connaissances incontournables pour mieux intervenir auprès d'usagers présentant une déficience intellectuelle ou des troubles de santé mentale en CHSLD**

**Nadia Duchaine**, M. Ps., psychologue, Programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, CISSS Chaudière-Appalaches

---

**INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

**ABRÉGÉ**

---

Les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) accueillent des usagers en grande perte d'autonomie avec divers profils de besoins particuliers. Parmi ceux-ci, les personnes présentant une déficience intellectuelle, des troubles anxieux, et des troubles psychotiques peuvent constituer un défi de taille pour les équipes soignantes. Afin d'offrir des approches adaptées pour répondre aux besoins spécifiques de ces personnes, les intervenants doivent sans contredit acquérir les notions nécessaires à la compréhension de ces problématiques et à la mise en œuvre d'intervention adaptées. Dans cette formation, les connaissances de base portant sur la déficience intellectuelle, les principaux troubles anxieux, la schizophrénie et les symptômes psychotiques seront présentées. Les particularités de leur présentation auprès de la clientèle vieillissante, de même que les principes d'intervention non-pharmacologique afin de composer efficacement avec les manifestations associées, adaptées au contexte des CHSLD, seront abordées.

---

**LES BUTS DE LA FORMATION**

---

Le but de cette formation est d'acquérir des connaissances quant à la déficience intellectuelle, aux principaux troubles anxieux, et aux troubles psychotiques pouvant se présenter parmi la clientèle accueillie en CHSLD. De plus, l'acquisition de connaissances quant aux interventions non-pharmacologiques afin de mieux composer avec ces manifestations est visée.

---

**CLIENTELE CIBLE**

---

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

## PLAN DE LA JOURNÉE

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>  | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Éléments déclencheurs</b><br><i>Éléments qui capteront l'attention des participants tels que des statistiques, des questions, une anecdote reliée directement au sujet traité.</i>                                       |
|---|---|--|--|---|
| <b>13 h 15 – 13 h 45</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire les principales caractéristiques de la déficience intellectuelle, ses principales causes et les conditions pouvant y être associées.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définition de la déficience intellectuelle (DI)</li> <li>▪ Description des DI légère, modérée, sévère et profonde</li> <li>▪ Les causes de la DI et conditions associées</li> <li>▪ La DI et la gestion des troubles du comportement associés</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposé</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Représentation graphique illustrant la distribution des niveaux de fonctionnement intellectuel, représentation graphique de la répartition des causes associées à la DI</li> </ul> |
| <b>13 h 45 – 14 h 30</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire les particularités des manifestations associées au vieillissement et à la démence chez les personnes présentant une DI et de la philosophie d'intervention qui s'y rattachent</li> <li>▪ Décrire le TSA (trouble du spectre de l'autisme et</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Particularités des manifestations du vieillissement chez une personne présentant une DI et philosophie d'intervention</li> <li>▪ Défis spécifiques à l'évaluation des troubles cognitifs et de la démence auprès de la clientèle présentant une DI</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposé</li> <li>▪ Échange à partir d'un cas clinique</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Statistiques illustrant l'ampleur de la problématique de démence au sein de la clientèle présentant une DI</li> </ul>  |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>   | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Éléments déclencheurs</b><br><i>Éléments qui capteront l'attention des participants tels que des statistiques, des questions, une anecdote reliée directement au sujet traité.</i> |
|---|--|--|--|---|
|   | son évolution avec le vieillissement   | ▪ Le TSA, ses particularités, son évolution  |  |   |
| <b>14 h 45 – 15 h</b>   | ▪ Décrire l'anxiété et les principaux syndromes anxieux rencontrés chez la clientèle en CHSLD  | ▪ Définition du trouble d'anxiété généralisée, du trouble panique, de l'agoraphobie, du trouble d'anxiété sociale, de la phobie spécifique, du trouble obsessionnel-compulsif  | ▪ Exposé   |   |
| <b>15 h – 15 h 15</b>   | <b>Pause</b>   |  |  |   |
| <b>15 h 15 – 15 h 45</b>  | ▪ Décrire les particularités des manifestations des troubles anxieux auprès des personnes âgées et les principes d'intervention non-pharmacologiques | ▪ Caractéristiques des troubles anxieux au sein de la population âgée<br>▪ Intervention non-pharmacologique à mettre en place auprès des personnes âgées présentant des troubles anxieux, adaptées au contexte des CHSLD | ▪ Exposé<br>▪ Échange à partir d'un cas clinique   | ▪ Présentation d'un tableau résumant les caractéristiques des différents niveaux d'anxiété<br><br>▪ Présentation d'un cas clinique  |
| <b>15 h 45 – 16 h 15</b>  | ▪ Décrire la schizophrénie et ses principales caractéristiques   | ▪ Les hallucinations, les délires, les symptômes positifs,   | ▪ Exposé   | ▪ Critères diagnostiques de la schizophrénie  |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i><b>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</b></i>   | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Éléments déclencheurs</b><br><i>Éléments qui capteront l'attention des participants tels que des statistiques, des questions, une anecdote reliée directement au sujet traité.</i> |
|---|---|--|--|---|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire l'évolution de la schizophrénie avec le vieillissement de la personne</li> <li>▪ Décrire les principes d'intervention non-pharmacologique indiqués auprès de la clientèle présentant des symptômes psychotiques</li> </ul> | les symptômes négatifs <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La schizophrénie à début précoce, à début tardif, et à début très tardif.</li> <li>▪ Les troubles cognitifs associés à la schizophrénie</li> <li>▪ Intervention non-pharmacologique à mettre en place auprès des personnes présentant des symptômes psychotiques, adaptée au contexte des CHSLD</li> </ul> |  |   |
| <b>16 h 15 – 16 h 30</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conclusion et échange</li> </ul>   |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation</li> </ul>  |

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (ANESM). (2017). Trouble du spectre de l'autisme: interventions et parcours de vie à l'adulte.
- ASSS de la Montérégie (2015). TSA et neurotypique. Mieux se comprendre.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2015). TSA et neurotypique – Mieux se comprendre, 32 pages.
- Bouisson, J. (2005). Psychologie du vieillissement et vie quotidienne. Solar Éditeur : Marseille.
- Bruno, M., Lepetit, A. (2015). Les troubles anxieux de la personne âgée. Gériatrie et psychologie du vieillissement, volume 13, numéro 2.
- Centre de Réadaptation en Déficience Intellectuelle et en Troubles Envahissants du Développement de Chaudières-Appalaches (CRDITED-CA; 2013). Formation : La déficience intellectuelle. À l'intention des partenaires du CRDITED de Chaudières-Appalaches. Par Bianca Nolin : 27 et 28 août 2013).
- Ciasca E.L & all (2018). Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial. Brazilian journal of psychiatry, 40, 3.
- Conn, D., Gibson, M., & McCabe, D. (2014). Mise à jour 2014 des lignes directrices de la CCSMPA – Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement). Toronto : Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA), [www.ccsmh.ca](http://www.ccsmh.ca).
- Cook, J. S. & Fontaine, K. L. (1991). Soins infirmiers. Psychiatrie et santé mentale. Montréal : ERPI.
- Domenechh-Abella, J., Mundo, J., Haro, J-M., & Rubio-Valera, M. (2019). Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly : longitudinal associations from the Irish longitudinal study on ageing. Journal of affective disorders, 246, 82-88.
- Evans, E., Bhardwaj, A., Brodaty, H., Sachdev, P., Draper, B., Trollor, J. N. (2013). Dementia in people with intellectual disability : Insights and challenges in epidemiological research with an at-risk population. International review of psychiatry, 25, 755-763.
- Fox, C. & all (2017). Mental illness in older adults. Brockelhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology.
- Harvey, P. D. (2001). Cognitive and functional impairments in elderly patients with schizophrenia : A review of the recent literature. Harvard Review of Psychiatry, 9, 59-68.
- Hassett, A., Ames, D., & Chiu, E. (2005). Psychosis in the elderly. Taylor & Francis (London).
- Jalenques, I., Legrand, G., Tourtauchaux, R., Galland, F., Pontonnier, A.-L., & Vaille-Perret, E. (2009). Schizophrénie et vieillissement : aspects cliniques. Annales Médico-Psychologiques, 167, 380-384.
- Krinsky-McHale, S.J., & Silverman, W. (2013). Dementia and Mild Cognitive Impairment in Adults with Intellectual Disability : Issues of Diagnosis. Developmental Disabilities Research Reviews, 18, 31-42.

- Leblanc, S., Leroux, G., Malo, S. & Roux, C. (2009). Santé mentale et personnes âgées. S'outiller pour intervenir ensemble. Publication du Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance.
- Libbey, J. (2018). La méditation dans le vieillissement: impacts sur le bien-être, la cognition et le cerveau de la personne âgée. *Revue de neuropsychologie*, volume 10, 304-312.
- Loirdighi, N. & coll (2015). Rapport de recherche. Cognition et démence chez les personnes ayant une DI. Collections de l'Institut universitaire en DI-TSA.
- Meesters, P.D., Schouws, S., Stek, M. de Haan, L., Smit, J., Eikelenboom, P. et coll. (2013). Cognitive impairment in late life schizophrenia and bipolar I disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 82-90.
- National Institute for Health and care excellence-NICE (2016). Mental health in people with learning disabilities: prevention, assessment and management.
- Nebhinani N, Pareek V, Grover S. (2014). Late-life psychosis: An overview. *Journal of Geriatric Mental Health*, 1,60-70
- Parratte, J. (2007). Psychoses tardives. Dans M. Arcand & R. Hébert (Éds), *Précis pratique de gériatrie*, Edisem : Québec. pp. 325-339.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V. J., Buntinx, W. E. M., Coulter, D.L., Craig, E. M., Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo-Alonso, M. A., Wehmeyer, M. L., Yeager, M. H. (2011). *Déficiência intellectuelle : définition, classification et systèmes de soutien (11e éd.)* [trad. sous la direction : D. Morin]. Trois-Rivières, Québec : Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (Ouvrage original publié en 2010).
- Stevenson, J., Brodaty, H., Boyce, P., & Byth, K. (2011). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 771-779.
- Subramanyam, A., Kedare, J., Singh, O-P, & Pinto, C. (2018), *Clinical practice guidelines for Geriatric Anxiety Disorders*, *Indian journal of psychiatry*, 60, 371-382.
- Tampi, R. R. (2016). Treatment Challenger of Late Life Psychosis. *Psychiatric Times*. May 2016.  
<http://www.psychiatrictimes.com/apa-2016-Schizophrenia/treatment-challenges-late-life-psychosis/page/0/1>
- Tampi, R. R., Chandran, S., & Tampi, D. J. (2015). Anxiety disorders in Late Life. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 6, 3. doi: 10.4172/2155-6105.1000e129
- Trudel, J.-F., Bonin, C., & Côté, L. (2007). Les troubles de la personnalité, somatisation, troubles anxieux. Dans M. Arcand & R. Hébert (Éds), *Précis pratique de gériatrie*, Edisem : Québec. pp. 361-376.
- Van den Linden, M., Meulemans, T., Seron, X., Coyette, F., Andres, P., Prairial, C. (2000). L'évaluation des fonctions exécutives. Dans X. Seron & M. Van der Linden (Eds.) *Traité de neuropsychologie clinique*. Tome I. Solal : Marseille.
- Winter, C. F., Jansen, A. A. C, & Evenhuis, H. M. (2011). Physical conditions and challenging behaviour in people with intellectual disability : a systematic review. *Journal of intellectual disability research*, 55, 675-698.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (2007). *Mental disorders in older adults*. Second Edition. *Fundamentals of assessment and treatment*. The Guilford Press : New York.

**Problèmes bucco-dentaires des aînés : Intervenir pour prévenir**

**Christine Girard**, D.M.D. du CIUSSS de la Capitale-Nationale  
**Sonia Moreau**, D.M.D.

**Sylvie Louise Avon**, D.M.D., M. Sc., Ph.D, FRCD(C) de l'Université Laval, professeur titulaire

**INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

**ABRÉGÉ**

Avec les changements démographiques, les aînés vivent de plus en plus vieux et conservent leur dentition naturelle. Cependant, avec le vieillissement vient parfois les problèmes de santé, la perte d'autonomie et les problèmes cognitifs qui rendent l'hygiène buccodentaire plus difficile à faire par les personnes âgées ou par les intervenants qui doivent réaliser ces soins. La bouche fait partie du corps : une dégradation de la santé buccodentaire peut avoir de graves conséquences sur la santé globale, l'alimentation, l'estime de soi, la prise de médicaments et la qualité de vie. Dans de mauvaises conditions et sans une hygiène efficace, une bouche peut se détériorer aussi rapidement qu'en quelques mois seulement... Une catastrophe ! Nous verrons comment observer en bouche en tenant compte des besoins buccodentaires et de la nouvelle norme d'Agrément Canada. De plus, les notions acquises permettront une meilleure prise en charge des soins buccaux des aînés en perte d'autonomie.

**LE BUT DE LA FORMATION**

Le but de cette formation est de mieux comprendre la problématique buccodentaire des personnes âgées et les liens avec la santé globale. Les thèmes abordés lors de la formation sont :

- La norme d'Agrément Canada ;
- Observation en bouche en tenant compte des besoins ressentis ;
- Différences entre une bouche à l'état normal et une bouche avec états pathologiques ;
- Les mesures préventives, les produits efficaces, les outils disponibles pour maintenir une bouche saine ;
- Les principaux traitements pharmacologiques ;
- Habiletés à intervenir pour administrer des soins buccodentaires efficaces auprès d'une personne en perte d'autonomie ;
- Sensibilisation du client et du proche aidant aux risques associés à la consommation de collations gâteries et de jus sucrés et présentation des alternatives ;
- Les principales techniques d'hygiène lors d'un atelier pratique.

## CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux infirmiers, infirmiers auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et autres professionnels de la santé.

## PLAN DE LA JOURNÉE

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>   | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|--|--|---|
| <b>8 h 30 – 9 h 15</b>  | <p>Comprendre la problématique buccodentaire des personnes âgées et les liens avec la santé globale</p> <p>Connaître et participer à l'atteinte de la norme d'Agrément Canada</p> <p>Réaliser une observation en bouche en tenant compte des besoins ressentis</p> | <p>Causes, conséquences et solutions à la problématique</p> <p>Définition de la norme associée aux soins buccodentaires</p> <p>Rôle des infirmiers en regard de la norme d'Agrément Canada pour les usagers hébergés</p> <p>Évaluation de la santé, du profil et des besoins buccodentaires</p> <p>Questionnaire sur les besoins ressentis</p> | <p>Démonstrations</p> <p>Étude de cas</p>  |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><b><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i></b>   | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>   |
|---|---|--|--|---|
|   |   | Technique d'observation en bouche  |  |   |
| <b>9 h 15 – 9 h 50</b>  | Différencier une bouche à l'état normal, d'une bouche avec états pathologiques<br><br>Rédiger et planifier une consultation chez le dentiste          | Description d'une bouche avec état normal: tissus mous, dentaires et prothétiques<br><br>Principales pathologies buccales et liens avec certains problèmes de santé; considérations et principales prescriptions pharmacologiques<br><br>Éléments à intégrer dans une référence à un dentiste<br><br>Exemple de formulaire | Démonstrations<br>Études de cas  | Certaines maladies systémiques provoquent des manifestations en bouche<br><br>Différents problèmes de santé des aînés ont des conséquences sur la pratique buccodentaire<br><br>Nécessité de travailler en multidisciplinaire |
| <b>9 h 50 – 10 h 05</b>   | <b>Pause</b>  |  |  |   |
| <b>10 h 05 – 11 h 05</b>  | Connaître les mesures préventives, les produits efficaces, les traitements pharmacologiques et les outils disponibles pour maintenir une bouche saine | Interventions préventives efficaces<br>Produits et outils buccodentaires à privilégier<br>Formulaire des mesures préventives   | Vidéos   | Guide pour le personnel soignant<br><br>Liste des principaux distributeurs  |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i><b>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</b></i>  | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>  |
|---|--|---|--|--|
|   | <p>Développer les habiletés à intervenir pour les soins buccodentaires efficaces auprès d'une personne en perte d'autonomie</p> <p>Sensibiliser le client et le proche aidant aux risques associés à la consommation de collations gâteries et de jus sucrés</p> | <p>Pratiques cliniques à réaliser :</p> <p>Hygiène buccodentaire lors de situations difficiles</p> <p>Évaluation de l'hygiène buccale aux 3 mois</p> <p>Aliments et comportements à risque</p> <p>Guide santé buccodentaire pour les aînés et leurs proches</p> <p>Recommandations de base à partager pour prévenir les problèmes</p> | <p>Démonstrations et Vidéos</p> <p>Exposés interactifs</p>   | <p>Hygiène buccodentaire auprès d'une personne qui ne veut pas ouvrir la bouche, dans un fauteuil roulant, dans un lit, en présence de dysphagie</p> |
| <b>11 h 05 – 11 h 35</b>  | Atelier pratique sur les techniques d'hygiène buccodentaire  | Intégration des notions acquises  | Mises en situation pratiques   |  |
| <b>11 h 35 – 11 h 45</b>  | Conclusion et échange  |   |  | Évaluation   |

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

### Livre

- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition. Saint-Laurent, Québec: Pearson ERPI. 753 pages.

### Articles scientifiques

- Arpin S., Brodeur J.-M., Corbeil P. Dental Caries, Problems Perceived and Use of Services among Institutionalized Elderly in 3 Regions of Quebec, Canada. [J Can Dent Assoc.](#) 2008 Nov;74(9):807
- Avon SL, Kauzman A. Diagnostic différentiel et prise en charge clinique des lésions blanches à potentiel prolifératif de la cavité buccale. Partie 1 : Revue de la littérature. Journal de l'Ordre des dentistes du Québec, fév.-mars (2015) 52(1): 7-14
- Avon SL et Klieb H. The Oral-Soft Tissue Biopsy : An Overview. Journal de l'Association dentaire canadienne, 2012, vol. 78, #4 : 233-5. Version électronique : [www.icda.ca/article/c75](http://www.icda.ca/article/c75).
- Barbe AG, Heinzler A, Derman SH, Hellmich M, Timmermann L, Noack MJ. 2014. Hyposalivation and xerostomia among Parkinson's disease patients and its impact on quality of life. PubMed. Doi : 10.1111/odi.12622. décembre 2016.
- Boucher J. Accès aux soins dentaires : les plus démunis laissés pour compte. Hinnovic.org. Repéré à <http://www.hinnovic.org/acces-aux-soins-dentaires-les-plus-demunis-laises-pour-compte/> 30 novembre 2016.
- Deutsch A. An alternate technique of care using silver fluoride followed by stannous fluoride in the management of root caries in aged care Spec Care Dentist. 2016 Mar-Apr;36(2):85-92. doi: 10.1111/scd.12153.
- Frank C, Forbes R.F. L'expérience d'une patiente qui reçoit des soins pour la démence. Le médecin de famille canadien. Vol.63. janvier 2017.
- Giusti L, Steinborn C, Steinborn M. Use of silver diamine fluoride for the maintenance of dental prostheses in a high caries-risk patient: A medical management approach. J Prosthet Dent. 2017 Sep 6. pii: S0022-3913(17)30430-4. doi: 10.1016/j.prosdent.2017.06.007.
- Heaton LJ, Swigart K, McNelis G, Milgrom P, Downing DF. Oral health in patients taking psychotropic medications: Results from a pharmacy-based pilot study. J Am Pharm Assoc (2003). 2016 Jul-Aug;56(4):412-417.e1.
- Hendre AD, Taylor GW, Chávez EM, Hyde S. A systematic review of silver diamine fluoride: Effectiveness and application in older adults. Gerodontology. 2017 Dec;34(4):411-419. doi: 10.1111/ger.12294.
- Hollaar VRY, van der Putten GJ, van der Maarel-Wierink CD, Bronkhorst EM, de Swart BJM, Creugers NHJ. The effect of a daily application of a 0.05% chlorhexidine oral rinse solution on the incidence of aspiration pneumonia in nursing home residents: a multicenter study. BMC Geriatr. 2017 Jun 19;17(1):128. doi: 10.1186/s12877-017-0519-z.

- Hong C, Aung MM, Kanagasabai K, Lim CA, Liang S, Tan KS. The association between oral health status and respiratory pathogen colonization with pneumonia risk in institutionalized adults. *Int J Dent Hyg.* 2017 Nov 9. doi: 10.1111/idh.12321.
- Izumi M, Takeuchi K, Ganaha S, Akifusa S, Yamashita Y. Effects of oral care with tongue cleaning on coughing ability in geriatric care facilities: a randomised controlled trial. *J Oral Rehabil.* 2016 Dec;43(12):953-959. doi: 10.1111/joor.12451.
- Kamdem B, Seematter-Bagnoud L, Botrugno F, Santos-Eggimann B. Relationship between oral health and Fried's frailty criteria in community-dwelling older persons. *BMC Geriatr.* 2017 Aug 1;17(1):174.
- Khabra KK, Compton SM, Keenan LP. Independent older adults perspectives on oral health. *PubMed.* Doi : 10.1111/idh.12259.2016.
- Kikutani T et al. Relationship between oral bacteria count and pneumonia onset in elderly nursing home residents. *Geriatr Gerontol Int* 2015; 15: 417–421
- Klotz AL, Hassel AJ, Schröder J, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Is compromised oral health associated with a greater risk of mortality among nursing home residents? A controlled clinical study. *Aging Clin Exp Res.* 2017 Aug 30. doi: 10.1007/s40520-017-0811-y.
- Lee KH, Wu B, Plassman BL. Dental Care Utilization among Older Adults with Cognitive Impairment in the United States. *Geriatr Gerontol Int.* 2015 March ; 15(3): 255–260.
- Lie R, Lo ECM, Liu BY, Wong MCM, Chu CH. Randomized clinical trial on arresting dental root caries through silver diammine fluoride applications in community-dwelling elders. *Journal of Dentistry* 51. 2016. 15-20.
- Listl S, Galloway J, Mossey P.A., Marcenes W. Global Economic Impact of Dental Diseases. Vol.94 (10).2015.
- McNally M, Martin-Misener R, McNeil MSc K, Brillant M, Moorhouse P, Crowell S, Matthews D, Perio D, Clovis J. Implementing Oral Care Practices and Policy Into Long-Term Care: The Brushing up on Mouth Care Project. *JAMDA* 16 (2015) 200-207.
- Moeller J, Farmer J, Quiñonez C. Patterns of analgesic use to relieve tooth pain among residents in British Columbia, Canada. *PLoS One.* 2017 May 1;12(5 ):e0176125.
- O'Donnell LE, Smith K, Williams C, Nile CJ, Lappin DF, Bradshaw D, Lambert M, Robertson DP, Bagg J, Hannah V, Ramage G. Dentures are a Reservoir for Respiratory Pathogens. *J Prosthodont.* 2016 Feb;25(2):99-104. doi: 10.1111/jopr.12342.
- Porter J, Ntouva A, Read A, Murdoch M, Ola D, Tsakos G. The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. *Health and Quality of Life Outcomes* (2015) 13:102
- Reuter NG, Westgate PM, Ingram M, S.Miller C. Death related to dental treatment : a systematic review. *PubMed.*
- Doi : 10.1016/j.oooo.2016.10.015.2017.
- Sjögren P, Wårdh I, Zimmerman M, Almståhl A, Wikström M. Oral Care and Mortality in Older Adults with Pneumonia in Hospitals or Nursing Homes: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2016 Oct;64(10):2109-2115. doi: 10.1111/jgs.14260.
- Skośkiewicz-Malinowska K, Malicka B1, Ziętek M, Kaczmarek U. Oral health condition and occurrence of depression in the elderly. *Medicine (Baltimore).* 2018 Oct;97(41):e12490.

- Veitz-Keenan A, Ferraiolo DM. Oral care with chlorhexidine seems effective for reducing the incidence of ventilator-associated pneumonia. *Evid Based Dent*. 2017 Dec 22;18(4):113-114. doi: 10.1038/sj.ebd.6401272.
- Wiener RC, Shen C, Sambamoorthi N, Sambamoorthi U. Preventive dental care in older adults with diabetes. *J Am Dent Assoc*. 2016 Oct;147(10):797-802.
- Zander A, Boniface D. Directly observed daily mouth care provided to care home residents in one area of Kent, UK. *Community Dent Health*. 2017 Mar;34(1):32-36. doi: 10.1922/CDH\_3956Zander05.
- Zenthöfer A, Meyer-Kühling I, Hufeland AL, Schröder J, Cabrera T, Baumgart D, Rammelsberg P, Hassel AJ. Carers' education improves oral health of older people suffering from dementia - results of an intervention study. *Clin Interv Aging*. 2016 Nov 30;11:1755-1762. eCollection 2016.

### **Conférences et communications scientifiques récentes**

- Avon SL, Kauzman A : Diagnostic différentiel des lésions ulcératives de la cavité buccale. Formation continue, Faculté de médecine dentaire, Université Laval, janvier 2016.
- Avon SL, Diagnostic différentiel des lésions des tissus mous de la cavité buccale. Formation continue, Société dentaire de l'Estrie, Sherbrooke, novembre 2015.
- Avon SL, Lésions communes des tissus mous de la cavité buccale. Formation continue, Société dentaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Chicoutimi, avril 2015.
- Lane Julie : Accompagner l'implantologie des innovations et des bonnes pratiques cliniques et de gestion : du pourquoi ou comment?, Serie de Webinaires, Réseau-1, Québec 2015-2016
- Avon SL, Chandad F : Les Désordres auto-immuns : Quand la clinique rencontre la science. Formation continue, Faculté de médecine dentaire. Université Laval, décembre 2014.
- Baker karen A.: Drug- Related Problems in dental Practice, Journées dentaires internationales du Québec, 26 mai 2014
- Avon SL, Paquette M, Wilson F : Lésions osseuses et dentaires : Mieux les comprendre pour mieux les gérer. Société dentaire de Québec, Québec, novembre 2012.
- Avon SL et Tremblay S : Corrélations clinico-pathologiques. Formation continue, Faculté de médecine dentaire. Université Laval, mars 2012.
- Klieb H, Avon SL : Differential Diagnosis of White Lesions. Toronto Central Dental Society, Toronto, juin 2011.

### **Autres références**

- Agrément Canada, Normes d'excellence des services-Services de soins de longue durée, document consulté le 25.03.2014 au <http://www.accreditation.ca/fr/node/2267>
- Association dentaire canadienne, Une santé buccodentaire optimale pour les personnes âgées frêles : les meilleures pratiques dans le continuum de soins, Document de référence, Département des affaires cliniques, Ottawa, 2009.

- A report of the concil on Scientific Affairs, Topical Fluoride for caries prevention, ADA Center for Evidence-based Dentistry, November 2013
- Bélanger R., Blanchet C. et D. Hamel. (2016). La santé buccodentaire des aînés québécois. Collection Vieillessement en santé. Institut national de santé publique du Québec. Québec. 21 p.
- Corbeil P., Arpin S., Lévesque D. et JM Brodeur. (2006). Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées en Montérégie. Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Québec. 44 p.
- Federal, Provincial and Territorial Directors. A Canadian oral health strategy. Federal, Provincial and Territorial Dental Working Group; 2004. Available: [www.fptdd.ca/assets/PDF/Canadian%20Oral%20Health%20Strategy%20-%20Final.pdf](http://www.fptdd.ca/assets/PDF/Canadian%20Oral%20Health%20Strategy%20-%20Final.pdf).
- Institut National de la Santé Publique du Québec (2014) – Animer un processus de transfert de connaissances. Bilan des connaissances et outil d’animation, document consulté le 11.04 au [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012\\_AnimerTransfertConn\\_Bilan.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf).
- Statistique Canada. (2010). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCD) 2008-2009, Vieillessement en santé. Gouvernement du Canada. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca>

## **Ergothérapie et gestion des risques à domicile**

**Dominique Giroux**, erg. PhD, professeure adjointe, Faculté de médecine

### **INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

#### **ABREGÉ**

---

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

---

#### **LES BUTS DE LA FORMATION**

---

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

---

#### **CLIENTELE CIBLE**

---

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

**PLAN DE LA JOURNÉE**

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

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

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

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

- Agrément Canada, (2012). Dans quelle mesure les organismes de santé canadiens sont-ils sécuritaires? Rapport sur les pratiques organisationnelles requises de 2012. Ottawa, ON: Agrément Canada.
- Aranda-Gallardo, M., Morales-Asencio, J., Canca-Sanchez, J., Barrero-Sojo, S., Perez-Jimenez, C., Morales-Fernandez, A., . . . Mora-Banderas, A. (2013). Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. *Bmc Health Services Research*, 13(1), 122.
- Arcand, M. et Hébert, R. (2009). Précis pratique de gériatrie. Québec, QC: Edisem inc.
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2011). Stratégies pour permettre aux ergothérapeutes de lutter contre les mauvais traitements envers les aînés. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Atwal, A., McIntyre, A., Wigggett, C. (2012). Risks of older adults in acute care settings: UK occupational therapists' and physiotherapists' perceptions of risks associated with discharge and professional practice. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(2), 381-393.
- 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 Medicine and Rehabilitation*, 82(supp2), S15-S19.
- Méret, T. et Floccia, M. (2005). La personne démente à domicile. *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement*. 3(supp. 1), S14-S25.
- Ministère de la santé et des services sociaux. Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 37 p.
- Moore, Z.E.H et Cowman, S. (2014). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2(CD006471). DOI: 10.1002/14651858.CD006471.pub3
- Nygard, L., Grahn, U., Rudenhammar, A., & Hydling, S. (2004). Reflecting on practice: Are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care? *Scand J Caring Sci*, 18(2), 193-203.
- Oliver, D., Papaioannou, A., Giangregorio, L., Thabane, L., Reizgys, K., & Foster, G. (2008). A systematic review and meta-analysis of studies using the STRATIFY tool for prediction of falls in hospital patients: how well does it work? *Age and Ageing*, 37(6), 621-627. doi: 10.1093/ageing/afn203
- Provencher, V., Demers, L., Gagnon, L., & Gélinas, I. (2012). Impact of familiar and unfamiliar settings on cooking task assessments in frail older adults with poor and preserved executive functions. *International Psychogeriatrics*, 24(5), 775-783.

- Quenneville-Courteau, L., Foucault-Piché, D., Rouillard, C., Rivard, K., Québec'hdu, S., Desrosiers, J., (2016). Validation d'une version française de l' « Executive Function Performance Test » auprès d'aînés avec et sans déficits cognitifs. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 2(2), 57-72.
- Ramsdell, J.W., Jackson, J.E., Guy, H.J., Renvall, M.J. (2004). Comparaison of clinic-based home assessment to a home visit in demented elderly patients. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8(3), 145-53.
- 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.

**Le trouble cognitif léger (mild cognitive impairment) chez les aînés : approche cognitive pour l'évaluation en 2<sup>e</sup> ligne**

**Carol Hudon**, Ph.D., professeur titulaire, École de psychologie, Université Laval  
Chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec

---

**INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

**ABRÉGÉ**

---

Dans le contexte démographique qui caractérise actuellement la plupart des sociétés industrialisées, la démence est devenue l'un des problèmes de santé les plus importants chez les personnes âgées. Depuis plus d'une décennie, plusieurs travaux de recherche ont révélé que les premiers symptômes de la démence peuvent être détectés de nombreuses années avant le diagnostic. La détection précoce des symptômes prodromiques de la démence est importante, car elle permet d'envisager l'implantation de mesures préventives ou thérapeutiques (ex., activité physique, entraînement cognitif, alimentation) qui sont susceptibles de ralentir le déclin cognitif et de prolonger l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. Parmi les personnes les plus susceptibles de présenter des symptômes prodromiques de la démence, on retrouve celles qui rencontrent les critères du trouble cognitif léger (mild cognitive impairment – MCI). Les individus avec un MCI montrent une probabilité jusqu'à dix fois supérieure de développer une démence comparativement aux personnes âgées sans trouble cognitif. Les travaux sur la caractérisation des symptômes cognitifs du MCI étant très nombreux, il peut être difficile pour les cliniciens d'établir un portrait général de la symptomatologie de ce concept. De plus, le dépistage du MCI ou de la démence est généralement une tâche complexe pour le clinicien. Dans le cadre de cette formation, une synthèse des connaissances sur les concepts de MCI et de maladie d'Alzheimer sera d'abord présentée. Ensuite, la formation décrira les principes à appliquer pour le dépistage du MCI ou de la démence chez une personne âgée.

---

**LES BUTS DE LA FORMATION**

---

Le but de cette formation est de sensibiliser les cliniciens œuvrant auprès des personnes âgées à la problématique du MCI et de la démence. La formation vise également à communiquer les principes généraux du dépistage d'un trouble cognitif chez les personnes âgées.

---



---

### CLIENTELE CIBLE

---

Cette formation vise principalement les psychologues/neuropsychologues, les infirmières des cliniques de mémoire des GMF ainsi que les médecins qui oeuvrent auprès de personnes âgées. Sur demande, la formation peut aussi être offerte à d'autres professionnels dont les personnes âgées font partie de la clientèle.

---



---

### PLAN DE LA JOURNÉE

---

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>   | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>   |
|---|--|--|--|---|
| <b>8 h 30 – 8 h 40</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduction</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentations</li> <li>• Plan de la formation</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposé magistral</li> </ul>   | N/A   |
| <b>8 h 40 – 9 h 10</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître le trouble cognitif léger et la démence</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition</li> <li>• Épidémiologie</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposé magistral</li> <li>• Questions</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation des principaux symptômes et statistiques (p.ex., prévalence)</li> </ul> |
| <b>9 h 10 – 9 h 45</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyser avec critique le concept de MCI</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition et évolution du concept</li> <li>• Épidémiologie</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposé magistral</li> <li>• Discussions</li> <li>• Questions</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation de différentes conceptions du MCI</li> </ul>                            |
| <b>9 h 45 – 10 h 15</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Illustrer la symptomatologie du MCI et de la démence</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficits de mémoire épisodique, fonctions exécutives, mémoire de travail, attention, mémoire sémantique, langage</li> <li>• Troubles neuropsychiatriques</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposé magistral</li> <li>• Discussions</li> <li>• Questions</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe-t-il des symptômes spécifiques au MCI et à la démence ?</li> </ul>            |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>   | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>   |
|---|--|---|--|---|
| <b>10 h 15 – 10 h 30</b>  | <b>Pause</b>   |   |  |   |
| <b>10 h 30 – 11 h 15</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les lignes directrices générales pour l'évaluation de dépistage d'un trouble cognitif chez les personnes âgées</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aperçu de la démarche d'évaluation</li> <li>• Ressources communautaires disponibles</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposés interactifs</li> <li>• Discussions</li> <li>• Questions</li> </ul>              | Quelle évaluation peut être faite par les professionnels qui ne sont pas du domaine de la neuropsychologie? (Cf. Loi 21)  |
| <b>11 h 15 – 11 h 45</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître et administrer des outils de dépistage cognitif</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Description des outils</li> <li>• Principes de cotation et d'interprétation des résultats</li> <li>• Forces et limites des outils</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposé magistral</li> <li>• Discussions</li> <li>• Questions</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussions pour déterminer dans quelles circonstances une évaluation cognitive plus exhaustive est souhaitable</li> </ul> |

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Livre

- Burns, J., & Morris, J. (2008). *Mild Cognitive Impairment and Early Alzheimer's Disease: Detection and Diagnosis*. New York: Wiley. 156 pages.

### Articles

- Albert, M.S., Dekosky, S.T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H.H., Fox, N.C., Gamst, A., Holtzman, D.M., Jagust, W.J., Petersen, R.C., Snyder, P.J., Carrillo, M.C., Thies, B., Phelps, C.H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 270-279.
- Apostolova, L. G., & Cummings, J. L. (2008). Neuropsychiatric manifestations in mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(2), 115-126.
- Belleville, S., Fouquet, C., Duchesne, S., Collins, L., Hudon, C., and the CIMA-Q group (2014). Detecting early preclinical Alzheimer's disease via cognition, neuropsychiatry, and neuroimaging: Qualitative review and recommendations for testing. *Journal of Alzheimer's Disease*, 42, S375–S382.
- Belleville, S., Fouquet, C., Hudon, C., Zomahoun, H.T.V., Croteau, J., & the CIMA-Q Group (2017). Neuropsychological measures that predict progression from Mild Cognitive Impairment to dementia of the Alzheimer's type in older adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology Review*, 1-26.
- Belleville, S., Hudon, C., Bier, N., Brodeur, C., Gauthier, S., Grenier, S., Ouellet, M.C., & Viscogliosi, C. (2018). MEMO+: Efficacy, durability, and transfer of cognitive training and psychosocial intervention in MCI. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66, 655-663.
- Dong, H.S., Han, C., Jeon, S.W., Yoon, S., Jeong, H.G., Huh, Y.J., Pae, C.U., Patkar, A.A., Steffens, D.C. (2016). Characteristics of neurocognitive functions in mild cognitive impairment with depression. *International Psychogeriatrics*, 28(7), 1181-1190.
- Dubois, B., Feldman, H.H., Jacova, C., et al. (2010). Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurology*, 9, 1118-1127.
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., et al. (2006). Mild cognitive impairment. *The Lancet*, 367(9518), 1262-1270.
- Hudon, C., Potvin, O., Turcotte, M-C., D'Anjou, C., Dubé, M., Prévaille, M., Brassard, J., & co-chercheurs de l'étude ESA (2009). Normes pour le Mini-Mental State Examination (MMSE) chez les Québécois francophones âgés de 65 ans et plus. *Canadian Journal on Aging*, 28(4), 347-357.
- Jak, A.J., Preis, S.R., Beiser, A.S., Seshadri, S. (2016). Neuropsychological criteria for mild cognitive impairment and dementia risk in the Framingham Heart Study. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 22(9), 937-943.

- Jessen, F., R.E. Amariglio, M. van Boxtel, M. Breteler, M. Ceccaldi, G. Chetelat, B. Dubois, C. Dufouil, K.A. Ellis, W.M. van der Flier, L. Glodzik, A.C. van Harten, M.J. de Leon, P. McHugh, M.M. Mielke, J.L. Molinuevo, L. Mosconi, R.S. Osorio, A. Perrotin, R.C. Petersen, L.A. Rabin, L. Rami, B. Reisberg, D.M. Rentz, P.S. Sachdev, V. de la Sayette, A.J. Saykin, P. Scheltens, M.B. Shulman, M.J. Slavin, R.A. Sperling, R. Stewart, O. Uspenskaya, B. Vellas, P.J. Visser, M. Wagner, and G. Subjective Cognitive Decline Initiative Working Group (2014). Subjective Cognitive Decline Initiative Working, G. (2014). A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 10(6), 844-852.
- Jessen F, Wolfgruber S, Wiese B, Bickel H, Mosch E, Kaduszkiewicz H, Pentzek M, Riedel-Heller SG, Luck T, Fuchs A, Weyerer S, Werle J, van den Bussche H, Scherer M, Maier W, Wagner M, German Study on Aging C, Dementia in Primary Care P (2014) AD dementia risk in late MCI, in early MCI, and in subjective memory impairment. *Alzheimers Dement* 10, 76-83.
- Larouche, E., Tremblay, M-P., Potvin, O., Laforest, S., Bergeron, D., Laforce, R. Jr., Monetta, L., Boucher, L., Tremblay, P., Belleville, S., Lorrain, D., Gagnon, J.F., Gosselin, N., Castellano, C.-A., Cunnane, S.C., Macoir, J., Hudon, C. (2016). Normative Data for the Montreal Cognitive Assessment in Middle-Aged and Elderly Quebec-French People. *Archives of Clinical Neuropsychology*. Advanced publication.
- Mateos, R. (2018). Mild cognitive impairment: some steps forward. *International Psychogeriatrics*, 30(10), 1427-1429.
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Jr., Kawas, C. H., et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 7(3), 263-269.
- Newkirk LA, Kim, JM, Thompson JM, Tinklenberg JR, Yesavage, JA, Taylor JL. (2004). Validation of a 26-point Telephone Version of the Mini-Mental State Examination. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*.
- Petersen, R.C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment : a concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*, 275, 214-228.
- Vercambre MN, Cuvelier H, Gayon YA, Hardy-Léger I, Berr C, Trivalle C, Boutron-Ruault MC, Clavel-Chapelon F. (2010). Validation study of a French version of the modified telephone interview for cognitive status (F-TICS-m) in elderly women. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 24: 1142-1149.
- Waldron-Perrine, B. & Axelrod, B.N. (2012). Determining an appropriate cutting score for indication of impairment on the Montreal Cognitive Assessment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, [Epub ahead of print].

### **Utilisation de tests brefs pour la détection d'un trouble cognitif chez les aînés**

**Carol Hudon**, Ph.D., professeur titulaire, École de psychologie, Université Laval  
Chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec

---

#### **INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

##### **ABRÉGÉ**

---

Selon les recommandations adaptées à la pratique médicale préventive au Québec, les cliniciens sont encouragés à dépister les cas de déficits cognitifs chez l'adulte lorsqu'un déficit est perçu par un proche, un intervenant, un aidant naturel ou par le patient lui-même (Cf. Manuel de l'examen périodique de médical de l'adulte). En effet, les troubles cognitifs légers, surtout chez les personnes âgées, accroissent significativement le risque de développer la maladie d'Alzheimer ou un syndrome apparenté. Le diagnostic de la démence est évidemment un processus nécessitant la réalisation de plusieurs examens médicaux et souvent, une évaluation neuropsychologique est nécessaire. Mais avant la réalisation d'une évaluation neuropsychologique exhaustive, il est possible d'administrer des tests cognitifs brefs de dépistage, dont le temps de passation varie généralement entre 5 et 10 minutes. Ces tests, qui peuvent être administrés par plusieurs catégories de cliniciens, peuvent aussi être utiles pour caractériser l'évolution du fonctionnement cognitif d'une personne âgée avec le passage du temps ou suivant l'implantation d'un traitement. Dans le cadre de cette formation, une synthèse des connaissances sur l'importance du dépistage précoce d'un trouble cognitif sera d'abord exposée. Ensuite, des tests cognitifs brefs seront présentés. Pour chaque outil, les principes de cotation et d'interprétation des résultats seront décrits. Les forces et les limites des instruments seront également présentées.

---

#### **LES BUTS DE LA FORMATION**

---

Le but de cette formation est de proposer aux cliniciens différents tests brefs servant à détecter un trouble cognitif chez une personne âgée. L'accent est mis sur les forces et les limites des instruments ainsi que sur les principes de cotation et d'interprétation des performances.

---

#### **CLIENTELE CIBLE**

---

Cette formation vise différents cliniciens pour lesquels les personnes âgées font partie de la clientèle : médecins, infirmières, psychologues, neuropsychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, (autres possibles sur demande).

## PLAN DE LA JOURNÉE

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i><b>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</b></i>                                | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>   |
|---|--|---|--|---|
| <b>8 h 30 – 8 h 40</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Introduction</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Présentations</li> <li>Plan de la formation</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Exposé magistral</li> </ul>   | N/A   |
| <b>8 h 40 – 9 h 15</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre les enjeux associés au dépistage d'un trouble cognitif chez les personnes âgées</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Définition du trouble cognitif et de la démence</li> <li>Épidémiologie</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Exposé magistral</li> <li>Questions</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation des notions de base et statistiques (p.ex., prévalence)</li> </ul>  |
| <b>9 h 15 – 10 h</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Connaître et administrer le <i>Mini-Mental State Examination</i> (MMSE)</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Description de l'outil</li> <li>Principes de cotation et d'interprétation des résultats</li> <li>Forces et limites de l'outil</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Exposé magistral</li> <li>Discussions</li> <li>Questions</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Discussions pour déterminer dans quelles circonstances une évaluation cognitive plus exhaustive est souhaitable</li> </ul> |
| <b>10 h – 10 h 15</b>   | <b>Pause</b>   |   |  |   |
| <b>10 h 15 – 11 h</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Connaître et administrer le <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (MoCA)</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Description de l'outil</li> <li>Principes de cotation et d'interprétation des résultats</li> <li>Forces et limites de l'outil</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Exposé magistral</li> <li>Discussions</li> <li>Questions</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Discussions pour déterminer dans quelles circonstances une évaluation cognitive plus exhaustive est souhaitable</li> </ul> |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>  | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|---|--|--|---|
| <b>11 h – 11 h 15</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître et administrer les versions alternatives du <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (MoCA)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Description des versions alternatives</li> <li>• Principes de cotation et d'interprétation des résultats</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussions</li> <li>• Questions</li> </ul>   | N/A   |
| <b>11 h 15 – 11 h 35</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître l'existence d'autres tests de dépistage cognitif (p.ex., 5 mots de Dubois, PECPA-2R)</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Description générale des outils</li> <li>• Forces et limites des outils</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussions</li> <li>• Questions</li> </ul>   | N/A   |
| <b>11 h 35 – 11 h 45</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusion</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan de la formation</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussions</li> <li>• Évaluation</li> </ul>  | N/A   |

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Livres

- Burns, J., & Morris, J. (2008). *Mild Cognitive Impairment and Early Alzheimer's Disease: Detection and Diagnosis*. New York: Wiley. 156 pages.
- Petersen, R.C. (2003). *Mild cognitive impairment: Aging to Alzheimer's disease*. New York : Oxford University Press. 269 pages.
- Tuokko, H., & Hultsch, D. F. (2006). *Mild Cognitive Impairment: International Perspectives*. Psychology Press. 319 pages.

### Articles

- Albert, M.S., Dekosky, S.T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H.H., Fox, N.C., Gamst, A., Holtzman, D.M., Jagust, W.J., Petersen, R.C., Snyder, P.J., Carrillo, M.C., Thies, B., Phelps, C.H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 270-279.
- Belleville, S., Sylvain-Roy, S., de Boysson, C., & Menard, M. C. (2008). Chapter 23 Characterizing the memory changes in persons with mild, *Progress in Brain Research*, 169, 365-375.
- Costas AS et al. (2014). Evidence of the Sensitivity of the MoCA Alternate Forms in Monitoring Cognitive Change in Early Alzheimer's Disease . *Dement Geriatr Cogn Disord* February; 37:95-103.
- Dubois, B., Feldman, H.H., Jacova, C., et al. (2010). Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurology*, 9, 1118-1127.
- Dubois, B., Touchon, J., Portet, F., et al. (2002). « Les 5 mots », épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *La presse médicale*, 31(36), 1696-1699.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., et al. (2006). Mild cognitive impairment. *The Lancet*, 367(9518), 1262-1270.
- Hudon, C., Potvin, O., Turcotte, M-C., D'Anjou, C., Dubé, M., Préville, M., Brassard, J., & co-chercheurs de l'étude ESA (2009). Normes pour le Mini-Mental State Examination (MMSE) chez les Québécois francophones âgés de 65 ans et plus. *Canadian Journal on Aging*, 28(4), 347-357.
- Laforce Jr, R., Sellami, L., Bergeron, D., Verret, L., Fortin, M.P., Houde, M., Roy, M., Poulin, S., Macoir, J. Hudon, C., & Bouchard, R.W. (2018). Validation of the Dépistage Cognitif de Québec: A New Cognitive Screening Tool for Atypical Dementias. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 33, 57-65.
- Larouche, E., Tremblay, M-P., Potvin, O., Laforest, S., Bergeron, D., Laforce, R. Jr., Monetta, L., Boucher, L., Tremblay, P., Belleville, S., Lorrain, D., Gagnon, J.F., Gosselin, N., Castellano, C.-A., Cunnane, S.C., Macoir, J., Hudon, C. (2016).

- Normative Data for the Montreal Cognitive Assessment in Middle-Aged and Elderly Quebec-French People. Archives of Clinical Neuropsychology. DOI: 10.1093/arclin/acw076 (IF: 1.99) Advanced publication: September 13. PMID: 27625048
- Lavoie, M., Bherer, L., Joubert, S., Gagnon, J.F., Rouleau, I., Blanchet, S., Hudon, C., & Macoir, J. (2018). Normative data for the Rey Auditory Verbal Learning Test in the French-Quebec population. *The Clinical Neuropsychologist*, 32(sup1), 15-28.
  - Liew, Tau Ming, et al. "Diagnostic Utility of Montreal Cognitive Assessment in the Fifth Edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Major and Mild Neurocognitive Disorders." *Journal of the American Medical Directors Association* (2014).
  - Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
  - Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183-194.
  - Petersen, R.C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment : a concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*, 275, 214-228.
  - Rossetti, H.C., Lacritz, L.H., Cullum, C.M. et al. (2011). Normative data for the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in a population-based sample. *Neurology*, 77;1272-1275.
  - St-Hilaire, A., Blackburn, M.C., Wilson, M.A., Laforce, R.Jr, Hudon, C., & Macoir, J. (2018). Object decision test (BORB): Normative Data and Performance in Alzheimer's Disease and the Semantic Variant of Primary Progressive Aphasia in the Adult Quebec Population. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 25(3), 427-442.
  - Tsoi, Kelvin KF, et al. (2015). "Cognitive Tests to Detect Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis." *JAMA internal medicine*.
  - Turcotte, V., Gagnon, M.E., Joubert, S., Rouleau, I., Gagnon, J.F., Escudier, F., Koski, L.M., Potvin, O., Macoir, J., & Hudon, C. (2018). Normative data for the Clock Drawing Test in French-Quebec adults. *The Clinical Neuropsychologist*, 32(sup1), 91-101.
  - Voyer, P., Richard, H., Juneau, L., Durand, P., Morin, M., Labarre, K., & Hudon, C. (2016). Le MEEM version CEVQ. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. ([http://www.cevq.ca/fileadmin/cha/Microsite/CEVQ/Documentation/MEEM-CEVQ\\_rapport\\_final.pdf](http://www.cevq.ca/fileadmin/cha/Microsite/CEVQ/Documentation/MEEM-CEVQ_rapport_final.pdf))
  - Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L. O., et al. (2004). Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 240-246.
  - Waldron-Perrine, B. & Axelrod, B.N. (2012). Determining an appropriate cutting score for indication of impairment on the Montreal Cognitive Assessment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, [Epub ahead of print].

## **Les troubles du langage associés au vieillissement pathologique : caractérisation et détection en clinique de première ligne**

Joël Macoir, PhD, professeur titulaire, Faculté de médecine, département de réadaptation, Université Laval

---

### **INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

#### **ABRÉGÉ**

---

Dans le contexte démographique qui caractérise actuellement la plupart des sociétés industrialisées, les troubles cognitifs associés au vieillissement constituent l'un des problèmes de santé les plus importants chez les personnes âgées. Alors que l'on observe peu de modifications sur le plan du langage et de la communication chez les personnes âgées normales, ces capacités essentielles à l'homme sont affectées dans diverses pathologies associées au vieillissement (ex., maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, etc.). Ces troubles occupent parfois une place centrale dans le tableau clinique (ex. aphasie, aphasie progressive primaire) et ont des répercussions majeures sur le maintien des capacités fonctionnelles et sur les habitudes de vie des personnes qui en sont affectées.

Dans le cadre de cette formation, nous présenterons les changements sur le plan de la cognition (mémoire, fonctions exécutives, attention, etc.) et du langage qui accompagnent le vieillissement normal et le déficit cognitif léger. Nous décrirons ensuite les troubles du langage associés à diverses pathologies du vieillissement (maladie d'Alzheimer, troubles cognitifs vasculaires et autres formes de démence). Enfin, nous présenterons un nouvel outil permettant de détecter rapidement ces troubles neurodégénératifs du langage en clinique de première ligne. Le test, incluant le manuel d'administration et les normes, sera remis aux participants.

---

### **LES BUTS DE LA FORMATION**

---

Cette formation vise à faire acquérir des connaissances de base relatives aux troubles du langage et de la communication dans le vieillissement normal et pathologique. Elle vise aussi à sensibiliser les intervenants de première ligne à ces troubles et à améliorer leur détection grâce à l'utilisation d'un nouvel outil spécifiquement développé à cette fin.

---

### **CLIENTELE CIBLE**

---

Cette formation s'adresse particulièrement aux intervenants de première ligne (infirmières, médecins, ...)

**PLAN DE LA JOURNÉE**

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><b><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i></b> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|---|---|--|---|
| <b>8 h 30 – 8 h 35</b>  |   | ▪ Description du contenu et des objectifs de la formation   | ▪ Exposé magistral   |   |
| <b>8 h 35 – 9 h</b>   | ▪ Comprendre l'impact du vieillissement normal sur la cognition et le langage                                 | ▪ Vieillesse normale et : mémoires à long terme, attention, mémoire de travail, fonctions exécutives, langage                             | ▪ Exposé magistral   |   |
| <b>9 h – 9 h 30</b>   | ▪ Connaître les troubles de la cognition et du langage dans le déficit cognitif léger                         | ▪ Critères diagnostiques. Caractérisation générale des troubles   | ▪ Exposé magistral   |   |
| <b>9 h 30 – 10 h</b>  | ▪ Connaître et détecter les troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer, les autres formes de démence.    | ▪ Caractérisation des troubles du langage : principaux symptômes et manifestations<br>Test de détection : présentation, cotation, utilité | ▪ Exposé magistral<br>▪ Illustrations cliniques<br>▪ Échange   |   |
| <b>10 h – 10 h 15</b>   | <b>Pause</b>  |   |  |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><b>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</b>   | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>                  |
|---|--|--|--|--|
| <b>10 h 15 – 11 h 30</b>  | (Suite)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaître et détecter les troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer, les autres formes de démence (suite)</li> </ul> | (Suite)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caractérisation des troubles du langage: principaux symptômes et manifestations</li> </ul> Test de détection : présentation, cotation, utilité | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposé magistral</li> <li>▪ Illustrations cliniques</li> <li>▪ Échange</li> </ul>       |  |
| <b>11 h 30 – 11 h 45</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conclusion et échange</li> </ul>  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réponses aux dernières questions</li> <li>▪ Bilan de la formation</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation</li> </ul> |

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

- Boller, F., Dalla Barba, G. & Traykov, L. (2005). La neuropsychologie du vieillissement normal. Dans Botez-Marquard, T. & Boller, F. (Eds), Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement – 3ème édition, Montréal: Les presses de l'Université de Montréal, 657-675
- Burns, J.M. & Morris, J.C. (2008). Mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease : detections and diagnosis. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- INESSS (2015). La maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs.  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS\\_DocumentSynthese\\_Reperage\\_diagnostic\\_annonce\\_suivi.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_DocumentSynthese_Reperage_diagnostic_annonce_suivi.pdf)
- Klimova, B. & Kuca, K. (2016). Speech and language impairments in dementia. Journal of Applied Biomedicine, 14 (2), 97-103.
- Laforce, R. Jr., Lehmann, M., Macoir, J., Poulin, S., Roy, M.1, Soucy, J-P., Verret, L., Miller, B.L. & Bouchard, R.W (2015). Chapter 5: Symptoms of Neurodegenerative Diseases. In L. Saba (Ed.): Imaging in Neurodegenerative disorders. Oxford Univ. Press, 54-81.
- Langa, K. M. & Levine, D.A. (2014). The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review. Jama 312(23), 2551-2561.
- Macoir, J., Fossard, M., Lefebvre, L., Monetta, L., Renard, A., Tran, T.M. & Wilson, M.A. (2017). DTLA - A new screening test for language impairment associated with neurodegenerative diseases: Validation and normalization data. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 32 (7), 382-392
- Macoir, J., Turgeon, Y., Laforce Jr., R. (2015). Language Processes in Delirium and Dementia. In: James D. Wright (editor-in-chief), International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2nd edition, Vol 13. Oxford: Elsevier. pp. 360–367.
- Macoir, J., Laforce, R. Jr., Monetta, L. & Wilson, M. (2014). Les troubles du langage dans les aphasies primaires progressives et dans les principales formes de démence: mise à jour à la lumière des nouveaux critères diagnostiques. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement, 12 (2), 199-208.
- Petersen, R.C. (2016). Mild Cognitive Impairment. Continuum (Minneapolis, Minn.), 22(2 Dementia), 404-18.
- Ravdin, L.D. et al. (2013). Handbook on the neuropsychology of aging and dementia. New York : Springer.

**L'approche adaptée à la personne âgée**

**Michèle Morin**, interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

**France Collin**, retraitée

**Karine Labarre**, inf. M. Sc., conseillère cadre, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

---

**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, assorti d'un programme de sensibilisation et de formation destiné aux gestionnaires et aux intervenants œuvrant en centre hospitalier. 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 et les milieux de réadaptation, tout comme en milieu d'hébergement, la connaissance du vieillissement normal et pathologique permet d'étoffer la démarche du soignant dans les différentes étapes de soins: dépistage, évaluation, intervention et suivi. Elle guide également mieux le gestionnaire dans l'organisation des soins à cette clientèle. Conséquemment, des soins optimaux sont offerts à tous les aînés, à travers le continuum, en favorisant leur autonomie et leur bien-être, et sans 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 fragilité et particulièrement de présentation atypique de plusieurs problèmes de santé aideront 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 par système. L'effet synergique du vieillissement normal et des problèmes de santé affecte davantage la personne âgée que l'adulte plus jeune. Cet impact plus grand, accentué par l'immobilité, se répercute particulièrement sur l'autonomie fonctionnelle des personnes aînées. Comment éviter le déclin fonctionnel, la perte d'autonomie, et comment intervenir rapidement ? Ces aspects sont discutés tout au long de la présentation et lors des études de cas. Les participants pourront ainsi mieux promouvoir et optimiser la santé et l'autonomie de la personne vieillissante dans les différents milieux de soin.

Le contenu de la formation est en partie théorique. Par ailleurs, des études de cas en faciliteront l'intégration 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 (ergothérapeutes, intervenants sociaux, intervenants spirituels, médecins, nutritionnistes, orthophonistes, pharmaciens, physiothérapeutes, psychologues, etc.) ainsi que les infirmiers auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires sont invités à assister à cette formation dans le but d'être sensibilisés aux enjeux de l'approche adaptée à la personne âgée.

---



---

## PLAN DE LA JOURNÉE

---

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

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

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

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Cadre de référence

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

### 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 Medicine and Gerontology. Toronto: McGraw-Hill p. 1565-1575.
- Arcand, M., Hébert, R. (2007). Précis pratique de gériatrie. Canada : Edisem. 1270 pages.
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T. & Jett, K. (2010). Gerontological nursing healthy aging (3e ed). États-Unis: Mosby Elsevier. 483 p.
- Hazzard's W. R. & al. (2009). Geriatric medicine and gerontology. États-Unis : Mc Graw Hill.
- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de surveillance clinique. Montréal : ERPI. 232 pages.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. (2e Edition) Montréal: ERPI. 753 pages.

Pour les participants qui désirent compléter le contenu présenté lors de la formation, les formatrices suggèrent de lire les chapitres 1, 2 et 13.

### Articles scientifiques

- Amella, E.J. Presentation of Illness in Older Adults. American Journal of Nursing, 2004; 104(10):40-51.
- Ansryan, L.Z., Aronow, H.U., Borenstein, J.E., Mena, V., Haus, F., Palmer, K., Chan, E., Swanson, J.W., Mass, S., Rosen, B., Braunstein, G.D., Burnes Bolton, L. Systems Addressing Frail Elder Care: Description of a Successful Model. J Nurs Adm, 2018 Jan; 48(1):11-17.
- Baumbusch J., Leblanc M.E., Shaw M., Kjørven M. Factors influencing nurses' readiness to care for hospitalised older people. Int J Older People Nurs, 2016 Jun; 11(2):149-59.
- Bender D., Holyoke P. Why some patients who do not need hospitalization cannot leave: A case study of reviews in 6 Canadian hospitals. Healthc Manage Forum, 2018 Jan; 1-5.
- Bernabei, R., Martone, A.M., Vetrano, D.L., Calvini, R., Landi, F., Marzetti, E. Frailty, Physical Frailty, Sarcopenia: A New Conceptual Model. Active Ageing and Healthy Living, 2014. doi:10.3233/978-1-61499-425-1-78.
- Bellini, G., Morandi, A., Davis, D.H.J., Mazzoła, P., Turco, R., Gentile, S., MacLulich, A.M.J. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. Age and Ageing, 2014; 0: 1-7. Doi: 10.1093/ageing/afu021.
- Cameron, I.D., Kurrle, S.E. Rehabilitation and older people. MJA, 2002; 177:387-391.

- Cameron et al. A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC Medicine*, 2013; doi:10.1186/1741-7015-11-65.
- Dorner, T.E. Association nutritional status (MNA®SF) and frailty (SHARE-FI) in acute hospitalised elderly patients. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2014; 18(3):264-269.
- Eagles D., Perry J.J., Sirois M.J., Lang E., Daoust R., Lee J., Griffith L., Wilding L., Neveu X., Emond M. Timed Up and Go predicts functional decline in older patients presenting to the emergency department following minor trauma. *Age Ageing*, 2017 Mar 1; 46(2):214-218.
- Fiatorone, M.A. & al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *The New England Journal of Medicine*, 1994; 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*, 2015 ; 10(10) :645-650. doi :10.1002/jhm.2418.
- Fried, L.P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, Anderson, G. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *Journal of Gerontology*, 2004; 59:255-2.
- Goldspink, G. Age-Related Loss of Muscle Mass and Strength. *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. Dysphagia in old-old women: prevalence as determined by self-report and the 3 oz water swallowing. *Journal of American Geriatric Society* 2014; 62 (40): 716-720.
- Hogan, D.B., MacKnight, C., Bergman, H. (Canadian Initiative on Frailty and Aging). Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin. Exp. Res.*, 2003; 15 Suppl.(3):3-29.
- Hshield, T.T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T. et Inouye, S.K. (2015). Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions. *JAMA Intern Med.* 2015; 75(4) :512-520. doi:10.1001/jamainternmed.2014.7779.
- Huifen, L., Bhavish, M., Sean, X. L. Frailty, Inflammation and Immunity. *Aging and Disease*, 2011; 2(6):466-473.
- Kroemer, D.J., Bloor, G., Fiebig, J. Acute Transition Alliance: rehabilitation at the acute/aged care interface. *Australien Health Review*, 2004; 28(3):266-274.
- Kubicki, A., Bonnetblanc, F., Petrment, G., Ballay, Y., Mourey, F. Delayed postural control during self-generated perturbations in the frail older adults. *Clinical Interventions in Aging*, 2012; 7:65–75.
- Limpawattana, P., Phungoen, P., Mitsungnern, T., Laosuangkoon, W., Tansangworn N. Atypical presentations of older adults at the emergency department and associated factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2016; Volume 62: 97-102. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2015.08.016>.
- Lowthian J.A., McGinnes R.A., Brand C.A., Barker A.L., Cameron P.A. Discharging older patients from the emergency department effectively: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 2015 Sep; 44(5):761-70.
- Marcantonio, E.R., Ngo, L.H., O'Connor, M., Jones, R.N., Crane, P.K., Metzger, E.D. et Inouye, S.K. 3D-CAM : Derivation and Validation of a 3-Minute Diagnostic Interview for CAM-defined Delirium. *Annals of Internal Medicine*, 2014 october 21;161(8):554-561. doi :10.7326/M14-0865.
- Morin, J., Leduc, Y. Lève-toi et marche. *Le Médecin du Québec*, 2004; 39(6) :89-94.
- Oelke, M., Wiese, B., Berges, R. Nocturia and its impact on health-related quality of life and health care seeking behaviour in German community-dwelling men aged 50 years or older. *World J Urol*, 2014; 32:1155-1162.

- Oliveira, M.R.M., Fogaça, K.C.P., A Leandro-Merhi, V. Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. *Nutrition Journal*, 2009 ; 8(54). Récupéré sur le site de la revue : <http://www.nutritionj.com/content/8/1/54>.
- Parish, A., Kim, J., Lewallen, K.M., Miller, S., Myers, J., Panepinto, R., Maxwell, C.A. Knowledge and perceptions about aging and frailty: An integrative review of the literature. *Geriatr Nurs*, 2019 Jan - Feb; 40(1):13-24.
- Rose, D.J. Preventing falls among older adults: No "one size suits all" intervention strategy. *Journal of Rehabilitation Research & development*, 2008; 45(8):1153-1166.
- Rubin, F.H., Neal, K., Fenlon, K., Hassan, S. et Inouye, S. K. Sustainability and scalability of the Hospital Elder Life program at a community hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2011; 59(2):359-365.
- Rubin F.H., Bellon J., Bilderback A., Urda K., Inouye S.K. Effect of the Hospital Elder Life Program on Risk of 30-Day Readmission. *J Am Geriatr Soc*, 2018 Jan; 66(1):145-149.
- Rush, K.L., Hickey, S., Epp, S., Janke, R. Nurses' attitudes towards older people care: An integrative review. *J Clin Nurs*, 2017 Dec; 26(23-24):4105-4116.
- 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*, 2015; 16 : 690-696.
- Skloot, G.S. The Effects of Aging on Lung Structure and Function. *Clin Geriatr Med*, 2017 Nov;33(4):447-457.
- Theou, O., Squires, E., Mallery, K., Lee, J.S., Fay, S., Goldstein, J., Armstrong, J.J., Rockwood, K. What do we know about frailty in the acute care setting? A scoping review. *BMC Geriatr*, 2018 Jun 11; 18(1):139.
- Tribess, S., Virtuoso Junior, J.S., Jaco de Oliveira, R. Physical activity as a predictor of absence of frailty in the elderly. *Rev. Assoc. Med. Bras*, 2012;58(3). Récupéré sur le site de la bibliothèque de l'Université Laval : <http://dx.doi.org.ezproxy.bibl.ulaval.ca/10.1590/S0104-42302012000300015>.
- Vermeulen, J., Neyens, J.C.L., van Rossum, E., Spreeuwenberg, M.D., de Witte, L.P. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 2011; 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., Richard, S. RADAR : A Mesure of the Sixth Vital Sign ? *Clinical Nursing Research*, 2015 : 1-21. doi: 10.1177/1054773815603346.
- Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., Carmichael, P.H. (2015). Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: a validation study. *BMC Nursing*, 2015; 14:19. doi 10.1186/s12912-015-0070-1.
- Yu, F., Evans, L.K., Sullivan-Marx, E.M. Functional Outcomes for Older Adults with Cognitive Impairment in a Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility. *JAGS*, 2005; 53:1599-1606.
- Zisberg, A., Shadmi, E., Sinoff, G., Gur-Yaish, N., Srulovici, E., Admi, H. Low mobility during hospitalization and functional decline in olders adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2011; 59(2):266-73.

## Documents scientifiques

- 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, Qc

- 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](http://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](http://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.
- Voyer, P. (2010). Video interactive : L'examen clinique de l'état mental d'une personne âgée dans le contexte du delirium. Faculté des sciences infirmières, Université Laval.

### **Conduite automobile et aîné : une vieille habitude ?**

**Michèle Morin**, M.D., interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

---

#### **INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

##### **ABRÉGÉ**

---

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

---

#### **LES BUTS DE LA FORMATION**

---

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

---

#### **CLIENTELE CIBLE**

---

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

**PLAN DE LA JOURNÉE**

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>                                | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes.</b> |
|---|---|---|--|--|
| <b>8 h 30 – 9 h</b>   | Situer les enjeux entourant la conduite automobile chez la personne âgée dans leur contexte   | Nombre de conducteurs âgés, taux d'accidents en fonction de l'âge, type d'accidents en fonction de l'âge, conséquences d'un traumatisme de la route pour l'ainé, démence et conduite automobile, taux de déclaration des maladies à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants selon leur nombre                              |  |
| <b>9 h – 9 h 50</b>   | Cerner les moments-clés où évaluer l'aptitude à conduire de façon sécuritaire un véhicule automobile est requis chez la personne âgée | Calendrier prédéterminé par la SAAQ, examen médical périodique, conditions médicales et médication devant interpellier le clinicien, responsabilités du conducteur  | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants selon leur nombre   |  |
| <b>9 h 50 – 10 h 15</b>   | Détailler en quoi consiste l'évaluation clinique de l'aptitude d'une personne âgée à conduire un véhicule                             | Éléments clés de l'anamnèse et de l'examen physique, dépistage cognitif, tests prédictifs   | Exposé interactif<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants  |  |
| <b>10 h 15 – 10 h 30</b>  | <b>Pause</b>  |   |  |  |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>          | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes.</b> |
|---|---|--|--|--|
| <b>10 h 30 – 11 h 10</b>  | Discuter des issues possibles de l'évaluation clinique de l'aptitude d'une personne âgée à conduire un véhicule | Patient apte, inapte ou doute ; démarches inhérentes à chacune des issues : éducation, signalement à la SAAQ, référence en ergothérapie, demande d'un test sur route à la SAAQ, cours de conduite, simulateur, etc.                            | Exposé interactif<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants  | Différents formulaires (M28, etc.)             |
| <b>11 h 10 – 11 h 20</b>  | Appréhender les conséquences de la perte du permis de conduire pour la personne âgée                            | Conséquences pour le patient, pour ses proches et pour la relation thérapeutique avec le « délateur », code de la sécurité routière au Québec  | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants selon leur nombre                              |  |
| <b>11 h 20 – 11 h 35</b>  | Transmettre l'opinion professionnelle au détenteur âgé du permis de conduire                                    | Préparation de l'annonce, implication des proches, précision des rôles, explication des constats, validation de la compréhension, accueil des réactions, recherche d'alternatives, vérification des intentions, consignation au dossier, suivi | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants selon leur nombre                              |  |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b> | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes.</b> |
|---|--|-----------------|--|--|
| <b>11 h 35 – 11 h 40</b>  |  | Conclusion      | Discussions et échanges<br><br>Réponses aux questions des participants   |  |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b>  |  |                 |  | Évaluation de la formation                     |

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Livres

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

### Lignes directrices

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

### Ressources électroniques

- American Occupational Therapist Association : [www.aota.org/olderdriver](http://www.aota.org/olderdriver)
- Classe de permis, SAAQ : [http://www.saaq.gouv.qc.ca/publications/permis/classes\\_permis.pdf](http://www.saaq.gouv.qc.ca/publications/permis/classes_permis.pdf)
- Conduite automobile et démence, trousse d'information, Programme gériatrique régional de l'est de l'Ontario : [http://www.lignesantechamplain.ca/healthlibrary\\_docs/June2009.pdf](http://www.lignesantechamplain.ca/healthlibrary_docs/June2009.pdf)
- Guide d'exercice du Collège des Médecins du Québec, 2007 : <http://www.cmq.org/MedecinsMembres/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~//media/9DADF56514BB48D2B0C70568F96FB8FF.ashx>
- Lignes directrices de l'AMA : [www.nhtsa.dot.gov/people/injury/olddrive/OlderDriversBook](http://www.nhtsa.dot.gov/people/injury/olddrive/OlderDriversBook)
- Programme CanDRIVE : [www.candrive.ca](http://www.candrive.ca)
- Ressources utiles pour l'enseignement aux patients :
- SAAQ: « Au volant de ma santé » : [http://www.saaq.gouv.qc.ca/publications/prevention/volant\\_sante.pdf](http://www.saaq.gouv.qc.ca/publications/prevention/volant_sante.pdf)
- SAAQ: « La sécurité routière n'a pas d'âge » : [http://www.saaq.gouv.qc.ca/publications/prevention/pas\\_dage.pdf](http://www.saaq.gouv.qc.ca/publications/prevention/pas_dage.pdf)
- SAAQ: « Testez vos connaissances » : <http://testdeconnaissances.saaq.gouv.qc.ca/fr/>
- Simulateur de conduite : <https://www.caaquebec.com/fr/sur-la-route/interets-publics/securite-routiere/simulateur-de-conduite/>
- Statistiques: Bilan routier SAAQ 2017 : <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/bilan-routier-2017.pdf>

### Articles scientifiques

- Andrew C., Traynor V., Iverson D. An integrative review: understanding driving retirement decisions for individuals living with a dementia. J Adv Nurs 2015 Dec; 71(12): 2728-40.
- Bédard, M., Porter, M.M., Marshall, S., Isherwood, I., Riendeau, J., Weaver, B., et al. The combination of two training approaches to improve older adults' driving safety. Traffic Injury Prevention, 2008; 9(1) :70-76.
- Boot W.R., Stothart C., Charness N. Improving the safety of aging road users: a mini-review. Gerontology. 2014; 60(1):90-6.
- Bouchard C. L'évaluation du conducteur au cabinet, clé en main. Le Médecin du Québec, 2006; 41(9) :37-43.
- Boutet B., Massicotte M.J. Médicaments + conduite = prudence ! Le Médecin du Québec, 2006; 41(9) :53-58.

- Carr D.B., O'Neill D. Mobility and safety issues in drivers with dementia. *Int Psychogeriatr* 2015 Oct; 27(10): 1613-22.
- Chihuri S., Mielenz T.J., DiMaggio C.J., Betz M.E., DiGuseppi C., Jones V.C., Li G. Driving Cessation and Health Outcomes in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2016 Feb;64(2):332-41.
- Crête P., Vézina F. L'annonce de l'inaptitude médicale pour la conduite automobile. *Le Médecin du Québec*, 2006; 41(9) :67-71.
- Crizzle A.M., Classen S., Bédard M., Lanford D., Winter S. MMSE as a predictor of on-road driving performance in community dwelling older drivers. *Accid Anal Prev*, 2012 Nov; 49:287-92.
- Dattoma, L.L. Evaluation of the Older Driver. *Prim Care*, 2017 Sep; 44(3):457-467.
- Davis, R.L., Ohman, J.M. Driving in Early-Stage Alzheimer's Disease: An Integrative Review of the Literature. *Res Gerontol Nurs*, 2017 Mar 1; 10(2):86-100.
- Daw J. Maladie et permis de conduire, comment s'y retrouver ? *Le Médecin du Québec*, 2006; 41(9) :61-64.
- Daw J. Permis de conduire: qui fait quoi ? *Le Médecin du Québec*, 2006; 41(9) :27-33.
- Desapriya E., Harjee R., Brubacher J., Chan H., Hewapathirane D.S., Subzwari S., Pike I. Vision screening of older drivers for preventing road traffic injuries and fatalities. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014 Feb 21; 2.
- Devlin A., McGillivray J.A. Self-regulation of older drivers with cognitive impairment: a systematic review. *Australas J Ageing*, 2014 Jun; 33(2):74-80.
- Dickerson A.E., Meuel D.B., Ridenour C.D., Cooper K. Assessment tools predicting fitness to drive in older adults: a systematic review. *Am J Occup Ther* 2014 Nov-Dec; 68(6): 670-80.
- Dobbs B.M., Shergill S.S. How effective is the Trail Making Test (Parts A and B) in identifying cognitively impaired drivers ? *Age Ageing*, 2013 Sep; 42(5):577-81.
- Fuermaier A.B., Piersma D., de Waard D., Davidse R.J., de Groot J., Doumen M.J., Bredewoud R.A., Claesen R., Lemstra A.W., Scheltens P., Vermeeren A., Ponds R., Verhey F., Brouwer W.H., Tucha O. Assessing fitness to drive-A validation study on patients with mild cognitive impairment. *Traffic Inj Prev*, 2017 Feb 17; 18(2):145-149.
- Giroux M.T., Roberge R. Le dilemme du signalement : respecter la loi et sauvegarder l'alliance thérapeutique. *Le Médecin du Québec*, 2006; 41(9) :45-51.
- Hollis A.M., Lee A.K., Kapust L.R., Phillips L.K., Wolkin J., O'Connor M.G. The driving competence of 90-year-old drivers: from a hospital-based driving clinic. *Traffic Inj Prev*, 2013; 14(8):782-90.
- Lavallière, M., Laurendeau, D., Tremblay, M., Simoneau, M., & Teasdale, N. (2009, June 22-25). Multiple-session simulator training for older drivers and on-road transfer of learning. Paper presented at the Fifth International Driving Symposium on Human Factors in Driver Assessment, Training and Vehicle Design, Big Sky, MT.
- Marottoli, R.A., de Leon, C.F.M., Glass, T.A., Williams, C.S., Cooney, L.M.Jr., & Berkman, L.F. Consequences of driving cessation: decreased out-of-home activity levels. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2000; 55(6):S334-340.
- Martin A.J., Marottoli R., O'Neill D. Driving assessment for maintaining mobility and safety in drivers with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013 Aug 29; 8.
- Molnar F.J., Simpson C.S. Approach to assessing fitness-to-drive in patients with cardiac and cognitive issues. *Can Fam Physician*, 2010; 56 (11):1123-1129.
- Molnar F.J., Rapoport M.J., Roy M. Dementia and driving: maximizing the utility of in-office screening and assessment tools. *Can Geriatr Soc J CME*, 2012; 2(2):11-4.

- Morgan, E. Driving Dilemmas: A Guide to Driving Assessment in Primary Care. *Clin Geriatr Med*, 2018 Feb; 34(1):107-115.
- Piersma D., Fuermaier A.B., de Waard D., Davidse R.J., de Groot J., Doumen M.J., Bredewoud R.A., Claesen R., Lemstra A.W., Vermeeren A., Ponds R., Verhey F., Brouwer W.H, Tucha O. Prediction of Fitness to Drive in Patients with Alzheimer's Dementia. *PLoS One*, 2016 Feb 24; 11(2):1-29.
- Scott K.A., Rogers E., Betz M.E., Hoffecker L., Li G., DiGuseppi C. Associations Between Falls and Driving Outcomes in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc*, 2017 Dec; 65(12):2596-2602.
- Serra A.L., von Gunten A., Mosimann U., Favrat B. Driving ability, mental illness and psychotropic medication in the elderly. *Rev Med Suisse*, 2014 Apr 30; 10(428):981-5.
- Somes, J., Donatelli, N.S. Giving up the Keys-The Older Adult Driving in a Rural Setting. *J Emerg Nurs*, 2017 Jan; 43(1):74-77.
- Staplin, L., Lococo, K.H., Mastromatto, T., Sifrit, K.J., Trazzera, K.M. CE: Can Your Older Patients Drive Safely ? *Am J Nurs*, 2017 Sep; 117(9):34-43.
- Svetina M. The reaction times of drivers aged 20 to 80 during a divided attention driving. *Traffic Inj Prev*, 2016 Nov 16; 17(8):810-4.
- Tardif, F. Impacts des changements démographiques sur le bilan routier au Québec 2002-2015. Québec: Société d'assurances automobile du Québec, Service des études et des stratégies en sécurité routière, Direction des études et des stratégies en sécurité routière, 2003.

**Le delirium chez l'aîné : comment éviter la confusion en tant que médecin ?**

**Michèle Morin**, M.D., interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

---

---

**INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

---

**ABRÉGÉ**

---

---

Le delirium, ou état confusionnel aigu, est susceptible de survenir n'importe où : à domicile, à l'urgence, en soins de longue durée. Tantôt tapageur dans sa présentation, il peut aussi être sournois et passer inaperçu. Pourtant, sous une forme ou l'autre, il constitue une relative "urgence gériatrique" que tout médecin œuvrant auprès de personnes âgées doit savoir reconnaître et traiter.

---

---

**LES BUTS DE LA FORMATION**

---

---

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

---

---

**CLIENTELE CIBLE**

---

---

Cette formation s'adresse aux médecins de famille œuvrant en première ligne auprès de personnes âgées, que ce soit au bureau, à domicile, en milieu hospitalier de courte durée ou en centre d'hébergement et de longue durée.

---



---

**PLAN DE LA JOURNÉE**

---



---

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|---|--|---|
| <b>8 h 30 – 8 h 45</b>  | Définir l'importance du delirium chez le sujet âgé   | Définition, synonymes, épidémiologie, conséquences                        | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique   |   |
| <b>8 h 45 – 9 h</b>   | Poser un diagnostic de delirium  | Présentation clinique et critères diagnostiques, diagnostic différentiel  | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           | Critères diagnostiques du DSM-5               |
| <b>9 h – 9 h 10</b>   | Expliquer la physiopathologie du délirium  | Principales hypothèses des mécanismes sous-jacents au délirium            | Exposé interactif  |   |
| <b>9 h 10 – 9 h 20</b>  | Identifier les facteurs de risque du délirium  | Principaux facteurs prédisposant la personne âgée au délirium             | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           |   |
| <b>9 h 20 – 9 h 35</b>  | Utiliser des outils de dépistage simple du délirium  | Démarche clinique, signes vitaux gériatriques AINÉES, outils de dépistage | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b>                                | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|---|--|--|---|
| <b>9 h 35 – 10 h</b>  | Identifier les facteurs en cause dans un delirium           | Étiologies communes du délirium selon l'environnement de soins, facteurs perpétuants, investigation paraclinique   | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           |   |
| <b>10 h – 10 h 15</b>   | <b>Pause</b>  |  |  |   |
| <b>10 h 15 – 10 h 45</b>  | Appliquer les mesures préventives efficaces du delirium     | Prévention, cadre de référence de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier du MSSS  | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   | Fiche clinique « Délirium » du MSSS           |
| <b>10 h 45 – 11 h 30</b>  | Planifier correctement les étapes du traitement du delirium | Traitement étiologique, mesures de support, approche symptomatique, place des contentions chimiques et mode d'utilisation, enjeux des contentions physiques et alternatives à leur utilisation | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           |   |
| <b>11 h 30 – 11 h 40</b>  |   | Conclusion   | Discussions et échanges<br><br>Réponses aux questions des participants   |   |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b>  |   |  |  | Évaluation de la formation                    |

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Livre

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

### Référence

- MSSS, Gouvernement du Québec. "Cadre de référence: Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier." 2011.

### Articles scientifiques

- Ahmed S., Leurent B., Sampson E.L. Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 2014 May; 43(3):326-33.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR (4 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bélanger, L., Coulombe, R., Wanis, L., & Roch, G. Confusion aiguë: un programme de soins basé sur le caring: description et application du programme de soins aux personnes hospitalisées qui sont à risque ou présentent un état de confusion aiguë. *Perspective infirmière*, 2009 ; 6(3) :28-32.
- Borozdina, A., Qeva, E., Cinicola, M., Bilotta, F. Perioperative cognitive evaluation. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2018 Dec; 31(6):756-761.
- Clegg A., Siddiqi N., Heaven A., Young J., Holt R. Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Jan 31;(1):CD009537. doi: 10.1002/14651858.CD009537.pub2.
- Chen C.C., Li H.C., Liang J.T., Lai I.R., Purnomo J.D.T., Yang Y.T., Lin B.R., Huang J., Yang C.Y., Tien Y.W., Chen C.N., Lin M.T., Huang G.H., Inouye S.K. Effect of a Modified Hospital Elder Life Program on Delirium and Length of Hospital Stay in Patients Undergoing Abdominal Surgery: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*, 2017 Sep 1; 152(9):827-834.
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. Guideline on the assessment and treatment of delirium in older adults at the end of life. 2010.
- Cole, M.G. Delirium in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004; 12(1):7-21.
- Cole, M.G., Ciampi, A., Belzile, E., & Zhong, L. Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age & Ageing*, 2009; 38(1):19-26.
- De J., Wand A.P. Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *Gerontologist* 2015 Dec; 55(6): 1079-99.
- Delaney M., Pepin J., Somes J. Emergency Department Delirium Screening Improves Care and Reduces Revisits for the Older Adult Patient. *J Emerg Nurs* 2015 Nov; 41(6): 521-4.
- de Rooij, S., Schuurmans, M.J., van der Mast, R.C., & Levi, M. Clinical subtypes of delirium and their relevance for daily clinical practice: a systematic review. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 2005; 20(7):609-615.

- Devore E.E., Fong T.G., Marcantonio E.R., Schmitt E.M., Trivison T.G., Jones R.N., Inouye S.K. Prediction of Long-term Cognitive Decline Following Postoperative Delirium in Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2017 Nov 9; 72(12):1697-1702.
- Dugas, M. Le patient âgé en delirium: regard pratique. *Le Médecin du Québec*, 2009 ; 44(1):59-64.
- Fick, D.M., & Mion, L.C. Delirium superimposed on dementia: an algorithm for detecting and managing this underrecognized confluence of conditions. *American journal of nursing*, 2008; 108(1):52-60.
- Flaherty J.H., Gonzales J.P., Dong B. Antipsychotics in the Treatment of Delirium in Older Hospitalized Adults: A Systematic Review. *JAGS*; 2011; 59 suppl 2:S269-76.
- Fong T.G., Davis D., Growdon M.E., Albuquerque A., Inouye S.K. The interface between delirium and dementia in elderly adults. *Lancet Neurol*, 2015 Aug; 14(8):823-32.
- Giroux M.T., Maheux C., Chevalier M. Pour une approche bienfaisante de la contention. *Le médecin du Québec*, 2005; 40(1):83-91.
- Hshieh, T.T., Inouye, S.K., Oh, E.S. Delirium in the Elderly. *Psychiatr Clin North Am*, 2018 Mar; 41(1):1-17.
- Inouye S.K. Delirium in Older Persons. *N Engl J Med*, 2006; 354: 1157-65.
- Inouye, S.K., Bogardus, S.T.Jr., Charpentier, P.A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T.R., & Cooney, L.M., Jr. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England journal of Medicine* 1999; 340(9):669-676.
- Inouye S.K., Westendorp R.G., Saczynski J.S. Delirium in elderly people. *Lancet*, 2014 Mar 8; 383(9920):911-22.
- Kalish V.B., Gillham J.E., Unwin B.K. Delirium in older persons: evaluation and management. *Am Fam Physician*, 2014 Aug 1; 90(3):150-8.
- Kosar C.M., Thomas K.S., Inouye S.K., Mor V. Delirium During Postacute Nursing Home Admission and Risk for Adverse Outcomes. *J Am Geriatr Soc*, 2017 Jul; 65(7):1470-1475.
- Kotekar, N., Shenkar, A., Nagaraj. R. Postoperative cognitive dysfunction - current preventive strategies. *Clin Interv Aging*, 2018 Nov 8; 13:2267-2273.
- LaMantia M.A., Messina F.C., Hobgood C.D., Miller D.K. Screening for delirium in the emergency department: a systematic review. *Ann Emerg Med* 2014 May; 63(5): 551-560.
- Lemienre, J., Nelis, T., Joosten, E., Braes, T., Foreman, M., Gastmans, C., et al. Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2006; 54(4):685-689.
- Liptzin, B., Levkoff, S.E. An empirical study of delirium subtypes. *British Journal of Psychiatry*, 1992; 161:843-845.
- McAvay, G.J., Van Ness, P.H., Bogardus, S.T., Jr., Zhang, Y., Leslie, D.L., Leo-Summers, L.S., & Inouye, S.K. Older adults discharged from the hospital with delirium : 1-year outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2006; 54(8):1245-1250.
- MSSS, Gouvernement du Québec. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. 2010.
- MSSS, Gouvernement du Québec. Fiche clinique « Délirium ». 2012.
- Neuner, B., Hadzidiakos, D., Bettelli, G. Pre- and postoperative management of risk factors for postoperative delirium: who is in charge and what is its essence ? *Aging Clin Exp Res*, 2018 Mar; 30(3):245-248.
- Oberai, T., Laver, K., Crotty, M., Killington, M., Jaarsma, R. Effectiveness of multicomponent interventions on incidence of delirium in hospitalized older patients with hip fracture: a systematic review. *Int Psychogeriatr*, 2018 Apr; 30(4):481-492.

- Oh E.S., Fong T.G., Hshieh T.T., Inouye S.K. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*, 2017 Sep 26; 318(12):1161-1174.
- Shafi M.M., Santarnecchi E., Fong T.G., Jones R.N., Marcantonio E.R., Pascual-Leone A., Inouye S.K. Advancing the Neurophysiological Understanding of Delirium. *J Am Geriatr Soc*, 2017 Jun; 65(6):1114-1118.
- Schrijver E.J., de Graaf K., de Vries O.J., Maier A.B., Nanayakkara P.W. Efficacy and safety of haloperidol for in-hospital delirium prevention and treatment: A systematic review of current evidence. *Eur J Intern Med* 2016 Jan; 27: 14-23.
- van Meenen L.C., van Meenen D.M., de Rooij S.E., ter Riet G. Risk prediction models for postoperative delirium: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*, 2014 Dec; 62(12):2383-90.
- Vidan, M.T., Sanchez, E., Alonso, M., Montero, B., Ortiz, J., & Serra, J.A. An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2009; 57(11):2029-2036.
- Voyer, P., Cole, M.G., McCusker, J., & Belzile, E. Prevalence and symptoms of delirium superimposed on dementia. *Clinical Nursing Research*, 2006; 15(1):46-66.
- Vasilevskis E.E. Delirium and sedation recognition using validated instruments : reliability of bedside intensive care unit nursing assessments from 2007 to 2010. *JAGS*, 2011; 59 suppl 2:S249-55.
- Wei, L.A., Fearing, M.A., Sternberg, E.J., & Inouye, S.K. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2008; 56(5):823-830.

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

**Michèle Morin**, M.D., interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

---

**INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

**ABRÉGÉ**

---

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

---

**LES BUTS DE LA FORMATION**

---

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

---

**CLIENTELE CIBLE**

---

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

## PLAN DE LA JOURNÉE

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|--|--|---|
| <b>8 h 30 – 8 h 55</b>  | Reconnaître l'importance de la démence comme problème de santé chez la population vieillissante        | Définition et épidémiologie, facteurs de risque cognitifs, vieillissement cognitif normal vs pathologique, importance du dépistage des troubles cognitifs, principaux diagnostics différentiels chez le sujet âgé                                  | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           |   |
| <b>8 h 55 – 9 h 20</b>  | Résumer les composantes d'une évaluation clinique rigoureuse d'un trouble cognitif avéré               | Éléments clés à l'anamnèse, importance des informations collatérales, signes évocateurs à l'examen physique, évaluation fonctionnelle  | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>9 h 20 – 9 h 30</b>  | Discuter du déficit cognitif léger chez l'ainé   | Définition, épidémiologie, continuum avec la démence, sous-types, conduite à tenir   | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |
| <b>9 h 30 – 9 h 50</b>  | Poser un diagnostic de démence   | Critères diagnostiques de la démence, tests cognitifs disponibles pour l'évaluation plus approfondie de certains domaines cognitifs, investigation complémentaire incluant la place en pratique des tests plus récents (dont l'imagerie amyloïde), | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  | Critères diagnostiques du DSM-5               |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>       | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|--|--|---|
|   |  | indication de référence à la deuxième ligne  |  |   |
| <b>9 h 50 – 10 h 05</b>   | <b>Pause</b>   |  |  |   |
| <b>10 h 05 – 10 h 35</b>  | Décrire la maladie d'Alzheimer   | La maladie d'Alzheimer: épidémiologie, pathogénèse, histopathologie, présentation clinique usuelle, stades de la maladie, investigation, traitement pharmacologique (inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, Mémantine, autres psychotropes*), prévention | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>10 h 35 – 10 h 45</b>  | Décrire la démence vasculaire  | La démence vasculaire: épidémiologie, pathogénèse, histopathologie, présentation clinique usuelle, investigation, approches thérapeutiques, prévention   | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |
| <b>10 h 45 – 10 h 55</b>  | Définir les diagnostics possibles face à un syndrome démentiel associant des manifestations extrapyramidales | Les démences avec manifestations extrapyramidales: démence parkinsonienne et à corps de Lewy; histopathologie, présentation clinique usuelle, investigation, traitement pharmacologique  | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |
| <b>10 h 55 – 11 h 05</b>  | Définir les diagnostics possibles face à un syndrome démentiel associant des                                 | Démences fronto-temporales, variantes comportementale et langagière; présentation clinique usuelle,  | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><br><i><b>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</b></i>               | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|---|---|--|---|
|   | manifestations dites « frontales »  | investigation, traitement pharmacologique   |  |   |
| <b>11 h 05 – 11 h 15</b>  | Énumérer d'autres étiologies rares du syndrome démentiel  | Hydrocéphalie à pression normale, encéphalite limbique, maladie à prions neurosyphilis et démence VIH, alcool, déficit en B <sub>12</sub> , hypothyroïdie   | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |
| <b>11 h 15 – 11 h 30</b>  | Résumer les principaux éléments du suivi d'un patient présentant un syndrome démentiel, au-delà de l'approche pharmacologique** | Santé des proches aidants, enseignements à prodiguer, conseils d'usage, observance thérapeutique, sécurité du milieu de vie, conduite automobile, documents légaux, planification avancée des soins de fin de vie, aptitude à consentir aux soins, etc. | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>11 h 30 – 11 h 40</b>  |   | Conclusion  | Discussions et échanges<br><br>Réponses aux questions des participants   |   |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b>  |   |   |  | Évaluation de la formation                    |

\*Les participants surtout intéressés par la gestion des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence sont invités ici à consulter le descriptif d'autres formations du CEVQ qui y sont consacrées car pour éviter toute duplication, la visioconférence actuelle n'abordera que le traitement pharmacologique « par défaut » de ces conditions et ce, de façon assez sommaire.

\*\*Une autre formation de 3h15 du CEVQ par la même présentatrice étant entièrement dédiée aux enjeux légaux, éthiques et déontologiques des soins aux aînés, et en particulier à ceux présentant des atteintes cognitives, la visioconférence actuelle abordera ces grands thèmes sans les détailler, faute de temps étant donné le reste du contenu de l'activité.

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Livre

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

### Ressources électroniques

- Bernier P., Gourdeau C., Laforce R., Carmichaël P.H., Beauchemin J.P., Fortier M.A, 2017. Le QuoCo. <http://quoco.org/>
- INESSS, octobre 2012. Services spécialisés destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, Revue de la littérature [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/ETMIS2012\\_Vol8\\_No16.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/ETMIS2012_Vol8_No16.pdf)
- INESSS, mars 2015. Traitement pharmacologique, Maladies d'Alzheimer et démence mixte. [http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS\\_GUO\\_Alzheimer.pdf](http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_GUO_Alzheimer.pdf)
- INESSS, octobre 2015. Maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs - Document synthèse : repérage, diagnostic, annonce et suivi. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS\\_DocumentSynthese\\_Reperage\\_diagnostic\\_annonce\\_suivi.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_DocumentSynthese_Reperage_diagnostic_annonce_suivi.pdf)
- INESSS, octobre 2015. Outils pour professionnels - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs. <https://www.inesss.qc.ca/activites/transfert-de-connaissances/outils-pour-professionnels-maladie-dalzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs.html>
- MSSS, 2009. Le plan Alzheimer Québec <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf>
- MSSS, 2014. Processus clinique interdisciplinaire en première ligne. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001071/>
- Voyer, P., Richard, H., Juneau, L., Durand, P., Morin, M., Labarre, K., Hudon, C. (2016). Le MEEM version CEVQ. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. [http://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/meem-cevq\\_rapport\\_final.pdf](http://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/meem-cevq_rapport_final.pdf)

### Articles scientifiques

- Albert M.S. et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 2011; 7:270-79.
- Arcand M. End-of-life issues in advanced dementia: Part 1: goals of care, decision-making process, and family education. *Can Fam Physician*, 2015 Apr; 61(4):330-4.
- Arcand M. End-of-life issues in advanced dementia: Part 2: management of poor nutritional intake, dehydration, and pneumonia. *Can Fam Physician*, 2015 Apr; 61(4):337-41.
- Assaf, G., Tanielian, M. Mild cognitive impairment in primary care: a clinical review. *Postgrad Med J*, 2018 Nov; 94(1117):647-652.

- Behrman, S., Burgess, J., Topiwala, A. Prescribing antipsychotics in older people: A mini-review. *Maturitas*, 2018 Oct; 116:8-10.
- Buckley J.S., Salpeter S.R. A Risk-Benefit Assessment of Dementia Medications: Systematic Review of the Evidence. *Drugs Aging*, 2015 Jun; 32(6):453-67.
- Carrion, C., Folkvord, F., Anastasiadou, D., Aymerich, M. Cognitive Therapy for Dementia Patients: A Systematic Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2018; 46(1-2):1-26.
- Chertkow H. Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. *Can Med Assoc J*, 2008; 178:1273-1285.
- Creavin S.T., Wisniewski S., Noel-Storr A.H., Trevelyan C.M., Hampton T., Rayment D., Thom V.M., Nash K.J., Elhamoui H., Milligan R., Patel A.S., Tsivos D.V., Wing T., Phillips E., Kellman S.M., Shackleton H.L., Singleton G.F., Neale B.E., Watton M.E., Cullum S. 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* 2016 Jan 13;(1):CD011145. doi: 10.1002/14651858.CD011145.pub2.
- de Almondes K.M., Costa M.V., Malloy-Diniz L.F., Diniz B.S. Insomnia and risk of dementia in older adults: Systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2016 Jun; 77: 109-15.
- Forbes D., Forbes S.C., Blake C.M., Thiessen E.J., Forbes S. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015 Apr 15; 4.
- Forette, F. et al. The prevention of dementia with antihypertensive treatment: Syst-Eur Study. *Arch Intern Med*, 2002; 162:2046-2052.
- Massoud, F. La Maladie d'Azheimer: Pensez-y ! *Le Clinicien*, 2003; 18 :83-93.
- Mesulam M.M. Primary Progressive Aphasia - A Language-Based Dementia. *NEJM*, 2003; 349:1535-42.
- Feldman H.H. et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *Can Med Assoc J*, 2008; 178:825-836.
- Herrmann N., Gauthier S. Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease. *Can Med Assoc J*, 2008; 179:1279-1287.
- Hildreth K.L., Church S. Evaluation and management of the elderly patient presenting with cognitive complaints. *Med Clin North Am.* 2015 Mar; 99(2):311-35.
- Hogan D.B. Diagnosis and treatment of dementia: 4. Approach to management of mild to moderate dementia. *Can Med Assoc J*, 2008; 179:787-793.
- Hogan D.B. et al. Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia. *Can Med Assoc J*, 2008; 179:1019-1026.
- Mc Keith I.G. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium. *Neurology*, 2005; 65:1863-72.
- McKhan G. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 2011; 7:263-69.
- Murphy E., Froggatt K., Connolly S., O'Shea E., Sampson E.L., Casey D., Devane D. Palliative care interventions in advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 Dec 2;12:CD011513. doi: 10.1002/14651858.CD011513.pub2.
- Nasreddine, Z.S. et coll. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : A Brief Screening Tool Fr Mild Cognitive Impairment. *JAGS*, 2005; 53(4):695-699.

- Park K.W. Dementia with Lewy bodies versus Alzheimer's disease and Parkinson's disease dementia: a comparison of cognitive profiles. *J Clin Neurol*, 2011; 7(1):19-24.
- Patterson, C., Gauthier, S., Bergman, H., Cohen, C., Feightner, J.W., Feldman, H. et al. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *Can J Neurol Sci*, 2001; 28 Suppl 1:S3-16.
- Petersen R.C. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *NEJM*, 2011; 364:23: 2227-34.
- Piguet O., Hornberger M., Mioshi E., Hodges J.R. Behavioral-variant frontotemporal dementia : diagnosis, clinical staging and management. *Lancet neurol* 2011; 10:162-72.
- Querfurth H.W., Laferla F. Alzheimer's Disease. *NEJM*, 2010; 362:329-44.
- Reilly S., Miranda-Castillo C., Malouf R., Hoe J., Toot S., Challis D., Orrell M. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 Jan 5;1:CD008345. doi: 10.1002/14651858.CD008345.pub2.
- Sachdev P.S., Mohan A., Taylor L., Jeste D.V. DSM-5 and Mental Disorders in Older Individuals: An Overview. *Harv Rev Psychiatry*, 2015 Sep-Oct;23(5):320-8.
- Scheltens P., Blennow K., Breteler M.M., de Strooper B., Frisoni G.B., Salloway S., Van der Flier W.M. Alzheimer's disease. *Lancet* 2016 Jul 30; 388(10043): 505-17
- Snowden J. Frontotemporal dementia. *British Journal Psychiatry*, 2002; 180:140-3.
- Sperling A. et al. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 2011; 7:280-92.
- Thibodeau M.P., Massoud F. Le traitement pharmacologique de la maladie d'Alzheimer - Normes actuelles, orientations futures. *La maladie d'Alzheimer conférences scientifiques*, 2011 : vol 1 (2):1-6.
- Tyndall, A.V., Clark, C.M., Anderson, T.J., Hogan, D.B., Hill, M.D., Longman, R.S., Poulin, M.J. Protective Effects of Exercise on Cognition and Brain Health in Older Adults. *Exerc Sport Sci Rev*, 2018 Oct; 46(4):215-223.
- Whitwell, J.L. Alzheimer's disease neuroimaging. *Curr Opin Neurol*, 2018 Aug; 31(4):396-404.
- Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L.O. et al. Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: report of the International working group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med*, 2004; 256(3):240-246.

**Les désordres électrolytiques en gériatrie : pour mettre du sel dans la journée du médecin !**

**Michèle Morin**, M.D., interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

---

**INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

**ABRÉGÉ**

---

Les perturbations de la natrémie, de la kaliémie et de la magnésémie sont au cœur du quotidien du médecin impliqué auprès d'une clientèle âgée. Trouvaille la plupart du temps fortuite chez un vieillard présentant des symptômes peu spécifiques, le clinicien est alors confronté à plusieurs questionnements : Étiologie du désordre? Conséquences et risques de celui-ci ? Jusqu'à quelle valeur tolérer une anomalie avant de diriger l'ainé vers l'urgence de proximité ? Quelle investigation complémentaire lui faire subir ? Pourtant, dans la très grande majorité des situations, la démarche peut être toute simple et même constituer un défi intellectuel amusant.

---

**LES BUTS DE LA FORMATION**

---

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

---

**CLIENTELE CIBLE**

---

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

## PLAN DE LA JOURNÉE

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|--|--|---|
| <b>8 h 30 – 8 h 45</b>  | Résumer la physiologie de l'homéostasie des milieux intérieurs chez la personne âgée                   | Bref rappel : compartiments corporels et principe d'électroneutralité des milieux  | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |
| <b>8 h 45 – 9 h 35</b>  | Évaluer l'hyponatrémie chez la personne âgée   | Présentation clinique, classification, étiologies fréquentes selon le type, investigation, traitement urgent et non urgent, critères d'hospitalisation | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           |   |
| <b>9 h 35 – 9 h 45</b>  | Discuter du syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique (SIADH)                     | Critères diagnostiques et étiologies communes en gériatrie   | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |
| <b>9 h 45 – 10 h</b>  | <b>Pause</b>   |  |  |   |
| <b>10 h – 10 h 25</b>   | Évaluer l'hypernatrémie chez la personne âgée  | Présentation clinique, étiologies fréquentes, investigation, traitement urgent et non urgent, critères d'hospitalisation, enjeux éthiques              | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           |   |
| <b>10 h 25 – 10 h 45</b>  | Évaluer l'hyperkaliémie chez la personne âgée  | Présentation clinique, étiologies fréquentes, investigation, traitement urgent et non urgent, critères d'hospitalisation                               | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><br><b><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i></b> | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|---|--|--|---|
| <b>10 h 45 – 11 h</b>   | Évaluer l'hypokaliémie chez la personne âgée  | Présentation clinique, étiologies fréquentes, investigation, traitement urgent et non urgent, critères d'hospitalisation | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           |   |
| <b>11 h – 11 h 15</b>   | Évaluer l'hypomagnésémie chez la personne âgée  | Présentation clinique, étiologies fréquentes, investigation, traitement urgent et non urgent, critères d'hospitalisation | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           |   |
| <b>11 h 15 – 11 h 20</b>  | Évaluer l'hypermagnésémie chez la personne âgée   | Présentation clinique, étiologies fréquentes, investigation, traitement et critères d'hospitalisation                    | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |
| <b>11 h 20 – 11 h 25</b>  | Discuter des anomalies du chlore chez la personne âgée  | Contexte clinique de survenue : désordres sodiques   | Exposé interactif  |   |
| <b>11 h 25 - 11 h 40</b>  |   | Conclusion   | Discussions et échanges<br><br>Réponses aux questions des participants   |   |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b>  |   |  |  | Évaluation de la formation                    |

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Livre

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

### Articles scientifiques

- Berl T. An elderly patient with chronic hyponatremia. Clin J Am Soc Nephrol 2013 Mar; 8(3): 469-75.
- Choi E.Y., Park J.S., Kim Y.T., Park S.Y., Kim G.H. The risk of hyponatremia with desmopressin use for nocturnal polyuria. Am J Nephrol, 2015; 41(3):183-90.
- El-Sharkawy A.M., Sahota O., Maughan R.J., Lobo D.N. The pathophysiology of fluid and electrolyte balance in the older adult surgical patient. Clin Nutr. 2014 Feb; 33(1):6-13.
- Filippatos, T.D., Liamis, G., Elisaf, M.S. Ten pitfalls in the proper management of patients with hyponatremia. Postgrad Med, 2016 Jun; 128(5):516-22.
- Filippatos, T.D., Makri, A., Elisaf, M.S., Liamis, G. Hyponatremia in the elderly: challenges and solutions. Clin Interv Aging, 2017 Nov 14; 12:1957-1965.
- Forest A., Lemaire A., Boddaert J., Verny M. Effects of hypomagnesemia. Rev Med Interne, 2009; 30(8):696-9.
- Gandhi S., Shariff S.Z., Al-Jaishi A., Reiss J.P., Mamdani M.M., Hackam D.G., Li L., McArthur E., Weir M.A., Garg A.X. Second-Generation Antidepressants and Hyponatremia Risk: A Population-Based Cohort Study of Older Adults. Am J Kidney Dis, 2017 Jan; 69(1):87-96.
- Ganguli A., Mascarenhas R.C., Jamshed N., Tefera E., Veis J.H. Hyponatremia: incidence, risk factors, and consequences in the elderly in a home-based primary care program. Clin Nephrol. 2015 Aug; 84(8):75-85.
- Gervaise A., Pernin M., Naulet P., Darbois H., Girodeau A. Centropontine myelinolysis. Presse Med, 2008 ; 37(12):1831-3.
- Greenblatt H.K., Greenblatt D.J. Antidepressant-Associated Hyponatremia in the Elderly. J Clin Psychopharmacol, 2016 Dec; 36(6):545-549.
- Hanotier P. Hyponatremia in the elderly: its role in frailty. Rev Med Brux 2015 Nov-Dec; 36(6): 475-84.
- Hoorn E.J., Zietse R. Diagnosis and Treatment of Hyponatremia: Compilation of the Guidelines. J Am Soc Nephrol, 2017 May; 28(5):1340-1349.
- Hoyle, G.E., Chua, M., Soiza, R.L. Prevalence of hyponatremia in elderly patients. Journal of the American Geriatrics Society, 2006; 143(9):473.
- Khow K.S., Lau S.Y., Li J.Y., Yong T.Y. Diuretic-associated electrolyte disorders in the elderly: risk factors, impact, management and prevention. Curr Drug Saf. 2014 Mar; 9(1):2-15.
- Kugler, J.P., Hustead, T. Hyponatremia and Hypernatremia in the Elderly. Am Fam Physician 2000; 61(12):3623-3630.
- Kumar, R., Kanev, L., Woods, S.D., Brenner, M., Smith, B. Managing hyperkalemia in high-risk patients in long-term care. Am J Manag Care, 2017 Feb; 23(2 Suppl):S27-S36.
- Liamis G., Rodenburg E.M., Hofman A., Zietse R., Stricker B.H., Hoorn E.J. Electrolyte disorders in community subjects: prevalence and risk factors. Am J Med, 2013; 126(3):256-63.

- Luckey, A.E., & Parsa, C.J. Fluid and electrolytes in the aged. *Archives of Surgery*, 2003; 138(10):1055-1060.
- Mannesse C.K., Vondeling A.M., van Marum R.J., van Solinge W.W., Egberts T.C., Jansen P.A. Prevalence of hyponatremia on geriatric wards compared to other settings over four decades: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013 Jan; 12(1):165-73.
- Mannesse C.K., Jansen P.A., Van Marum R.J., Sival R.C., Kok R.M., Haffmans P.M., Egberts T.C. Characteristics, prevalence, risk factors, and underlying mechanism of hyponatremia in elderly patients treated with antidepressants: a cross-sectional study. *Maturitas*. 2013 Dec; 76(4):357-63.
- Miller H.J. Dehydration in the Older Adult. *J Gerontol Nurs*, 2015 Sep 1; 41(9):8-13.
- Miller M. Hyponatremia and arginine vasopressin dysregulation: mechanisms, clinical consequences, and management. *J Am Geriatr Soc*, 2006; 54:345-353.
- [Misra, S.C.](#), [Mansharamani, G.G.](#) Hyponatremia in elderly hospital in-patients. *Br J Clin Pract.*, 1989; 43(8):295-6.
- Morley J.E. Dehydration, Hypernatremia, and Hyponatremia. *Clin Geriatr Med* 2015 Aug; 31(3): 389-99.
- Nemerovski C. et al. Treatment of hypervolemic or euvolemic hyponatremia associated with heart failure, cirrhosis, or the syndrome of inappropriate [antidiuretic hormone](#) with tolvaptan: a clinical review. *Clin Ther*, 2010; 32:1015.
- Palevsky, P. M., Bhagrath, R., & Greenberg, A. Hypernatremia in hospitalized patients. *Annals of Internal Medicine*, 1996; 124(2), 197-203.
- Park C.H., Kim E.H., Roh Y.H., Kim H.Y., Lee S.K. The association between the use of proton pump inhibitors and the risk of hypomagnesemia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014 Nov 13;9(11):e112558. doi: 10.1371/journal.pone.0112558. eCollection 2014.
- Peri A., Combe C. Considerations regarding the management of hyponatraemia secondary to SIADH. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 2012; 26 Suppl 1:S16-26.
- Pumo V., Sciacca D., Malaguarnera M. Tumor lysis syndrome in elderly. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2007; 64(1):31-42.
- Russell, M. Principles of fluid and electrolyte balance and renal disorders in the older patient. In W. Reichel & C. Arenson (Eds.), *Reichel's care of the elderly: clinical aspects of aging care of the elderly* (6 ed., p. 254-265). New York: Cambridge University Press, 2009.
- Shchekochikhin D., Tkachenko O., Schrier R.W. Hyponatremia: an update on current pharmacotherapy. *Expert Opin Pharmacother*, 2013; 14(6):747-55.
- Vaidya C. et al. Management of hyponatremia: providing treatment and avoiding harm. *Cleve Clin J Med*, 2010; 77:715.
- Viramontes T.S., Truong H., Linnebur S.A. Antidepressant-Induced Hyponatremia in Older Adults. *Consult Pharm* 2016 Mar; 31(3): 139-50.
- Wehling, M., Ashton, C., Ekpo, E., Gwynn, S., Laville, M., Olsson, K. et al. Filling the gap - improving awareness and practice in Hyponatraemia and the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) in the older patient: a European consensus view. *Drug Res*, 2017; 67: 5-12.
- Woodward, M., Gonski, P., Grossmann, M., Obeid, J., Scholes, R., Topliss, D.J. Diagnosis and management of hyponatraemia in the older patient. *Intern Med J*, 2018 Jan; 48 Suppl 1:5-12.

### **Dépister, évaluer et traiter la douleur chez l'aîné**

**Michèle Morin, M.D.**, interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

---

#### **INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

#### **ABRÉGÉ**

---

Le soulagement optimal de la douleur qui affecte 25 à 80% des personnes âgées (Bruckenthal, 2009) représente un défi de taille pour l'ensemble des intervenants et professionnels de la santé. Chez la personne âgée, la persistance de la douleur est susceptible d'entraîner de la dénutrition et des troubles du sommeil. Elle peut également conduire à l'isolement social, au développement de symptômes dépressifs, à la diminution des capacités cognitives et à la perte d'autonomie fonctionnelle. En présence de démence, la douleur peut réduire la capacité de se déplacer ou contribuer à la survenue d'agitation, d'agressivité (Molton & Terrill, 2014). Afin d'éviter ces conséquences néfastes, tous les soignants doivent s'appliquer à déconstruire les mythes et fausses croyances liés à la douleur chez les aînés, comprendre la physiopathologie de la douleur et reconnaître la complexité du phénomène (Fine, 2009). Les intervenants sont également invités à jouer pleinement leur rôle aux différentes étapes d'une gestion optimale de la douleur que sont le repérage, l'évaluation, l'intervention, la réévaluation et la documentation. Une pratique de soins résolument collaborative est essentielle à une prise en charge de la douleur gériatrique qui soit systématique et intégrée, capable d'en influencer positivement le soulagement (Registered Nurses' Association of Ontario, 2013).

---

#### **LES BUTS DE LA FORMATION**

---

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

---

#### **CLIENTELE CIBLE**

---

Cette formation s'adresse à tous les intervenants et professionnels de la santé (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, médecins, pharmaciens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, orthophonistes, intervenants sociaux, psychologues, intervenants en soins spirituels, bénévoles, etc.) intéressés par une gestion de la douleur gériatrique axée sur la pratique collaborative.

**PLAN DE LA FORMATION**

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

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>  | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|---|---|--|---|
| <b>10 h 15 – 10 h 45</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Établir les principes de repérage/dépistage et d'évaluation de la douleur chez la personne âgée</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacités de communication de la personne âgée</li> <li>▪ Instruments de mesure disponibles</li> <li>▪ Principes d'utilisation des instruments</li> <li>▪ Utilisation du PACSLAC-F</li> </ul>          | Exposé interactif<br><br>Discussion de cas<br><br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>10 h 45 – 11 h 35</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planifier les principaux éléments de la prise en charge interdisciplinaire de la douleur chez une personne âgée</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventions               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Non pharmacologiques</li> <li>○ Pharmacologiques</li> </ul> </li> <li>▪ Suivi et réévaluation</li> <li>▪ Documentation</li> </ul> | Exposé interactif<br><br>Discussion de cas<br><br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>11 h35 – 11 h 45</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conclusion</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation de la formation</li> </ul>  | Quels sont les éléments que le participant pourra dorénavant intégrer dans sa pratique quotidienne ?                             |   |

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Livres et chapitres de livres

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

### Guides de pratique

- APES. (2008). Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes. 4ème édition.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2007). Assessment and management of pain in the elderly – Learning package long-term care. Récupéré de: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/resources/assessment-and-management-pain-elderly-learning-package-longterm-care>
- Registered Nurses Association of Ontario. (2013). Assessment and management of pain (3ième édition). Récupéré de: [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain\\_15\\_WEB-\\_FINAL\\_DEC\\_2.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_15_WEB-_FINAL_DEC_2.pdf)

### Rapports

- Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. (2009). Le plan thérapeutique infirmier dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Récupéré de : [http://www.fsi.ulaval.ca/fileadmin/templates/images/Content/Personnel/Publications\\_Voyer/RAPPORT\\_UL\\_PTI\\_CHSLD\\_FINAL.pdf](http://www.fsi.ulaval.ca/fileadmin/templates/images/Content/Personnel/Publications_Voyer/RAPPORT_UL_PTI_CHSLD_FINAL.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Cadre de référence.
- Leprohon J., Bellavance M. (2009). Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales (2e éd.). Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Sikati-Foko, V, Major, F, Labrecque, M., & de Montigny, F. (2007). État des recherches sur les perceptions et les connaissances des infirmières en regard de la gestion de la douleur chronique: Université du Québec en Outaouais. Récupéré de : [http://w3.uqo.ca/giresss/docs/cahier10\\_gestiondouleur.pdf](http://w3.uqo.ca/giresss/docs/cahier10_gestiondouleur.pdf)

### Autres ressources électroniques

- Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes. (2010). Guide d'orientation théorique. Préposés (es) aux bénéficiaires. [http://oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l\\_ordre/ordres\\_regionaux/ORIILL/2012/guide\\_et\\_programme\\_orientation\\_pab\\_201\\_201.pdf](http://oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/ordres_regionaux/ORIILL/2012/guide_et_programme_orientation_pab_201_201.pdf)

- Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux. (2012) La formation des préposés de résidence pour personnes âgées. <http://www.aggquebec.org/docs/Formation%20des%20pr%C3%A9pos%C3%A9s%20en%20r%C3%A9sidence.pdf>
- International association for the study of pain (IASP). <http://www.iasp-pain.org/>
- Institut UPSA de la douleur. <http://www.institut-upsa-douleur.org/>
- MSSS Gouvernement du Québec. (2008). Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-902-03.pdf>.
- Phaneuf M. (2010). PTI, leadership, imputabilité et supervision : jusqu'où aller. [http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/04/PTI\\_leadership\\_imputabilite\\_et\\_supervision.pdf](http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/04/PTI_leadership_imputabilite_et_supervision.pdf)
- Publications du Québec. (2015). Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires. Récupéré de [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC\\_26%2FC26R153\\_1.htm](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26R153_1.htm)
- Publications du Québec. (2015). Code des professions. Récupéré de [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C\\_26/C26.htm](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.htm)
- Publications du Québec. (2015). Loi sur les infirmières et les infirmiers. Récupéré de [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I\\_8/I8.htm](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_8/I8.htm)
- PACSLAC-F Version française du Pain Assesement checklist for seniors with limited ability to communicate. Université Laval, Faculté de médecine. Disponible au <http://www.pacslac.org/>
- Regroupement des UCDG et des Services Hospitaliers Gériatriques du Québec (RUSHGQ) 2017. Gestion de la douleur chronique non-cancéreuse. [http://www.rushgq.org/module\\_tableau\\_bord/](http://www.rushgq.org/module_tableau_bord/)

### Articles scientifiques

- Abdulla A., Adams N., Bone M., Elliott A.M., Gaffin J., Jones D., Knaggs R., Martin D., Sampson L., Schofield P.; British Geriatric Society. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing* 2013 Mar; 42 Suppl 1: i1-57.
- American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(6 Suppl): S205-224.
- American Geriatrics Society. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(8): 1331-1346.
- Aubin M., Verreault R., Savoie M., Lemay S., Hadjistavropoulos T., Fillion L., . . . Fuchs-Lacelle S. Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée. *Can J Aging* 2007; 27(1): 45-55.
- Benedetti F., Arduino C., Vighetti S., Asteggiano G., Tarenzi L., Rainero I. Pain reactivity in Alzheimer patients with different degrees of cognitive impairment and brain electrical activity deterioration. *Pain* 2004; 111(1-2): 22-29.
- Bicket M.C., Mao J. Chronic Pain in Older Adults. *Anesthesiol Clin* 2015 Sep; 33(3): 577-90.
- Binnekade T.T., Van Kooten J., Lobbezoo F., Rhebergen D., Van der Wouden J.C., Smalbrugge M., Scherder E.J.A. Pain Experience in Dementia Subtypes: A Systematic Review. *Curr Alzheimer Res*, 2017; 14(5):471-485.

- Bjoro K., Herr K. Assessment of pain in the nonverbal or cognitively impaired older adult. *Clin Geriatr Med* 2008; 24(2): 237-262.
- Briggs A.M., Cross M.J., Hoy D.G., Sànchez-Riera L., Blyth F.M., Woolf A.D., March L. Musculoskeletal Health Conditions Represent a Global Threat to Healthy Aging: A Report for the 2015 World Health Organization World Report on Ageing and Health. *Gerontologist* 2016 Apr; 56 Suppl 2: S243-55.
- Bruckenthal P. Assessment of pain in the elderly adult. *Clin Geriatr Med* 2008; 24(2): 213-236.
- Can, B., Kara, M., Kara, Ö, Ülger, Z., Frontera, W.R., Özçakar, L. The value of musculoskeletal ultrasound in geriatric care and rehabilitation. *Int J Rehabil Res*, 2017 Dec; 40(4):285-296.
- Cao, X., Elvir-Lazo, O.L., White, P.F., Yumul, R., Tang, J. An update on pain management for elderly patients undergoing ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2016 Dec; 29(6):674-682.
- Burns M., McIlpatrick S. Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *Int J Palliat Nurs*, 2015 Aug; 21(8):400-7.
- Cole L.J., Farrell M.J., Duff E.P., Barber J.B., Egan G.F., Gibson S.J. Pain sensitivity and fMRI pain-related brain activity in Alzheimer's disease. *Brain* 2006; 129(11): 2957-2965.
- Edwin C.K.T., Natali J., Marjaana P.H.K, Dennis T., Sarah N.H., Bell J.S. Prevalence of Analgesic Use and Pain in People with and without Dementia or Cognitive Impairment in Aged Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Clinical Pharmacology* 2015; 10(3): 194-203.
- Ferrell B.R., Novy D., Sullivan M.D., Banja J., Dubois M.Y., Gitlin M.C., . . . American Pain Society/American Academy of Pain Ethics Task, Force. Ethical dilemmas in pain management. *J Pain* 2001; 2(3): 171-180.
- Fine P.G. Chronic pain management in older adults: special considerations. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38(2 Suppl): S4-S14.
- Gibson M. C., Schroder C. The many faces of pain for older, dying adults. *The American Journal Of Hospice & Palliative Care* 2001; 18(1): 19-25.
- Hazif-Thomas C. Pain in mental health in the elderly. *Soins Gerontol* 2016 Sep-Oct; 21(121): 28-30.
- Herr K., Bursch H., Ersek M., Miller L.L., Swafford K. Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: expert consensus recommendations for practice. *J Gerontol Nurs* 2010; 36(3): 18-29.
- Hodgson N., Gitlin L.N., Huang J. The influence of sleep disruption and pain perception on indicators of quality of life in individuals living with dementia at home. *Geriatr Nurs* 2014; 35(5): 394-398.
- Horgas A.L. Pain Management in Older Adults. *Nurs Clin North Am*, 2017 Dec; 52(4):e1-e7.
- Hodgson N., Gitlin L.N., Huang J. The influence of sleep disruption and pain perception on indicators of quality of life in individuals living with dementia at home. *Geriatr Nurs* 2014; 35(5): 394-398.
- Kaye A.D., Baluch A., Scott J.T. Pain management in the elderly population: a review. *Ochsner J* 2010; 10(3): 179-187.
- Kunz M., Scharmann S., Hemmeter U., Schepelmann K., Lautenbacher, S. The facial expression of pain in patients with dementia. *Pain* 2007; 133(1-3): 221-228.
- Landi F., Onder G., Cesari M., Gambassi G., Steel K., Russo A., Bernabei R. Pain management in frail, community-living elderly patients. *Arch Intern Med* 2001; 161(22): 2721-2724.
- Lariviere M., Goffaux P., Marchand S., Julien N. Changes in pain perception and descending inhibitory controls start at middle age in healthy adults. *Clin J Pain* 2007; 23(6): 506-510.

- Makris U.E., Abrams R.C., Gurland B., Reid M.C. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *JAMA* 2014 Aug 27; 312(8): 825-36.
- Malec M., Shega J.W. Pain management in the elderly. *Med Clin North Am* 2015 Mar; 99(2): 337-50.
- Marcum Z.A., Duncan N.A., Makris U.E. Pharmacotherapies in Geriatric Chronic Pain Management. *Clin Geriatr Med*, 2016 Nov;32(4):705-724.
- Minerbi, A., Häuser, W., Fitzcharles, M.A. Medical Cannabis for Older Patients. *Drugs Aging*, 2019 Jan; 36(1):39-51.
- Misson L., Savoie M.L., Verreault R. La douleur chez les aînés. *Perspect Infirm* 2012; 9(6): 39-44.
- Molton I., Cook K.F., Smith A.E., Amtmann D., Chen W.H., Jensen M.P. Prevalence and impact of pain in adults aging with a physical disability: comparison to a US general population sample. *Clin J Pain* 2014; 30(4): 307-315.
- Molton I. R. Terrill A.L. Overview of persistent pain in older adults. *Am Psychol* 2014; 69(2): 197-207.
- Monroe T., Carter M., Feldt K., Tolley B., Cowan, R.L. Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life. *J Adv Nurs* 2012; 68(9): 2070-2078.
- Morrison R.S., Siu A.L. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19(4): 240-248.
- Moulin D.E., Clark A.J., Speechley M., Morley-Forster P.K. Chronic pain in Canada--prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag* 2002; 7(4) : 179-184.
- Peters M.L., Patijn J, Lamé I. Pain assessment in younger and older patients: psychometric properties and patient preference of five commonly used measures of pain intensity. *Pain medicine* 2007; 8(7): 601-610.
- Rastogi R., Meek B.D. Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control. *Clinical Interventions in Aging* 2013 ; 8 : 37-46.
- Shropshire, M., Stapleton, S.J., Dyck, M.J., Kim, M., Mallory, C. Nonpharmacological interventions for persistent, noncancer pain in elders residing in long-term care facilities: An integrative review of the literature. *Nurs Forum*, 2018 Oct; 53(4):538-548.
- Steeds C. The anatomy and physiology of pain. *Surgery* 2009; 27(12): 507-511.
- Stubbs B., Schofield P., Binnekade T., Patchay S., Sepehry A., Eggermont L. Pain is associated with recurrent falls in community-dwelling older adults: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Pain Med* 2014; 15(7): 1115-1128.
- Tracy B., Sean Morrison R. Pain management in older adults. *Clin Ther* 2013; 35(11) : 1659-1668.
- van Kooten J., Binnekade T.T., van der Wouden J.C., Stek M.L., Scherder E.J., Husebø B.S., Smalbrugge M., Hertogh C.M. A Review of Pain Prevalence in Alzheimer's, Vascular, Frontotemporal and Lewy Body Dementias. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2016; 41(3-4):220-32.
- Zis, P., Daskalaki, A., Bountouni, I., Sykioti, P., Varrassi, G., Paladini, A. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clin Interv Aging*, 2017 Apr 21; 12:709-720.

**Éclairage LED en gériatrie: faire la lumière sur les considérations Légales, Éthiques et Déontologiques les plus fréquentes lors des soins aux aînés**

**Michèle Morin**, M.D., interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

---

**INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

**ABRÉGÉ**

---

Une fois le déclin cognitif reconnu et l'hypothèse d'un syndrome démentiel sous-jacent prouvée, quelle qu'en soit l'étiologie, il arrive au clinicien de se demander « que faire de plus ? », face à ces maladies dévastatrices qui évoluent inexorablement, bien qu'à des rythmes différents, faute de traitement curatifs encore à ce jour, vers la dégradation progressive des facultés intellectuelles... Or, c'est précisément après l'annonce d'un pareil diagnostic, quand émerge ce sentiment d'impuissance, que tout est encore à faire auprès du malade. Au-delà du traitement pharmacologique, une prise en charge et un accompagnement optimaux du patient et de sa famille dans la maladie susciteront chez le médecin un grand nombre de préoccupations légales, éthiques et déontologiques sur lesquelles la présente formation tentera d'apporter un éclairage. Plusieurs des réflexions qu'elle comporte seront d'ailleurs aussi d'intérêt pour la clientèle âgée encore intègre au plan cognitif.

---

**LES BUTS DE LA FORMATION**

---

Les buts de cette formation sont d'accroître les connaissances des participants quant aux considérations légales, éthiques et déontologiques les plus fréquentes lors des soins aux aînés et d'en parfaire leur compréhension. Une démarche clinique simple et pratique, mais néanmoins systématique, rigoureuse et supportée par les données probantes leur est proposée, de manière à susciter chez eux l'intention d'intégrer rapidement à leur pratique quotidienne les nouvelles notions reçues.

---

**CLIENTELE CIBLE**

---

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

**PLAN DE LA JOURNÉE**

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|---|--|---|
| <b>8 h 30 – 8 h 45</b>  | Discuter du consentement en gériatrie  | Caractéristiques du consentement ou du refus à consentir, notion de refus catégorique, droit à la vérité, confidentialité, collaboration interprofessionnelle | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>8 h 45 – 9 h</b>   | Déterminer l'aptitude à consentir du sujet âgé   | Aptitude et déclin cognitif, exceptions à l'obtention du consentement aux soins (urgence, MADO, MATO, ordonnance de traitement d'un tribunal, etc.)           | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants.   |   |
| <b>9 h – 9 h 15</b>   | Apprécier l'aptitude à gérer ses biens   | Évaluation clinique (anamnèse, tests cognitifs), alternatives à l'ouverture d'un régime de protection pour protéger le patrimoine d'un patient                | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>9 h 15 – 9 h 30</b>  | Identifier le représentant légal en cas d'inaptitude   | Régimes de protection (mandat; curatelle ou tutelle, privée ou publique), conjoint(e), etc., démarches d'ouverture, recours, etc.                             | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><br><b><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i></b> | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|---|--|--|---|
| <b>9 h 30 – 9 h 55</b>  | Résumer les principaux éléments de la « planification avancée » des soins   | Rédaction des directives médicales anticipées, du mandat, du testament, préférence du lieu de fin de vie, intensité thérapeutique, ordonnance de non réanimation, comités d'éthique, etc.                | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>9 h 55 – 10 h 05</b>   | Déterminer si une alimentation artificielle doit être instaurée dans un contexte clinique donné                   | Types de support (« assistance vigoureuse » aux repas, gavages, etc.), bénéfices/avantages, inconvénients/risques, la faim et la soif en vieillissant et dans la démence, importance des soins de bouche | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           |   |
| <b>10 h 05 – 10 h 20</b>  | <b>Pause</b>  |  |  |   |
| <b>10 h 20 – 10 h 45</b>  | Réfléchir au désir de mourir parfois exprimé par la personne âgée   | Demandes d'euthanasie et de suicide assisté, comportements suicidaires, syndrome de glissement, droit de mourir dans la dignité, soins de fin de vie, place des soins palliatifs                         | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique   |   |
| <b>10 h 45 – 10 h 55</b>  | Résumer l'importance des facteurs culturels et spirituels à cette période de la vie                               | Influences de la culture et de la religion sur le vieillir, le souffrir et le mourir   | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique   | Questions quiz aux participants               |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|--|--|---|
| <b>10 h 55 – 11 h 05</b>  | Expliquer les étapes d'une demande au réseau public d'hébergement                                      | Consentement du patient, rédaction du CTMSP médicale et de l'OEMC, étude du dossier, délais d'attente, transition, etc.                | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique   |   |
| <b>11 h 05 – 11 h 15</b>  | Discuter de la maltraitance envers les aînés   | Prévalence, formes, indices, indicateurs, repérage, dépistage, interventions, ressources disponibles                                   | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique   |   |
| <b>11 h 15 – 11 h 35</b>  | Évaluer l'aptitude à conduire sécuritairement un véhicule automobile                                   | Évaluation clinique, tests prédictifs en ergothérapie, signalement à la SAAQ, tests sur route avec moniteur, simulation en laboratoire | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           |   |
| <b>11 h 35 – 11 h 40</b>  |  | Conclusion   | Discussions et échanges<br><br>Réponses aux questions des participants   |   |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b>  |  |  |  | Évaluation de la formation                    |

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Livre

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

### Ressources électroniques

- Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et pré-retraitées. Vieillir en sécurité, vieillir sans violence. [http://www.troussesosabus.org/trousses/trousse\\_f/repertoire\\_outils/interventions/\(i17\).pdf](http://www.troussesosabus.org/trousses/trousse_f/repertoire_outils/interventions/(i17).pdf)
- Barreau du Québec, avril 2015. Vous avez des droits. <http://www.fondationdubarreau.qc.ca/pdf/publication/ainesFR.pdf>
- Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 2013. Guide de réflexion en contexte de maladie grave et de fin de vie: Décider des objectifs des soins pour répondre aux volontés de la personne. [http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Guide\\_MaladiesGraves\\_non\\_imp.pdf](http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Guide_MaladiesGraves_non_imp.pdf)
- Curateur public du Québec, 2015. Guide de référence du Curateur public à l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux. [http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/reseau\\_de\\_la\\_sante/doc\\_integral.pdf](http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/reseau_de_la_sante/doc_integral.pdf)
- Curateur public du Québec, janvier 2017. Un de vos proches devient inapte : Comment le protéger ? [https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/broch\\_un\\_de\\_vos\\_proches.pdf](https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/broch_un_de_vos_proches.pdf)
- Curateur public du Québec, octobre 2017. Les régimes de protection publics en bref. [https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/dep\\_reg\\_bref.pdf](https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/dep_reg_bref.pdf)
- Éducaloi, 2016. Les directives pour les soins en fin de vie. <https://www.educaloi.qc.ca/capsules/les-diretives-pour-les-soins-en-n-de-vie>
- INESSS, janvier 2016. Les niveaux de soins. <https://www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication/les-niveaux-de-soins.html>
- Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînés, 2017. Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022. <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016. Directives médicales anticipées. <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/directives-medicales-anticipees/>
- Portail Santé Mieux-être. Loi concernant les soins de fin de vie. <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/loi-concernant-les-soins-de-fin-de-vie/>
- Réseau de la démence de la région Champlain, 2009. La conduite automobile et la démence : trousse d'information. [http://www.lignesantechamplain.ca/healthlibrary\\_docs/June2009.pdf](http://www.lignesantechamplain.ca/healthlibrary_docs/June2009.pdf)

## Articles scientifiques

- Adam, E. La personne âgée et son besoin de boire et de manger. In S. Lauzon & E. Adam (Eds.), *La personne âgée et ses besoins: interventions infirmières* (p. 529-577). Saint-Laurent, Québec: Éditions du nouveau pédagogique, 1996.
- Andrew C., Traynor V., Iverson D. An integrative review: understanding driving retirement decisions for individuals living with a dementia. *J Adv Nurs* 2015 Dec; 71(12): 2728-40.
- Appelbaum, P.S. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. *N Engl J Med*, 2007; 357:1834-40.
- Association médicale canadienne. Évaluation médicale de l'aptitude à conduire, Guide du médecin. 2012.
- Bachrach-Lindstrom, M., Jensen, S., Lundin, R., Christensson, L. Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; 16(11):2007-2014.
- Chihuri S., Mielenz T.J., DiMaggio C.J., Betz M.E., DiGuseppi C., Jones V.C., Li G. Driving Cessation and Health Outcomes in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2016 Feb; 64(2): 332-41.
- Crête P., Vézina F. L'annonce de l'inaptitude médicale pour la conduite automobile. *Le médecin du Québec*, 2006 ; 41(9):67-71.
- Daher M. Ethical issues in the geriatric patient with advanced cancer 'living to the end'. *Ann Oncol* 2013 Oct; 24 Suppl 7: vii55-58.
- du Collège des médecins du Québec. L'évaluation médicale de l'aptitude à conduire un véhicule automobile. Mars 2007.
- Grisso, T. Clinical Assessment for Legal Competence of Older Adults. In *Neuropsychological Assessment of Dementia and Depression in Older Adults*. Storand & Vadenbos, Washington, APA, 1994.
- Jones, B., Devey, J., McLean, M., Spacey, H., Goodes, S., Turner, V., et al. Maintaining oral hydration in older people. Best practice: evidence based practice information sheets for health professionals, 2001; 5(1):1-6.
- Hodgkinson, B., Evans, D., Wood, J. Maintaining oral hydration in older adults : a systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 2003; 9(3), S19-28.
- Kayser-Jones, J., Pengilly, K. Dysphagia among nursing home residents. *Geriatric nursing*, 1999; 20(2):77-82.
- Ladouceur R. Medical aid in dying. *Can Fam Physician* 2017 Jan; 63(1): 8.
- Lajeunesse Y. Barsauskas A. Concilier niveau d'intervention médicale et soins proportionnés mission impossible ? *Le médecin du Québec*, 2010 ; 45(8):29-34.
- Lebel S. Confort et dignité jusqu'à la fin pour les résidents des CHSLD. *Le médecin du Québec*, 2010; 45 (8): 51-56.
- Menten, J. C. Managing oral hydration. In E. Capezuti, D. A. Zwicker, M. Mezey, T. Fulmer, D. Gray-Miceli & M. Kluger (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3 ed., p. 369-390). New York: Springer, 2008.
- Molnar F.J., Simpson C.S. Approach to assessing fitness to drive in patients with cardiac and cognitive conditions. *Canadian family physician*, 2010; 56: 1123-29.
- Moye, J. Theoretical Frameworks for Competency Assessments in Cognitively Impaired Elderly. *J. of Aging Studies*, 1996; 10, 27-42.
- MSSS, Gouvernement du Québec. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle, 2010.
- MSSS, Gouvernement du Québec. Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, 2013.

- Naitoh, M., Burrell, M.L. Thirst in elderly subjects. In B. Vellas, J. L. Albarede & P. J. Garry (Eds.), Hydration and aging (p. 33-45). New York; Paris: Springer; Serdi, 1998.
- Patel, J., Ackermann, R.J. Issues in Geriatric Care: Medical Decision-Making. *FP Essent*, 2018 May; 468:35-38.
- Requarth J.A. Informed Consent Challenges in Frail, Delirious, Demented, and Do-Not-Resuscitate Adult Patients. *J Vasc Interv Radiol* 2015 Nov; 26(11): 1647-51.
- Ryan, T., Amen, K.M., McKeown, J. The advance care planning experiences of people with dementia, family caregivers and professionals: a synthesis of the qualitative literature. *Ann Palliat Med*, 2017 Oct; 6(4):380-389.
- Schwartz, D.B. Enteral Nutrition and Dementia Integrating Ethics. *Nutr Clin Pract*, 2018 Jun; 33(3):377-387.
- Solis, G.R., Mancera, B.M., Shen, M.J. Strategies used to facilitate the discussion of advance care planning with older adults in primary care settings: A literature review. *J Am Assoc Nurse Pract*, 2018 May; 30(5):270-279.
- Struck, B.D., Brown, E.A., Madison, S. Advance Care Planning in the Outpatient Geriatric Medicine Setting. *Prim Care*, 2017 Sep; 44(3):511-518.
- Wright, L., Hickson, M., Frost, G. Eating together is important: using a dining room in an acute elderly medical ward increases energy intake. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 2006; 19(1), 23-26.

## **Examens complémentaires en gériatrie : discerner la normale de l'anormal !**

**Michèle Morin**, M.D., interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

### **INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

#### **ABRÉGÉ**

---

Le nombre de personnes âgées s'accroît, particulièrement au Québec... Même si vieillir en santé est possible, chacune est tout de même susceptible de cumuler, au fil du temps, plus d'une maladie chronique. Pour chaque maladie, divers examens paracliniques peuvent être nécessaires. Et plus on multiplie les tests, plus les probabilités de résultats anormaux augmentent. Anomalie réelle qui doit alerter le clinicien ? Erreur de laboratoire ? Limite acceptable d'un paramètre peu normalisé pour une population âgée ? S'y retrouver n'est pas toujours facile et sollicite du médecin, qui ne veut ni sous-traiter ni surinvestiguer les aînés de sa clientèle, la gestion de son incertitude et la capacité à tracer la mince ligne entre la normale et l'anormale.

---

#### **LES BUTS DE LA FORMATION**

---

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

---

#### **CLIENTELE CIBLE**

---

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

## PLAN DE LA JOURNÉE

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|--|--|---|
| <b>8 h 30 – 9 h 45</b>  | Résumer certaines anomalies hématologiques « physiologiques » chez la personne âgée                    | Anomalies de l'hémoglobine et des globules rouges, des leucocytes, des plaquettes, des temps de coagulation, des vitamines nécessaires à l'hématopoïèse, du bilan martial, de la sédimentation, etc. | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           |   |
| <b>9 h 45 – 10 h</b>  | <b>Pause</b>   |  |  |   |
| <b>10 h – 11 h 15</b>   | Réviser des anomalies biochimiques communes chez le vieillard  | Anomalies du BUN et de la créatinine, des électrolytes, du bilan phosphocalcique, de l'albumine et des protéines, des enzymes hépatiques, de la TSH, des marqueurs tumoraux, du SMUDCA, etc.         | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants                           |   |
| <b>11 h 15 – 11 h 30</b>  | Identifier certains autres « pièges » dans l'investigation paraclinique en gériatrie                   | Anomalies à l'ECG, aux radiographies pulmonaire, abdominale, de la colonne vertébrale et du bassin, au tacco cérébral, etc.  | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique   |   |
| <b>11 h 30 – 11 h 40</b>  |  | Conclusion   | Discussions et échanges<br><br>Réponses aux questions des participants   |   |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b>  |  |  |  | Évaluation de la formation                    |

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Articles scientifiques

- Abdel-Rahman E.M., Okusa M.D. Effects of aging on renal function and regenerative capacity. *Nephron Clin Pract.* 2014; 127(1-4):15-20.
- Aragon G. et al. When and how to evaluate mildly elevated liver enzymes in apparently healthy patients. *Cleve Clin J Med*, 2010; 77:195.
- Barth, B.E., Waligora, G., Gaddis, G.M. Rapid Systematic Review: Age-Adjusted D-Dimer for Ruling Out Pulmonary Embolism. *J Emerg Med*, 2018 Oct; 55(4):586-592.
- Cabrerizo S., Cuadras D., Gomez-Busto F., Artaza-Artabe I., Marín-Ciancas F., Malafarina V. Serum albumin and health in older people: Review and meta analysis. *Maturitas* 2015 May; 81(1): 17-27.
- Cirillo M. et al. Ageing and changes in phosphate transport: clinical implications. *J Nephrol*, 2010; 23(Suppl 16):S152.
- Decaux G. et al. Clinical laboratory evaluation of the syndrome of inappropriate secretion of [antidiuretic hormone](#). *Clin J Am Soc Nephrol*, 2008; 3:1175.
- Den Elzen W.P. et al. Subnormal [vitamin B12](#) concentrations and anemia in older people: a systematic review. *BMC Geriatr*, 2010; 10:42.
- Fairweather-Tait S.J., Wawer A.A., Gillings R., Jennings A., Myint P.K. Iron status in the elderly. *Mech Ageing Dev* 2014 Mar-Apr; 136-137:22-8.
- Farcet A., Delalande G., Oliver C., Retornaz F. About the HbA1c in the elderly. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2016 Mar; 14(1):42-8.
- Favalaro E.J., Franchini M., Lippi G. Aging hemostasis: changes to laboratory markers of hemostasis as we age - a narrative review. *Semin Thromb Hemost.* 2014 Sep; 40(6):621-33.
- Fliser D. Assessment of renal function in elderly patients. *Curr Opin Nephrol Hypertens*, 2008; 17:604.
- Ganguli A., Mascarenhas R.C., Jamshed N., Tefera E., Veis J.H. Hyponatremia: incidence, risk factors, and consequences in the elderly in a home-based primary care program. *Clin Nephrol.* 2015 Aug; 84(8):75-85.
- Garasto S., Fusco S., Corica F., Rosignuolo M., Marino A., Montesanto A., De Rango F., Maggio M., Mari V., Corsonello A., Lattanzio F. Estimating glomerular filtration rate in older people. *Biomed Res Int* 2014; 2014:916542. doi: 10.1155/2014/916542. Epub 2014 Mar 20.
- Giannini E.G. et al. Liver enzyme alteration: a guide for clinicians. *CMAJ*, 2005; 172:367.
- Halawi R., Moukhadder H., Taher A. Anemia in the elderly: a consequence of aging? *Expert Rev Hematol*, 2017 Apr; 10(4):327-335.
- Hennessey J.V., Espaillet R. Diagnosis and Management of Subclinical Hypothyroidism in Elderly Adults: A Review of the Literature. *J Am Geriatr Soc.* 2015 Aug; 63(8):1663-73.
- Jones D.D. et al. Subclinical thyroid disease. *Am J Med*, 2010; 123:502.
- Kaferle J. et al. Evaluation of macrocytosis. *Am Fam Physician*, 2009; 79:203.
- Moe S.M. Disorders involving calcium, phosphorus, and magnesium. *Prim Care*, 2008; 35:215.
- Müller-Werdan, U., Nuding, S., Ost, M. Assessing inflammaging. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 2017 Sep; 20(5):346-348.

- Ojala A.K., Schalin-Jääntti C., Pitkälä K.H., Tilvis R.S., Strandberg T.E. Serum thyroid-stimulating hormone and cognition in older people. *Age Ageing*, 2016 Jan; 45(1):155-7.
- Pasricha S.R. et al. Diagnosis and management of iron deficiency anaemia: a clinical update. *Med J Aust*, 2010; 193:525.
- Pietrangelo A. Hepcidin in human iron disorders: therapeutic implications. *J Hepatol*, 2011; 54:173.
- Röhrig G. Anemia in the frail, elderly patient. *Clin Interv Aging* 2016 Mar 17; 11: 319-26.
- Selhub J. et al. The use of blood concentrations of vitamins and their respective functional indicators to define folate and vitamin B12 status. *Food Nutr Bull*, 2008; 29(2 Suppl):S67.
- Tan J.L., Eastment J.G., Poudel A., Hubbard R.E. Age-Related Changes in Hepatic Function: An Update on Implications for Drug Therapy. *Drugs Aging*, 2015 Dec; 32(12):999-1008.
- Todd C.H. Management of thyroid disorders in primary care: challenges and controversies. *Postgrad Med J*, 2009; 85:655.
- Van Vranken M. Evaluation of macrocytosis. *Am Fam Physician*, 2010; 82:1117.
- Vásárhelyi, B., Debreczeni, L.A. Lab Test Findings in the Elderly. *EJIFCC*, 2017 Dec; 28(4): 328-332.
- Walsh S.B. et al. Clinical hypokalemia and hyperkalemia at the bedside. *J Nephrol*, 2010; 23(Suppl 16):S105.
- Wawer, A.A., Jennings, A., Fairweather-Tait, S.J. Iron status in the elderly: A review of recent evidence. *Mech Ageing Dev*, 2018 Oct; 175:55-73.
- Yeoh, S.A., Fox, C., Hull, R. Neutropenia in the Elderly: A Rheumatology Perspective. *Drugs Aging*, 2016 Aug; 33(8):585-601.
- Zhang D.M., Ye J.X., Mu J.S., Cui X.P. Efficacy of Vitamin B Supplementation on Cognition in Elderly Patients With Cognitive-Related Diseases. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2017 Jan; 30(1):50-59.

### **L'incontinence urinaire chez l'ainé : « Retenir l'essentiel ! »**

**Michèle Morin**, M.D., interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

---

#### **INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

##### **ABRÉGÉ**

---

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

---

#### **LES BUTS DE LA FORMATION**

---

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

---

#### **CLIENTELE CIBLE**

---

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

## PLAN DE LA JOURNÉE

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|--|--|---|
| <b>8 h 30 – 8 h 55</b>  | Reconnaître l'importance du problème de l'incontinence urinaire chez la personne âgée                  | Définition, « sous-déclaration », épidémiologie et conséquences  | Exposé interactif  |   |
| <b>8 h 55 – 9 h 15</b>  | Décrire la physiologie normale de la miction et ses changements avec l'âge                             | Prérequis à la continence, physiologie de la miction normale et effets du vieillissement   | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |
| <b>9 h 15 – 9 h 45</b>  | Raisonner une classification simple et pratique de l'incontinence urinaire                             | Incontinence urinaire « aigue », de stress, de type vessie non inhibée, de regorgement, fonctionnelle, mixte et double : physiopathologie et manifestations cliniques usuelles | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>9 h 45 – 10 h</b>  | Associer chaque classe d'incontinence à ses étiologies les plus fréquentes chez la personne âgée       | Étiologies selon le type d'incontinence  | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>10 h – 10 h 15</b>   | <b>Pause</b>   |  |  |   |
| <b>10 h 15 – 10 h 35</b>  | Résumer l'approche clinique et paraclinique de l'incontinence urinaire                                 | Approche clinique, journal des mictions, investigation paraclinique, place des épreuves urodynamiques et de la référence en urologie   | Exposé interactif<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants  | Exemple de journal des mictions               |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>   | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>                       |
|---|--|--|--|---|
| <b>10 h 35 – 11 h 05</b>  | Adapter sa conduite thérapeutique en fonction du type d'incontinence urinaire  | Mesures universelles, approches non pharmacologiques, thérapies comportementales, traitement pharmacologique, options chirurgicales, solutions palliatives                             | Exposé interactif<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants  |   |
| <b>11 h 05 – 11 h 20</b>  | Justifier qu'en 2016-2017, la sonde à demeure ne soit plus une réponse thérapeutique acceptable pour une grande majorité des incontinenances urinaires | Sonde urinaire, les indications, les inconvénients, les alternatives   | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>11 h 20 – 11 h 30</b>  | Prévenir l'apparition ou l'aggravation d'une incontinence urinaire pendant un séjour hospitalier   | Dépistage des usagers à risque, signes vitaux gériatriques AINÉES, interventions préconisées par le cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier | Exposé interactif  | Présentation de la fiche clinique « Incontinence urinaire » du MSSS |
| <b>11 h 30 – 11 h 40</b>  |  | Conclusion   | Discussions et échanges<br><br>Réponses aux questions des participants   |   |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b>  |  |  |  | Évaluation de la formation  |

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Livre

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

### Articles scientifiques

- Anderson K.M., Davis K., Flynn B.J. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Med Clin North Am*, 2015 Mar; 99(2):405-16.
- Berni, K.C., Cummings, J. M. Urodynamic evaluation of the older adult: bench to bedside. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2004; 20(3):477-487.
- Bogner, H.R., Gallo, J.J., Sammel, M.D., Ford, D.E., Armenian, H.K., Eaton, W.W. Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002; 50(3):489-495.
- Chevalier, M., Morin, M. L'incontinence urinaire en gériatrie. *Le Clinicien*, 1994 ; 9(8):29-48.
- Chuang Y.C., Plata M., Lamb L.E., Chancellor M.B. Underactive Bladder in Older Adults. *Clin Geriatr Med* 2015 Nov; 31(4): 523-33.
- Chung, A., Noguchi, N., Chan, L., Tse, V. Voiding dysfunction in older men. *Curr Opin Urol*, 2016 Mar ;26(2):177-83.
- Cohn J.A., Kowalik C.G., Reynolds W.S., Kaufman M.R., Milam D.F., Dmochowski R.R., Wein A.J. Desmopressin acetate nasal spray for adults with nocturia. *Expert Rev Clin Pharmacol*, 2017 Dec; 10(12):1281-1293.
- Diokno A.C. Diagnostic categories of incontinence and the role of urodynamic testing. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1990; 38:300-305.
- Dugan, E., Roberts, C.P., Cohen, S.J., Preisser, J.S., Davis, C.C., Bland, D.R., et al. Why older community dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001; 49(4):462-465.
- MSSS, Gouvernement du Québec. Fiche clinique « Incontinence urinaire ». 2011. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-07W.pdf> )
- Frank C., Szlanta A. Office management of urinary incontinence among older patients. *Canadian Family Physician*, 2010 ; 56:1115-20.
- Gibson W., Wagg A. New horizons: urinary incontinence in older people. *Age Ageing*. 2014 Mar; 43(2):157-63.
- Grosshans C.I., Passadori Y., Peter B. Urinary retention in the elderly: A study of 100 hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1993; 41:633-638.
- Holroyd-Leduc J.M., Tannenbaum C., Thorpe K.E., Straus S.E. What type of urinary incontinence does this woman have?. *JAMA*, 2008; 299(12):1446-1456.
- Locher, J.L., Goode, P.S., Roth, D.L., Worrell, R.L., Burgio, K.L. Reliability assessment of the bladder diary for urinary incontinence in older women. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 2001; 56(1):M32-35.
- Messier, K., Lapierre M. Comment traiter l'incontinence sans se mouiller! *Le médecin du Québec* juillet 2010; 45(7):61-4.
- Nicolle, L.E. Urinary Tract Infections in the Older Adult. *Clin Geriatr Med*, 2016 Aug; 32(3):523-38.

- Noguchi N., Chan L., Cumming R.G., Blyth F.M., Handelsman D.J., Seibel M.J., Waite L.M., Le Couteur D.G., Naganathan V. Lower Urinary Tract Symptoms and Incident Falls in Community Dwelling Older Men: The Concord Health and Ageing in Men Project. *J Urol* 2016 Dec; 196(6): 1694-1699.
- Orme S., Morris V., Gibson W., Wagg A. Managing Urinary Incontinence in Patients with Dementia: Pharmacological Treatment Options and Considerations. *Drugs Aging*. 2015 Jul; 32(7):559-67.
- Ostbye, T., Seim, A., Krause, K.M., Feightner, J., Hachinski, V., Sykes, E., et al. A 10-year follow-up of urinary and fecal incontinence among the oldest old in the community : the Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Journal on Aging*, 2004; 23(4):319-331.
- Paolone, D.R. [Benign Prostatic Hyperplasia](#). *Clinics in Geriatric Medicine*, 2010; 26: 223-239.
- Parker W.P., Griebing T.L. Nonsurgical Treatment of Urinary Incontinence in Elderly Women. *Clin Geriatr Med* 2015 Nov; 31(4): 471-85.
- Potts, J.M., Payne, C.K. Urinary Urgency in the Elderly. *Gerontology*, 2018; 64(6):541-550.
- Resnick N.M. Geriatric incontinence. *Urol Clin North Am*; 1996; 23:55-74.
- Samuelsson E., Odeberg J., Stenzelius K., Molander U., Hammarström M., Franzen K., Andersson G., Midlöv P. Effect of pharmacological treatment for urinary incontinence in the elderly and frail elderly: A systematic review. *Geriatr Gerontol Int*. 2015 May; 15(5):521-34.
- Smith, E.M., Shah, A.A. Screening for Geriatric Syndromes: Falls, Urinary/Fecal Incontinence, and Osteoporosis. *Clin Geriatr Med*, 2018 Feb; 34(1):55-67.
- Stenzelius K., Molander U., Odeberg J., Hammarström M., Franzen K., Midlöv P., Samuelsson E., Andersson G. The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people: a systematic review. *Age Ageing*, 2015 Sep; 44(5):736-44.
- Tannenbaum C., Johnell K. Managing therapeutic competition in patients with heart failure, lower urinary tract symptoms and incontinence. *Drugs Aging*. 2014 Feb; 31(2):93-101.
- Thirugnanasothy S. [Managing urinary incontinence in older people](#). *BMJ*; 2010; 341:c3835.
- Teunissen, T.A. M., de Jonge, A., van Weel, C., & Lagro-Janssen, A.L.M. Treating urinary incontinence in the elderly-- conservative therapies that work: a systematic review. *Journal of Family Practice*, 2004; 53(1), 25-30.
- Vouri S.M., Kebodeaux C.D., Stranges P.M., Teshome B.F. Adverse events and treatment discontinuations of antimuscarinics for the treatment of overactive bladder in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*, 2017 Mar - Apr; 69:77-96.
- Wagg A., Gibson W., Ostaszkiwicz J., Johnson T., Markland A., Palmer M.H., Kuchel G., Szonyi G., Kirschner-Hermanns R. Urinary incontinence in frail elderly persons: Report from the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourology Urology*, 2015 Jun; 34(5):398-406.
- Woodford, H.J. Anticholinergic Drugs for Overactive Bladder in Frail Older Patients: The Case Against. *Drugs Aging*, 2018 Sep; 35(9):773-776.
- Yared J.E., Gormley E.A. The Role of Urodynamics in Elderly Patients. *Clin Geriatr Med* 2015 Nov; 31(4): 567-79.

## Ressources électroniques

- Capsule web sur le site du CEVQ : <http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-partenariat/centre-dexcellence-sur-le-vieillissement-de-quebec-cevq/capsules-web-4>
- MSSS, Gouvernement du Québec. Fiche clinique « Incontinence urinaire ». 2011. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-07W.pdf> )
- Passeport-Santé : [http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=incontinence\\_urinaire\\_pm](http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=incontinence_urinaire_pm)
- Renseignements aux aînés : [http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/F-5179\\_incontinence\\_WEB.pdf](http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/F-5179_incontinence_WEB.pdf)

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

**Michèle Morin**, M.D., interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

---

### **INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

#### **ABRÉGÉ**

---

En 2015, l'arsenal thérapeutique dont dispose le clinicien pour soulager les symptômes de la maladie de Parkinson est vaste. S'y ajoutent même maintenant, pour des patients de plus en plus âgés, dans certaines situations bien définies, les options chirurgicales. Plus que jamais, reconnaître cette maladie neurodégénérative prévalente est important. Mais est-ce que tout tremblement est synonyme de maladie de Parkinson ? À l'inverse, en l'absence de tremblement, le médecin peut-il, devant un patient âgé ralenti, écarter ce diagnostic ? Outre les classiques signes moteurs, qu'anticiper comme manifestations cliniques associées ? Et comment faire face à ces symptômes à la phase évoluée de la maladie, quand la dignité du patient devient pour le médecin et son équipe de soignants un enjeu presque plus important que celui de l'autonomie du malade âgé ?

---

#### **LES BUTS DE LA FORMATION**

---

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

---

#### **CLIENTÈLE CIBLE**

---

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

**PLAN DE LA JOURNÉE**

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>   | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|--|--|---|
| <b>8 h 30 – 8 h 50</b>  | Distinguer les différentes anomalies de mouvements susceptibles d'être identifiées chez la personne âgée | Fasciculations, myoclonies, tremblement, (de repos, de posture, d'action), dyskinésie, acathisie, chorée, athétose, hémiballisme   | Exposé interactif<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants  |   |
| <b>8 h 50 – 9 h</b>   | Associer chaque trouble du mouvement aux étiologies les plus fréquentes en gériatrie                     | Maladies neurologiques, maladies systémiques, médicaments  | Exposé interactif<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants  |   |
| <b>9 h – 9 h 15</b>   | Identifier les constituants d'un syndrome extrapyramidal   | Tremblement, bradykinésie, rigidité, instabilité posturale<br><br>Séméiologie différentielle avec la spasticité et l'ataxie  | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants selon leur nombre   |   |
| <b>9 h 15 – 9 h 30</b>  | Déterminer les principaux diagnostics différentiels du syndrome extrapyramidal chez l'ainé               | Maladie de Parkinson idiopathique, parkinsonisme médicamenteux, parkinsonisme vasculaire, Maladie à corps de Lewy, paralysie supranucléaire progressive, hydrocéphalie normotensive, hypothyroïdie | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants selon leur nombre   |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><br><b><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i></b> | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|---|--|--|---|
| <b>9 h 30 – 10 h</b>  | Décrire les manifestations cliniques de la maladie de Parkinson idiopathique autres que la triade classique       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Micrographie, dysphonie, palilalie, sialorrhée, hypomimie, glabellaire</li> <li>• Dysautonomies dont l'hypotension orthostatique</li> <li>• Manifestations neuropsychiatriques: trouble de l'humeur, atteinte cognitive, symptômes psychotiques, troubles du sommeil</li> <li>• Dysphagie</li> <li>• Douleur</li> </ul> | Exposé interactif<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants  |   |
| <b>10 h – 10 h 15</b>   | <b>Pause</b>  |  |  |   |
| <b>10 h 15 – 10 h 25</b>  | Discuter de la physiopathologie de la maladie de Parkinson  | Étiologie incluant le rôle de la génétique, trouvailles histopathologiques classiques, neurotransmetteur affecté, stades de la maladie   | Exposé interactif  |   |
| <b>10 h 25 – 10 h 30</b>  | Estimer la prévalence de la maladie de Parkinson  | Statistiques   | Exposé interactif  |   |
| <b>10 h 30 – 10 h 45</b>  | Résumer les principales approches thérapeutiques de la maladie de Parkinson                                       | Approches non pharmacologiques et interdisciplinarité, approches pharmacologiques, approches chirurgicales,  | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants selon leur nombre   |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>                            | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|---|--|--|---|
|   |   | approches palliatives en fin de vie  |  |   |
| <b>10 h 45 – 11 h 05</b>  | Justifier l'usage des différentes classes de médicaments disponibles pour traiter les symptômes moteurs de la maladie             | Dopathérapie, inhibiteurs de la COMT, agonistes dopaminergiques, inhibiteurs de la monoamine oxydase, anticholinergiques, autres<br><br>Indications, effets indésirables, précautions, etc.  | Exposé interactif<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants  | « Trucs du métier »                           |
| <b>11 h 05 – 11 h 30</b>  | Examiner les interventions possibles pour un traitement optimal des manifestations associées dans la maladie de Parkinson évoluée | Modalités thérapeutiques pour les principales dysautonomies (hypotension orthostatique, gastroparésie, constipation opiniâtre, rétention urinaire), les manifestations neuropsychiatriques (insomnie, anxiété, dépression, psychose, démence), la dysphagie, les soins de fin de vie | Exposé interactif<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants  | « Trucs du métier »                           |
| <b>11 h 30 – 11 h 35</b>  | Expliquer la place de la chirurgie dans le traitement de la maladie de Parkinson du sujet âgé                                     | Indications, contre-indications, risques   | Exposé interactif  |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b> | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|-----------------|--|---|
| <b>11 h 35 – 11 h 40</b>  |  | Conclusion      | Discussions et échanges<br><br>Réponses aux questions des participants   |   |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b>  |  |                 |  | Évaluation de la formation                    |

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Livres

- Arcand M., Hébert R. (2007). Précis pratique de gériatrie, troisième édition. Édisem Maloine. 1270 p.
- Lavoie B. Le guide InfoParkinson : Mieux vivre avec la maladie de Parkinson, Saint-Constant (Qc), 2002. 190 pages.
- Voyer, P. Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Saint-Laurent : ERPI. 2013.

### Articles scientifiques

- Alexoudi, A., Alexoudi, I., Gatzonis, S. Parkinson's disease pathogenesis, evolution and alternative pathways: A review. Rev Neurol (Paris), 2018 Dec; 174(10):699-704.
- Barber A., Dashtipour K. Sleep disturbances in Parkinson's disease with emphasis on rapid eye movement sleep behavior disorder. Int J Neurosci, 2012 Aug; 122(8):407-12.
- Belin J., Houéto J.L., Constans T., Hommet C., de Toffol B., Mondon K. Geriatric particularities of Parkinson's disease: Clinical and therapeutic aspects. Rev Neurol (Paris), 2015 Dec; 171(12):841-52.
- Bhidayasiri R., Jitkriksadakul O., Boonrod N., Sringean J., Calne S.M., Hattori N., Hayashi A. What is the evidence to support home environmental adaptation in Parkinson's disease? A call for multidisciplinary interventions. Parkinsonism Relat Disord 2015 Oct; 21(10): 1127-32.
- Bronstein J.M., Tagliati M., Alterman R.L. et al. Deep Brain Stimulation for Parkinson Disease: An Expert Consensus and Review of Key Issues. Arch Neurol, 2010 Oct 11.
- Buckley M., O'Neill D. Ageism in Studies of Rehabilitation in Parkinson's Disease. J Am Geriatr Soc, 2015 Jul; 63(7):1470-1.
- Campbell Colin W., Jones Edward J.S., Merrills Jane. Palliative and end-of-life care in advanced Parkinson's disease and multiple sclerosis. Clinical Medicine, 2010: Vol 10, No 3: 290-2.
- Doty, R.L. Age-Related Deficits in Taste and Smell. Otolaryngol Clin North Am, 2018 Aug; 51(4):815-825.
- Dubow J.S. Autonomic dysfunction in Parkinson's disease. Dis Mon, 2007 May; 53(5):265-74.
- Gazewood J.D., Richards D.R., Clebak K. Parkinson disease: an update. Am Fam Physician, 2013 Feb 15; 87(4):267-73.
- Giladi, N. Medical treatment of freezing of gait. Mov Disord, 2006: 23 Suppl 2:S482-8.
- Goetz C.G., Poewe W., Rascol O., Sampaio C. Evidence-based medical review update: pharmacological and surgical treatments of Parkinson's disease: 2001 to 2004. Mov Disord, 2005 May; 20(5):523-39.
- Duncan G.W., Yarnall A.J., Marrinan S., Burn D.J. New horizons in the pathogenesis, assessment and management of movement disorders. Age and Ageing 2013; 42:2-10.
- Goy E.R. Carter J., Ganzini L. Neurologic Disease at the End of Life: Caregiver Descriptions. Journal of Palliative Medicine, 2008; Volume 11, Number 4, pp 548-554.
- Grover S., Somaiya M., Kumar S., Avasthi A. Psychiatric aspects of Parkinson's disease. J Neurosci Rural Pract. 2015 Jan-Mar; 6(1): 65-76.
- Iranzo, A. Parasomnias and Sleep-Related Movement Disorders in Older Adults. Sleep Med Clin, 2018 Mar; 13(1):51-61.
- Keller D.L. Risks of deep brain stimulation for Parkinson disease. Am Fam Physician. 2013 Jun 15; 87(12):822.

- Kent A. Progressive supranuclear palsy. *Nursing Standard*, August 2013; 27(51):48-57.
- Kim Y.E., Jeon B.S. Clinical implication of REM sleep behavior disorder in Parkinson's disease. *J Parkinsons Dis.* 2014; 4(2):237-44.
- Kulisevskya J. et al. Advanced Parkinson's disease: Clinical characteristics and treatment. Part II. *Neurología.* 2013; 28(9):558-583.
- Lewis S.J., Gangadharan S., Padmakumar C.P. Parkinson's disease in the older patient. *Clin Med (Lond)*, 2016 Aug; 16(4):376-8.
- Miyasaki J., Martin W., Suchowersky O., et al. Practice parameter: Initiation of treatment for Parkinson's disease: an evidence-based review. *Neurology* 2002; 58:11-7.
- Miyasaki Janis M. Palliative Care in Parkinson's Disease. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2013; 13:367.
- Moreau C., Ozsancak C. and Blatt J.L. et al. Oral festination in Parkinson's disease: biomechanical analysis and correlation with festination and freezing of gait. *Mov Disord* 2007; 22(10):1503-6.
- Ottaviano G., Frasson G., Nardello E., Martini A. Olfaction deterioration in cognitive disorders in the elderly. *Aging Clin Exp Res* 2016 Feb; 28(1): 37-45.
- Perez-L.S., Rey M.V., Pavy-Le Traon A., Rascol O. Emerging drugs for autonomic dysfunction in Parkinson's disease. *Expert Opin Emerg Drugs* 2013 Mar; 18(1):39-53.
- Rapoport, S.K., Menie,r J., Grant, N. Voice Changes in the Elderly. *Otolaryngol Clin North Am*, 2018 Aug; 51(4):759-768.
- Reich, S.G. Essential Tremor. *Med Clin North Am*, 2019 Mar; 103(2):351-356.
- Sagna A., Gallo J.J., Pontone G.M. Systematic review of factors associated with depression and anxiety disorders among older adults with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2014 Jul; 20(7):708-15.
- Savica R., Boeve B.F., Logroscino G. Epidemiology of alpha-synucleinopathies: from Parkinson disease to dementia with Lewy bodies. *Handb Clin Neurol*, 2016; 138:153-8.
- Savica R., Grossardt B.R., Bower J.H., Ahlskog J.E., Boeve B.F., Graff-Radford J., Rocca W.A., Mielke M.M. Survival and Causes of Death Among People With Clinically Diagnosed Synucleinopathies With Parkinsonism: A Population-Based Study. *JAMA Neurol*, 2017 Jul 1; 74(7):839-846.
- Saltychev M., Bärlund E., Paltamaa J., Katajapuu N., Laimi K. Progressive resistance training in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2016 Jan 7; 6(1): e008756. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008756.
- Seppi K., Weintraub D., Coelho M., Perez-Lloret S., Fox S.H., Katzenschlager R., Hametner E.M., Poewe W., Rascol O., Goetz C.G., Sampaio C. The Movement Disorder Society Evidence-Based Medicine Review Update: Treatments for the non-motor symptoms of Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2011 Oct; 26 Suppl 3:S42-80.
- Schrag A. Psychiatric aspects of Parkinson's disease. *Journal of Neurology* July 2004; 251(7):795-804.
- Sprenger F., Poewe W. Management of motor and non-motor symptoms in Parkinson's disease. *CNS Drugs* 2013 Apr; 27(4): 259-72.
- Srivannithapoom P., Hallett M. Camptocormia in Parkinson's disease: definition, epidemiology, pathogenesis and treatment modalities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2016 Jan; 87(1): 75-85.
- Valera E., Masliah E. Therapeutic approaches in Parkinson's disease and related disorders. *J Neurochem*, 2016 Oct; 139 Suppl 1:346-352.
- Walker R.W. Palliative care and end-of-life planning in Parkinson's disease. *J Neural Transm* 2013; 120:635-638.

- Watson R., Colloby S.J. Imaging in Dementia With Lewy Bodies: An Overview. J Geriatr Psychiatry Neurol, 2016 Sep; 29(5):254-60.
- Wilcox Sarah K. Extending palliative care to patients with Parkinson's disease. British Journal of Hospital Medicine, January 2010; 71(1).
- Williams D.R., Litvan I. Parkinsonian Syndromes. Continuum (Minneap Minn). 2013 Oct; 19(5 Movement Disorders): 1189-1212.
- Willis A.W. Parkinson disease in the elderly adult. Mo Med. 2013 Sep-Oct; 110(5):406-10.

### **Sites Internet**

- Maladie de Parkinson et soins palliatifs: <http://pmj.sagepub.com/content/20/2/87>
- Parkinson's Disease Foundation: <http://www.pdf.org>
- Société Parkinson du Canada: <http://www.parkinson.ca>
- Société Parkinson du Québec: <http://www.parkinsonquebec.ca>
- Troubles du mouvement: <http://www.cen-neurologie.fr/1er-cycle/propedeutique/analytique/mouvements/index.phtml>

## **Médicaments et aînés : prescrire ou proscrire ?**

**Michèle Morin**, M.D., interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

---

### **INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

#### **ABRÉGÉ**

---

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

---

#### **LES BUTS DE LA FORMATION**

---

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

---

#### **CLIENTELE CIBLE**

---

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

## PLAN DE LA JOURNÉE

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|---|--|---|
| <b>8 h 30 – 9 h</b>   | Reconnaître l'ampleur du problème de la prescription inappropriée en gériatrie                         | Définition (polymédication, ordonnance potentiellement non appropriée, effet indésirable médicamenteux, interaction médicamenteuse, observance), conséquences et épidémiologie  | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |
| <b>9 h – 9 h 45</b>   | Décrire les principaux changements pharmacocinétiques et pharmacodynamiques du vieillissement          | Changements pharmacocinétiques (absorption, distribution, métabolisme, excrétion), modifications pharmacodynamiques et implications cliniques   | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |
| <b>9 h 45 – 10 h</b>  | Identifier la prescription potentiellement inappropriée chez la population âgée                        | Exemples de prescription potentiellement inappropriée : absence d'indication, doublons, présence d'effets indésirables, risque d'interactions médicamenteuses, meilleure alternative, posologie/durée inadéquates, omission d'un médicament indiqué, etc. | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |
| <b>10 h – 10 h 15</b>   | Énumérer divers outils d'identification de la prescription potentiellement inappropriée                | Échelle MAI, outils STOPP et START, critères de BEERS   | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |

|                          |   |   |  |                            |
|--------------------------|---|---|--|----------------------------|
| <b>10 h 15 – 10 h 30</b> | <b>Pause</b>                              |   |  |                            |
| <b>10 h 30 – 11 h 30</b> | Réviser la médication d'une personne âgée | Initiation, poursuite ou modalité de cessation de diverses classes de médicaments, selon les données probantes et l'expérience : psychotropes, IChE, narcotiques, anticonvulsivants, digitale, antiangineux, anti-hypertenseurs, hypolipémiants, hypoglycémiant, anticoagulants, AINS, IPP, diphosphonates, calcium, vitamine D, vitamine B12, nicotine, etc. | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants |                            |
| <b>11 h 30 – 11 h 40</b> |   | Conclusion  | Discussions et échanges<br><br>Réponses aux questions des participants                                   |                            |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b> |   |   |  | Évaluation de la formation |

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Livres

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

### Ressources électroniques

- American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults, by the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13702/abstract>
- Réseau canadien pour la déprescription (ReCaD): <http://deprescribing.org/fr/canadian-deprescribing-network-caden/>
- Regroupement des UCDG et des services hospitaliers gériatriques du Québec (RUSHGQ), 2017. Guide de gestion médicamenteuse en UCDG. [http://rushgq.org/module\\_tableau\\_bord/](http://rushgq.org/module_tableau_bord/)

### Articles scientifiques

- Barry P.J., Gallagher C., Ryan C., O'Mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment)—an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age and Ageing* 2007; 36:632-38.
- Beers, M.H. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med*, 1997; 157:1531-1536.
- Champoux N. Toute bonne ordonnance a une fin : le retrait des médicaments devenus superflus. *Le médecin du Québec*, 2010; 45(8):21-26.
- Chroinin D.N., Chroinin C.N., Beveridge A. Factors influencing deprescribing habits among geriatricians. *Age Ageing*, 2015; 44:704-8.
- *Clinics of Geriatric Medicine*, May 2012.
- Couture J. Côté M. La polypharmacie chez les personnes âgées. *Le médecin du Québec*, 2009; 44(1):45-50.
- Cullinan S., O'Mahony D., Fleming A., Byrne S. A meta-synthesis of potentially inappropriate prescribing in older patients. *Drugs Aging* 2014; 31: 631-638.
- Duran C.E., Azermai M., Vander Stichele R.H. Systematic review of anticholinergic risk scales in older adults. *Eur J Clin Pharmacol* 2013; 69: 1485–1496.
- Farrell B. The Evidence for Deprescribing: Trials and Tribulations. Annual Professional Practice Conference. Toronto (ON): Canadian Society of Hospital Pharmacists; 2013; 30.
- Frank C., Weir E. Deprescribing for older patients. *CMAJ* 2014; 186:1369-76.

- Gallagher P., O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age and Ageing*, 2008; 37: 673-79.
- Garfinkel D., Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med* 2010; 170:1648-54.
- Gnjidic D., Le Couteur D.G., Kouladjian L., et al. Deprescribing trials: methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes. *Clin Geriatr Med* 2012; 28:237-53.
- Hamilton H.J. et coll. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC Geriatrics* 2009; 9(5): 1471. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/9/5>
- Hamilton H., Gallagher P., Ryan C., Byrne S., O'Mahony D. Potentially Inappropriate Medications Defined by STOPP Criteria and the Risk of Adverse Drug Events in Older Hospitalized Patients. *Arch Intern Med*, 2011; 171(11):1013-1019.
- Iyer et al. Medication Withdrawal Trials in People aged 65 Years and Older. A Systematic Review. *Drugs Aging*, 2008; 25(12):1021-1031.
- Levy H. B., Marcus E-L., Christen C. Beyond the Beers Criteria: A Comparative Overview of Explicit Criteria. *Ann Pharmacother*, 2010; 44 (12): 1968-75.
- Morin L., Fastbom J., Laroche M. L., Johnell K. Potentially inappropriate drug use in older people: a nationwide comparison of different explicit criteria for population-based estimates. *Br J Clin Pharmacol*, 2015; 80:315-24.
- Narayan, S.W., Nishtala, P.S. Discontinuation of Preventive Medicines in Older People with Limited Life Expectancy: A Systematic Review. *Drugs Aging*, 2017 Oct; 34(10):767-776.
- O'Mahony D., O'Connor M.N. [Pharmacotherapy at the end-of-life](#). *Age and ageing*, 2011; 40:419-22.
- O'Mahony D., O'Sullivan D., Byrne S., O'Connor M.N., Ryan C., Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people : version 2. *Age Ageing* 2015; 44: 213-218.
- Ostini R., Jackson C., Hegney D., et al. How is medication prescribing ceased? A systematic review. *Med Care* 2011; 49:24-36.
- Page A.T., Clifford R.M., Potter K., Schwartz D., Etherton-Beer C.D. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*, 2016; 82:583-623.
- Patterson S.M., Cadogan C.A., Kerse N., et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 10.
- Ramage-Morin, P.L. Consommation de médicaments chez les Canadiens âgés. *Rapport sur la santé* 2009; 20(1):1-9. <http://www.asssm.veille.gouv.qc.ca/url.php?id=4282&l=1>
- Reeve E., Turner J.P. Patients' perspectives on the brave new word 'deprescribing'. *Int J Pharm Pract*, 2015; 23:90-1.
- Reeve, E., Moriarty, F., Nahas, R., Turner, J.P., Kouladjian O'Donnell, L., Hilmer, S.N. A narrative review of the safety concerns of deprescribing in older adults and strategies to mitigate potential harms. *Expert Opin Drug Saf*, 2018 Jan; 17(1):39-49.
- Renom-Guiteras A., Meyer G., Thurmann P.A. The EU(7)-PIM list: A list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *Eur J Clin Pharmacol* 2015; 71: 861-875.
- Scott I.A., Martin J.H., Gray L.A., et al. Minimising inappropriate medication use in older populations - a 10 step conceptual framework. *Am J Med* 2012; 125:529-37.

- Scott I.A., Hilmer S.N., Reeve E., et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med* 2015; 175:827-34.
- Sketris, I.S., et coll. Strategic opportunities for effective optimal prescribing and medication management. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 2009; 16(1):103-25.
- Steinman M. Managing medications in clinically complex elders: “There’s got to be a happy medium”. *JAMA*, 2010; 304(14):1592-1601.
- Shrank W.H., Plinski J.M., Avorn J. Quality Indicators for Medication Use in Vulnerable Elders. *JAGS*, 55 (S2) 373-82, 2007.
- Tannenbaum C., Martin P., Tamblyn R. et al. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: The EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 890-898.
- Thillainadesan, J., Gnjjidic, D., Green, S., Hilmer, S.N. Impact of Deprescribing Interventions in Older Hospitalised Patients on Prescribing and Clinical Outcomes: A Systematic Review of Randomised Trials. *Drugs Aging*, 2018 Apr; 35(4):303-319.
- Tjia J., Velten S.J., Parsons C., Valluri S., Briesacher B.A. Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults: a systematic review. *Drugs Aging* 2013; 30:285-307.
- Wallis K.A. Ageing is not for the faint-hearted: are we making it worse? Polypharmacy-related harm in the elderly. *J Prim Health Care*, 2015; 7:167-9.
- Wauters M., Elserviers M., Vaes B., Degryse J., Dalleur O., Vander Stichele R., Christiaens T., Azermai M. Too many, too few, or too unsafe? Impact of inappropriate prescribing on mortality, and hospitalization in a cohort of community-dwelling oldest old. *Br J Clin Pharmacol*, 2016; 82(5):1382-92.
- Welker, K.L., Mycyk, M.B. Pharmacology in the Geriatric Patient. *Emerg Med Clin North Am*, 2016 Aug; 34(3):469-81.
- Zullo, A.R., Gray, S.L., Holmes, H.M., Marcum, Z.A. Screening for Medication Appropriateness in Older Adults. *Clin Geriatr Med*, 2018 Feb; 34(1):39-54.



**La perte d'autonomie chez l'ainé : un défi pour le médecin aussi !**

**Michèle Morin**, M.D., interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

---

**INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

**ABRÉGÉ**

---

La perte d'autonomie survient chez l'ainé lorsqu'il y a inéquation entre les incapacités de l'individu et ses ressources pour les compenser. Derrière ce syndrome gériatrique se cachent de nombreux diagnostics potentiels, certains réversibles et dont la correction pourra donc modifier drastiquement l'évolution subséquente. Au contraire, appréhender la perte d'autonomie avec fatalisme, comme un phénomène inéluctable du vieillissement, risque fort de se solder par la constitution tant redoutée du syndrome d'immobilisation. Des indices de fragilité sont de plus en plus reconnus dans la littérature pour aider le clinicien à identifier ses clientèles les plus vulnérables, dans des contextes de soins particuliers. À l'opposé, certains facteurs favorisant un vieillissement réussi émergent également. Que ce soit pour le maintien ou pour la récupération de l'autonomie fonctionnelle, le médecin joue un rôle important, souvent aidé en cela par les professionnels d'une équipe interdisciplinaire.

---

**LES BUTS DE LA FORMATION**

---

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

---

**CLIENTELE CIBLE**

---

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

## PLAN DE LA JOURNÉE

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|---|--|---|
| <b>8 h 30 – 8 h 50</b>  | Expliquer le concept de "perte d'autonomie"  | Autonomie et perte d'autonomie, conception fonctionnelle de la maladie selon l'OMS, épidémiologie   | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques<br><br>Questions quiz aux participants selon leur nombre                            |   |
| <b>8 h 50 – 9 h</b>   | Présenter un outil de mesure de l'autonomie fonctionnelle  | Outils d'évaluation fonctionnelle dont le SMAF  | Exposé interactif  | Outil SMAF                                    |
| <b>9 h – 9 h 10</b>   | Résumer la présentation clinique de la perte d'autonomie   | Formes aiguë et subaiguë  | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques   |   |
| <b>9 h 10 – 9 h 20</b>  | Identifier les étiologies sous-jacentes les plus communes  | Diagnostic différentiel étiologique de la perte d'autonomie   | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques<br><br>Questions quiz aux participants selon leur nombre                            |   |
| <b>9 h 20 – 9 h 30</b>  | Décrire l'évaluation clinique de la perte d'autonomie  | Signes vitaux gériatriques <i>AINÉES</i> , anamnèse, examen physique et évaluation cognitive, importance de la collaboration interprofessionnelle | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques   |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><br><b><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i></b> | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>                                 |
|---|---|--|--|---|
| <b>9 h 30 – 9 h 40</b>  | Planifier une investigation conséquente et proportionnée  | Examens paracliniques usuels   | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques   |   |
| <b>9 h 40 – 9 h 50</b>  | Indiquer des mesures de prévention de la perte d'autonomie  | Moyens de prévention de la perte d'autonomie   | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques<br><br>Questions quiz aux participants selon leur nombre                            | Présentation de la fiche clinique « Déclin fonctionnel dans les AVQ » du MSSS |
| <b>9 h 50 – 10 h</b>  | Traiter la perte d'autonomie si elle se constitue   | Traitement étiologique, traitement de support et place de la réadaptation (critères de bon pronostic, choix du milieu, etc.) | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques<br><br>Questions quiz aux participants selon leur nombre                            |   |
| <b>10 h – 10 h 15</b>   | <b>Pause</b>  |  |  |   |
| <b>10 h 15 – 10 h 25</b>  | Reconnaître la morbidité du syndrome d'immobilisation comme problème de santé chez la personne âgée               | « Mythe » des bienfaits du repos au lit, définition du syndrome d'immobilisation, épidémiologie                              | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques   |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><br><b><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i></b> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>                           |
|---|---|---|--|---|
| <b>10 h 25 – 10 h 35</b>  | Identifier les causes possibles du syndrome d'immobilisation  | Étiologies les plus fréquentes  | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques   |   |
| <b>10 h 35 – 10 h 50</b>  | Décrire les conséquences de l'immobilisation prolongée chez le sujet âgé  | Conséquences sur les différents organes/systèmes et manifestations cliniques de celles-ci                             | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques<br><br>Jeu de rôles selon le nombre de participants                                 |   |
| <b>10 h 50 – 11 h</b>   | Traiter un syndrome d'immobilisation  | Reverticalisation progressive, correction des diverses manifestations cliniques du syndrome                           | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques   |   |
| <b>11 h – 11 h 10</b>   | Indiquer des mesures de prévention du syndrome d'immobilisation   | Mesures préventives efficaces, hiérarchisation des interventions, importance de la collaboration interprofessionnelle | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques<br><br>Questions quiz aux participants selon leur nombre                            | Présentation de la fiche clinique « Syndrome d'immobilisation » du MSSS |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><br><b><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i></b> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|---|---|--|---|
| <b>11 h 10 – 11 h 20</b>  | Anticiper le risque de développer une perte d'autonomie   | Concept de fragilité, définition, caractéristiques phénotypiques, dépistage, interventions recommandées | Exposé interactif<br><br>Vignettes cliniques   |   |
| <b>11 h 20 – 11 h 30</b>  | Expliquer le concept de vieillissement réussi   | Définition, déterminants, liens avec les principales théories du vieillissement                         | Exposé interactif  |   |
| <b>11 h 30 – 11 h 40</b>  |   | Conclusion  | Discussions et échanges<br><br>Réponses aux questions des participants   |   |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b>  |   |   |  | Évaluation de la formation                    |

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

---

### Livres

- Arcand M., Hébert R. (2007). Précis pratique de gériatrie, troisième édition. Édisem Maloine. 1270 p.
- Lewis, C.B., & Bottomley, J.M. (2008). Geriatric rehabilitation: a clinical approach (3 ed.). Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall, 527 p.

### Ressource électronique

- MSSS, Gouvernement du Québec. "Cadre de référence : Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier". 2011. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>

### Articles scientifiques

- Abellan van Kan G., Rolland Y., Houles M., Gillette-Guyonnet S., Soto M., Vellas B. The assessment of frailty in older adults. *Clinics in geriatric medicine* 2010; 26(2):275-286.
- Ackermann, R.J. Issues in Geriatric Care: Maintaining Health and Vigor. *FP Essent*, 2018 May; 468:11-17.
- Ansryan L.Z., Aronow H.U., Borenstein J.E., Mena V., Haus F., Palmer K., Chan E., Swanson J.W., Mass S., Rosen B., Braunstein G.D., Burnes Bolton L. Systems Addressing Frail Elder Care: Description of a Successful Model. *J Nurs Adm*, 2018 Jan; 48(1):11-17.
- Anton S.D., Woods A.J., Ashizawa T., Barb D., Buford T.W., Carter C.S., et al. Successful aging: Advancing the science of physical independence in older adults. *Ageing Res Rev*. 2015 Nov; 24(Pt B):304-27. doi: 10.1016/j.arr.2015.09.005. Epub 2015 Oct 14.
- Bergman, H., Béland, F., Karunanathan, S., Hummel, S., Hogan, D. et Wolfson, C. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et Société*, 2004 ; 109:15-29.
- Brauer M. Ethical questioning with an elderly couple losing their autonomy at home. *Soins*, 2016; 61(807): 20-2.
- Clegg A., Rogers L., Young J. Diagnostic test accuracy of simple instruments for identifying frailty in community-dwelling older people: a systematic review. *Age Ageing*. 2015 Jan; 44(1):148-52. doi: 10.1093/ageing/afu157. Epub 2014 Oct 29.
- Chang S.F., Lin P.L. Frail phenotype and mortality prediction: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Nurs Stud*. 2015 Aug; 52(8):1362-74. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.005. Epub 2015 Apr 11.
- Cornette, P., Swine, C., Malhomme, B., Gillet, J.B., Meert, P. & D'Hoore, W. Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients; development of a predictive tool. *European Journal of Public Health*, 2006; 16(2):203-208.
- Counsell, S.R., Holder, C.M., Liebenauer, L.L., Palmer, R.M., Fortinsky, R.H., Kresevic, D.M., et al. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized

- controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000; 48(12):1572-1581.
- Covinsky, K.E., Palmer, R.M., Fortinsky, R.H., Counsell, S.R., Stewart, A.L., Kresevic, D., et al. Loss on independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *Journal of the American geriatrics society*, 2003; 51(4):451-458.
  - Dedeyne L., Deschodt M., Verschueren S., Tournoy J., Gielen E. Effects of multi-domain interventions in (pre)frail elderly on frailty, functional, and cognitive status: a systematic review. *Clin Interv Aging*, 2017 May 24; 12:873-896.
  - De Spiegeleer ,A., Beckwée, D., Bautmans, I., Petrovic, M.; Sarcopenia Guidelines Development group of the Belgian Society of Gerontology and Geriatrics (BSGG). Pharmacological Interventions to Improve Muscle Mass, Muscle Strength and Physical Performance in Older People: An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-analyses. *Drugs Aging*, 2018 Aug; 35(8):719-734.
  - Dubuc N., Hébert R., Desrosiers J., Buteau M., Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: The Iso-SMAF profiles. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2006; 42(2):191-206.
  - Fairhall N., Langron C., Sherrington C., Lord S.R., Kurrle S.E., Lockwood K., Monaghan N., Aggar C., Gill L., Cameron I.D. Treating frailty - a practical guide. *BMC medicine*, 2011; 9:83.
  - Fried, L.P., Tangen, C.M., Waltson, J., Newman, A.B., Hirsh, C., Gottdiener, J. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2001; 56:M146-M156.
  - Goisser S., Guyonnet S., Volkert D. The Role of Nutrition in Frailty: An Overview. *J Frailty Aging* 2016; 5(2): 74-7.
  - Grumbach, R., & Blanc, A. Le syndrome d'immobilisation du vieillard. *Nouvelle Presse Medicale*, 1973 ; 2(30):1989-1991.
  - Hébert, R., Guilbault, J., Desrosiers, J., Dubuc, N. The functional autonomy measurement system (SMAF): a clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *J Can Geriatr Soc*, sept 2001.
  - Hogan, D.B., MacKnight, C. et Bergman, H. Models, definitions and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res*, 2003 ; 15:1-29.
  - Inouye, S.K., Acampora, D., Miller, R.L., Fulmer, T., Hurst, L.D., & Cooney, L.M., Jr. The Yale Geriatric Care Program: a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1993; 41(12):1345-1352.
  - Inouye, S.K., Bogardus, S.T.Jr., Baker, D.I., Leo-Summers, L., & Cooney, L.M.Jr. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Hospital Elder Life Program. Journal of the American Geriatrics Society*, 2000; 48(12):1697-1706.
  - Kergoat, M.-J. La dénutrition protéino-énergétique comme élément de fragilité chez la personne âgée. *Le Clinicien*, 1998; 13(3):84-105.
  - Kortebein, P., Symons, T.B., Ferrando, A., Paddon-Jones, D., Ronsen, O., Protas, E., Conger, S., et al. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 2008; 63(10):1076-1081.
  - Lacas A., Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC medicine* 2012; 10:4.
  - Le Bihan B., Campéon A. What role for the family carers of elderly people losing their autonomy? *Soins*, 2016; (803): 34-6.

- Lewis, C.B., & Bottomley, J.M. Geriatric rehabilitation: a clinical approach (3 ed.). Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall, 527 p. 2008.
- Liguori, I., Russo, G., Aran, L., Bulli, G., Curcio, F., Della-Morte, D., Gargiulo, G., Testa, G., Cacciatore, F., Bonaduce, D., Abete, P. Sarcopenia: assessment of disease burden and strategies to improve outcomes. *Clin Interv Aging*, 2018 May 14; 13:913-927.
- Lozano-Montoya I., Correa-Pérez A., Abraha I., Soiza R.L., Cherubini A., O'Mahony D., Cruz-Jentoft A.J. Nonpharmacological interventions to treat physical frailty and sarcopenia in older patients: a systematic overview - the SENATOR Project ONTOP Series. *Clin Interv Aging*, 2017 Apr 24; 12:721-740.
- Martineau, A., Plard, M. Successful aging: analysis of the components of a gerontological paradigm. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2018 Mar 1; 16(1):67-77.
- Maxwell C.A., Wang J. Understanding Frailty: A Nurse's Guide. *Nurs Clin North Am*, 2017 Sep; 52(3):349-361.
- McCusker, J., Kakuma, R., & Abrahamowicz, M. Predictors of functional decline in hospitalized elderly patients: a systematic review. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 2002; 57(9):M569-577.
- MSSS, Gouvernement du Québec. "Cadre de référence : Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier". 2011.
- Negm A.M., Kennedy C.C., Thabane L., Veroniki A.A., Adachi J.D., Richardson J7, Cameron I.D., Giangregorio A., Papaioannou A. Management of frailty: a protocol of a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Syst Rev*, 2017 Jul 5; 6(1):130.
- Pamoukdjian F., Paillaud E., Zelek L., Laurent M., Lévy V., Landre T., Sebbane G. Measurement of gait speed in older adults to identify complications associated with frailty: A systematic review. *J Geriatr Oncol*. 2015 Nov; 6(6):484-96. doi: 10.1016/j.jgo.2015.08.006. Epub 2015 Sep 9.
- Pialoux T., Goyard J., Lesourd B. Screening tools for frailty in primary health care: a systematic review. *Geriatrics & gerontology international* 2012; 12(2):189-197.
- Rouge Bugat M.E., Cestac P., Oustric S., Vellas B., Nourhashemi F. Detecting frailty in primary care: a major challenge for primary care physicians. *Journal of the American Medical Directors Association* 2012; 13(8):669-672.
- Sager, M.A., Franke, T., Inouye, S.K., Landerfeld, C.S., Morgan, T.M., Rudberg, M.A., Sebens, H. et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Archives of Internal Medicine*, 1996; 156(6):645-652.
- Shahrokni, A., Alexander, K., Wildes, T.M., Puts, M.T.E. Preventing Treatment-Related Functional Decline: Strategies to Maximize Resilience. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, 2018 May 23; (38):415-431.
- Sternberg S.A., Wershof Schwartz A., Karunanathan S., Bergman H., Mark Clarfield A. The identification of frailty: a systematic literature review. *Journal of the American Geriatrics Society* 2011; 59(11):2129-2138.
- Theou O., Cann L., Blodgett J., Wallace L.M., Brothers TD., Rockwood K. Modifications to the frailty phenotype criteria: Systematic review of the current literature and investigation of 262 frailty phenotypes in the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Ageing Res Rev*. 2015 May; 21:78-94. doi: 10.1016/j.arr.2015.04.001. Epub 2015 Apr 4.
- Wales K., Clemson L., Lannin N., Cameron I. Functional Assessments Used by Occupational Therapists with Older Adults at Risk of Activity and Participation Limitations: A Systematic Review. *PLoS One* 2016 Feb 9; 11(2): e0147980. doi: 10.1371/journal.pone.0147980. eCollection 2016.

- Woo T., Yu S., Visvanathan R. Systematic Literature Review on the Relationship Between Biomarkers of Sarcopenia and Quality of Life in Older People. *J Frailty Aging* 2016; 5(2): 88-99.

**"Tomber vieux" : les chutes chez l'ainé. Aider le médecin à ne pas perdre pied !**

**Michèle Morin**, M.D., interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

---

**INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

**ABRÉGÉ**

---

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

---

**LES BUTS DE LA FORMATION**

---

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

---

**CLIENTÈLE CIBLE**

---

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

## PLAN DE LA JOURNÉE

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

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

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte de la pause</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|---|--|---|
|   |  | et télésurveillance, environnement sécuritaire (incluant le milieu hospitalier) |  |   |
| <b>11 h 30 – 11 h 40</b>  |  | Conclusion  | Discussions et échanges<br><br>Réponses aux questions des participants   |   |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b>  |  |   |  | Évaluation de la formation                    |

---

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

### Livre

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

### Ressources électroniques

- Institut de la statistique du Québec, 2013. Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011, volume 3. [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR\\_EnqSante\\_limitation\\_maladie\\_Vol3\\_H00F00.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_EnqSante_limitation_maladie_Vol3_H00F00.pdf)
- Gouvernement du Québec, 2011. Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile: recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1242\\_PrevChutesPersAgeesRecommandations.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1242_PrevChutesPersAgeesRecommandations.pdf)
- Gouvernement du Québec, 2015. Rapport 2016-2016 des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec, période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-735-01W.pdf>
- INESSS, 2013. Chute chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée). [http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/G%C3%A9riatrie/INESSS\\_Chute\\_Patients\\_Etablissements\\_S\\_ante.pdf](http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/G%C3%A9riatrie/INESSS_Chute_Patients_Etablissements_S_ante.pdf)
- Ministère de la santé et des services sociaux, 2010. Fiche clinique – Syndrome d'immobilisation <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-02W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux, 2014. Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication: de la stratégie à l'action – Volet: chutes. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-735-03W.pdf>
- Regroupement des UCDG et des services hospitaliers gériatriques du Québec (RUSHGQ), 2013. Approche structurée de troubles modérés à sévères de la mobilité en UCDG. [http://rushgq.org/module\\_tableau\\_bord/](http://rushgq.org/module_tableau_bord/)

### Articles scientifiques

- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons. Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001; 49(5):664-72.
- Avanecean, D., Calliste, D., Contreras, T., Lim, Y., Fitzpatrick, A. Effectiveness of patient-centered interventions on falls in the acute care setting compared to usual care: a systematic review. *JBHI Database System Rev Implement Rep*, 2017 Dec; 15(12):3006-3048.

- Barry E., et al. 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).
- Berg, K.O., Wood-Dauphinee, S., Williams, J.L. et Gayton, D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada*, 1989; 41:304-311.
- Cao, P.Y., Zhao, Q.H., Xiao, M.Z., Kong, L.N., Xiao, L. The effectiveness of exercise for fall prevention in nursing home residents: A systematic review meta-analysis. *J Adv Nurs*, 2018 Nov; 74(11):2511-2522.
- Chang, J.T., Morton, S.C., Rubeinstein, L.Z., Mojica, W.A., Maglione, M., Suttorp, M.J., Roth, E.A. et Shekelle, P.G. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *British Medical Journal*, 2004; 328(7441):680.
- Cruz-Jimenez, M. Normal Changes in Gait and Mobility Problems in the Elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 2017 Nov; 28(4):713-725.
- Denkinger M.D., Lukas A., Nikolaus T., Hauer K. Factors associated with fear of falling and associated activity restriction in community-dwelling older adults: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2015 Jan; 23(1): 72-86.
- Deutsches Ärzteblatt International. Gait Disturbances in Old Age: Classification, Diagnosis, and Treatment from a Neurological Perspective. *Dtsch Arztebl Int*, 2010; 107(17):306-16.
- Goodwin V.A. et al. Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 2014; 14:15.
- Goswami N. Falls and Fall-Prevention in Older Persons: Geriatrics Meets Spaceflight! *Front Physiol*, 2017 Oct 11; 8:603.
- Gupta, V., & Lipsitz, L. A. Orthostatic hypotension in the elderly : diagnosis and treatment. *American Journal of Medicine*, 2007; 120(10):841-847.
- Guirguis-Blake, J.M., Michael, Y.L., Perdue, L.A., Coppola, E.L., Beil, T.L. Interventions to Prevent Falls in Older Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 2018 Apr 24; 319(16):1705-1716.
- Hull S.L., Kneebone I.I., Farquharson L. Anxiety, depression, and fall-related psychological concerns in community-dwelling older people. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013 Dec; 21(12): 1287-91.
- Kannus, P., Sievanen, H., Palvanen, M., Jarvinen, T., & Parkkari, J. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *Lancet*, 2005; 366(9500):1885-1893.
- Kasai M., Meguro K., Ozawa H., Kumai K., Imaizumi H., Minegishi H., Oi H., Oizumi A., Yamashiro M., Matsuda M., Tanaka M., Itoi E. Fear of Falling and Cognitive Impairments in Elderly People with Hip Fractures. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 2017 Nov 15; 7(3):386-394.
- Lomas-Vega R., Obrero-Gaitán E., Molina-Ortega F.J., Del-Pino-Casado R. Tai Chi for Risk of Falls. A Meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*, 2017 Sep; 65(9):2037-2043.
- Makino K., Makizako H., Doi T., Tsutsumimoto K., Hotta R., Nakakubo S., Suzuki T., Shimada H. Fear of falling and gait parameters in older adults with and without fall history. *Geriatr Gerontol Int*, 2017 Dec; 17(12):2455-2459.

- MSSS, Gouvernement du Québec. Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, 2011. (Intéressante section portant sur l'environnement physique (Annexe D, pp 124-131).
- Podsiadlo, D. et Richardson, S. The timed « Up and Go » : a test of basic functional mobility for frail elderly persons. Journal of the American Geriatric Society, 1991; 39:142-148.
- Sathyapalan T., Aye M., Atkin S.L. [Postural hypotension](#). BMJ Jun 2011; 16:342:d3128.
- Snijders et al. Neurological gait disorders in elderly people: clinical approach and classification. The Lancet Neurology, 2007; 6(1):63-74.
- Stubbs B., West E., Patchay S., Schofield P. Is there a relationship between pain and psychological concerns related to falling in community dwelling older adults? A systematic review. Disabil Rehabil 2014; 36(23): 1931-42.
- Taylor-Piliae R.E., Peterson R., Mohler M.J. Clinical and Community Strategies to Prevent Falls and Fall-Related Injuries Among Community-Dwelling Older Adults. Nurs Clin North Am, 2017 Sep; 52(3):489-497.
- Tinetti, M.E. et Williams, C.S. The effect of falls and fall injuries on functioning in community-dwelling older persons. J Gerontol A Biol Sci, 1998; 53(2):M112-M119.
- Tinetti, M.E. Preventing Falls in Elderly Persons. N Engl J Med, 2003; 348:42-49.
- Tricco, A.C., Thomas, S.M., Veroniki, A.A., Hamid, J.S., Cogo, E., Striffler, L., Khan, P.A., Robson, R., Sibley, K.M., MacDonald, H., Riva, J.J., Thavorn, K., Wilson, C., Holroyd-Leduc, J., Kerr, G.D., Feldman, F., Majumdar, S.R., Jaglal, S.B., Hui, W., Straus, S.E. Comparisons of Interventions for Preventing Falls in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA, 2017 Nov 7; 318(17):1687-1699.
- Vieira E.R., Palmer R.C., Chaves P.H. Prevention of falls in older people living in the community. BMJ 2016 Apr 28; 353:1-13.

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

**Michèle Morin**, M.D., interniste gériatre, professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université Laval

---

### **INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

#### **ABRÉGÉ**

---

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

---

#### **LES BUTS DE LA FORMATION**

---

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

---

#### **CLIENTELE CIBLE**

---

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

**PLAN DE LA JOURNÉE**

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|--|---|--|---|
| <b>8 h 30 – 8 h 35</b>  | Définir le sommeil et son utilité  | Définition du sommeil, rappel de son utilité  | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |
| <b>8 h 35 – 8 h 45</b>  | Expliquer les changements dans la physiologie du sommeil avec le vieillissement                        | Physiologie et architecture du sommeil au cours du vieillissement : cycle circadien, stades du sommeil  | Exposé interactif  |   |
| <b>8 h 45 – 8 h 55</b>  | Classifier les principaux troubles du sommeil  | Définition et classification des troubles du sommeil : parasomnies, dyssomnies, hypersomnies, insomnies | Exposé interactif<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants  |   |
| <b>8 h 55 – 9 h 05</b>  | Discuter de la principale parasomnie du sujet âgé : le trouble comportemental du sommeil paradoxal     | Définition, épidémiologie, description clinique, maladies associées, approches thérapeutiques           | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>                    |
|---|--|--|--|--|
| <b>9 h 05 – 9 h 15</b>  | Distinguer la narcolepsie des autres causes d'hypersomnie chez l'ainé                                  | Définition de la narcolepsie, épidémiologie, présentation clinique, diagnostic différentiel dont le délirium, approches thérapeutiques | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  |  |
| <b>9 h 15 – 9 h 30</b>  | Catégoriser les principales formes d'insomnie chez la personne âgée                                    | Définition de l'insomnie, critères diagnostiques du DSM-5, classification, épidémiologie, conséquences                                 | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |  |
| <b>9 h 30 – 9 h 45</b>  | Indiquer les insomnies comorbides les plus prévalentes au cours du vieillissement                      | Insomnies associées aux maladies, psychiatriques, aux conditions physiques et aux médicaments  | Exposé interactif<br><br>Discussion en équipe selon le nombre de participants  |  |
| <b>9 h 45 – 9 h 50</b>  | Expliquer l'insomnie psychophysiologique   | Présentation clinique et cercle vicieux  | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique   |  |
| <b>9 h 50 – 10 h</b>  | Discuter des dyssomnies extrinsèques   | Importance de l'environnement propice au sommeil et des habitudes de vie (rituel du coucher)   | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique   | Présentation de la fiche clinique « Insomnie » de l'AAPA du MSSS |
| <b>10 h – 10 h 15</b>   | <b>Pause</b>   |  |  |  |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><b><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i></b> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|---|---|--|---|
| <b>10 h 15 – 10 h 20</b>  | Classifier les dyssomnies intrinsèques  | Définition et classification  | Exposé interactif  |   |
| <b>10 h 20 – 10 h 30</b>  | Décrire les troubles du rythme circadien  | Définition, présentation clinique, approches thérapeutiques   | Exposé interactif<br>Vignette clinique   |   |
| <b>10 h 30 – 10 h 40</b>  | Discuter des troubles du sommeil liés à la respiration  | Définition, épidémiologie, présentation clinique, lien avec le déclin cognitif, investigation, approches thérapeutiques | Exposé interactif<br>Vignette clinique<br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>10 h 40 – 10 h 50</b>  | Distinguer les mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil et le syndrome des jambes sans repos     | Définition, épidémiologie, présentation clinique, investigation, approches thérapeutiques                               | Exposé interactif<br>Vignette clinique<br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>10 h 50 – 10 h 55</b>  | Réaliser l'évaluation clinique de l'insomniaque   | Anamnèse, examen physique, journal du sommeil, polysomnographie   | Exposé interactif  |   |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><b><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i></b> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|---|---|--|---|
| <b>10 h 55 – 11 h 10</b>  | Décrire les approches thérapeutiques non pharmacologiques de l'insomnie                                       | Approches comportementales : éducation, relaxation, contrôle par le stimulus, restriction de sommeil, thérapie cognitivo-comportementale.<br><br>Luminothérapie                     | Exposé interactif<br><br>Questions quiz aux participants   |   |
| <b>11 h 10 – 11 h 25</b>  | Résumer les approches thérapeutiques pharmacologiques de l'insomnie   | Indications, précautions, critères de Beers, molécules reconnues (benzodiazépines, hypnotiques en Z, antidépresseurs et antipsychotiques), place des produits naturels (mélatonine) | Exposé interactif<br><br>Vignette clinique<br><br>Questions quiz aux participants  |   |
| <b>11 h 25 – 11 h 35</b>  | Planifier le sevrage des benzodiazépines  | Prérequis à la réussite du sevrage, calendrier de sevrage, suivi  | Exposé interactif  |   |
| <b>11 h 35 – 11 h 40</b>  |   | Conclusion  | Discussions et échanges<br><br>Réponses aux questions des participants   |   |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b>  |   |   |  | Évaluation                                    |

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

### Livres

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

### Ressources électroniques

- Société canadienne du sommeil, brochures
  - o Sommeil normal: [http://scs-css.ca/images/brochures/french/sommeil\\_normal.pdf](http://scs-css.ca/images/brochures/french/sommeil_normal.pdf)
  - o Insomnie: <http://scs-css.ca/images/brochures/french/insomnie.pdf>
  - o Parasomnies: <http://scs-css.ca/images/brochures/french/parasomnies.pdf>
- Fiche Insomnie, Approche adaptée à la personne âgée: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-10W.pdf>

### Articles scientifiques

- Abad, V.C., Guilleminault, C. Insomnia in Elderly Patients: Recommendations for Pharmacological Management. *Drugs Aging*, 2018 Sep; 35(9):791-817.
- Ancoli-Israel, S., Martin, J.L., Kripke, D.F., Marler, M., & Klauber, M.R. Effect of light treatment on sleep and circadian rhythms in demented nursing home patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002; 50(2):282-289.
- Ayalon L., Ancoli-Israel S., Drummond SP. Obstructive sleep apnea and age: a double insult to brain function? *AJRCCM*. 2010; 182(3):413-9.
- Bloom H.G, Ahmed I., Alessi C.A., Ancoli-Israel S., Buysse D.J., Kryger M.H. et al. Evidence-Based Recommendations for the Assessment and Management of Sleep Disorders in Older Persons. *J Am Geriatr Soc*, 2009; 57(5):761-789.
- Cardinali D.P., Furio A.M., Brusco L.I. Clinical aspects of melatonin intervention in Alzheimer's disease progression. *Current Neuropharmacology*, 2010; 8:218-27.
- David R., Zeitzer J., Friedman L., Noda A., O'Hara R., Robert P., et al. Non-pharmacologic management of sleep disturbance in Alzheimer's disease. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2010; 14:203-6.

- de Almondes K.M., Costa M.V., Malloy-Diniz L.F., Diniz B.S. Insomnia and risk of dementia in older adults: Systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2016 Jun; 77: 109-15.
- Dzierzewski, J.M., Dautovich, N., Ravyts, S. Sleep and Cognition in Older Adults. *Sleep Med Clin*, 2018 Mar; 13(1):93-106.
- Edmonds C., Swanoski M. A Review of Suvorexant, Doxepin, Ramelteon, and Tasimelteon for the Treatment of Insomnia in Geriatric Patients. *Consult Pharm*, 2017 Mar 1; 32(3):156-160.
- Fetveit, A., & Bjorvatn, B. Sleep disturbances among nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2002; 17(7):604-609.
- Gammack, J.K. Light Therapy for Insomnia in Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2008; 28:139-149.
- Glass J., Lanctôt K.L., Herrmann N., Sproule B.A., Busto U.E. Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*, 2005; 331:1169-1175.
- Guay, B. et coll. Le traitement pharmacologique de l'insomnie : controverse et réalité. *Le Médecin du Québec*, mars 2010; 45(3):67-71.
- Gulia, K.K., Kumar, V.M. Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. *Psychogeriatrics*, 2018 May; 18(3):155-165.
- Hottin, P. L'insomnie chez la personne âgée. *Le Médecin du Québec*, 2001 : 36(8):45-53.
- Jelacic, M., Bosma, H., Ponds, R.W.H.M., Van Boxtel, M.P.J., Houx, P.J., Jolles, J. Subjective sleep problems in later life as predictors of cognitive decline. Report from the Maastricht Ageing Study (MAAS). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2002; 17(1) :73-77.
- Ju G., Yoon I.Y., Lee S.D., Kim T.H., Choe J.Y, Kim KW. Effects of sleep apnea syndrome on delayed memory and executive function in elderly adults. *J Am Geriatr Soc*, 2012; 60(6):1099-103.
- Lam S., Macina L.O. Therapy Update for Insomnia in the Elderly. *Consult Pharm*, 2017 Oct 1; 32(10):610-622.
- La Société canadienne du sommeil, & Cote, K. Sommeil normal et hygiène du sommeil. Westmount, Québec: La Société Canadienne du Sommeil, 2003, 2 p.
- Leblanc M., Messier K. Prescrire les hypnotiques non benzodiazépines sans causer d'insomnie. *Le Médecin du Québec* 2014; 39(1):63-66.
- Léger, D., Stal, V., Guilleminault, C., Raffray, T., Dib, M., Paillard, M. (2001). Les conséquences diurnes de l'insomnie : impact sur la qualité de vie. *Revue neurologique*, 2001; 157(10) :1270-1278.
- Leng Y., McEvoy C.T., Allen I.E., Yaffe K. Association of Sleep-Disordered Breathing With Cognitive Function and Risk of Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol*, 2017 Oct 1; 74(10):1237-1245.
- McCleery J., Cohen D.A., Sharpley A.L. Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 Nov 16;11:CD009178.
- McMillan A., Bratton D.J., Faria R. et al. Continuous positive airway pressure in older people with obstructive sleep apnoea syndrome (PREDICT): a 12-month, multicentre, randomised trial. *Lancet Respir Med*, 2014; 2(10):804-12.
- Morin, C.M., Hauri, P.J., Espie, C.A., Spielman, A.J., Buysse, D.J., Bootzin, R.R. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*, 1999; 22(8):1134-1156.
- Nguyen-Michel V.H., Vecchierini M.F. Exploration of sleep disorders in the elderly: which particularities? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2016 Dec 1;14(4):429-437.
- Oderda L.H, Young J.R., Asche C.V., Pepper G.A. Psychotropic related hip fractures: meta-analysis of first-generation and second-generation antidepressant and antipsychotic drugs. *Annals of Pharmacotherapy*, 2012; 46:917-28.

- Phang G. L'insomnie chez la personne âgée. Québec Pharmacie, 2011; 58(3):7-8.
- Porter V.R., Buxton W.G., Avidan A.Y. Sleep, Cognition and Dementia. Curr Psychiatry Rep 2015 Dec; 17(12): 97.
- Rodriguez J.C., Dzierzewski J.M., Alessi C.A. Sleep problems in the elderly. Med Clin North Am 2015 Mar; 99(2): 431-9.
- Schroeck J.L., Ford J., Conway E.L., Kurtzhalts K.E., Gee M.E., Vollmer K.A., Mergenhagen K.A. Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults. Clin Ther, 2016 Nov; 38(11):2340-2372.
- Sforza E., Roche F., Thomas-Anterion C. et al. Cognitive function and sleep related breathing disorders in a healthy elderly population: the SYNAPSE study. Sleep, 2010; 33(4):515-21.
- Sforza E., Roche F. Sleep apnea syndrome and cognition. Front Neurol, 2012; 3:87.
- Smagula S.F., Stone K.L., Fabio A., Cauley J.A. Risk factors for sleep disturbances in older adults: Evidence from prospective studies. Sleep Med Rev 2016 Feb; 25: 21-30.
- Stewart, N.H., Arora, V.M. Sleep in Hospitalized Older Adults. Sleep Med Clin, 2018 Mar; 13(1):127-135.
- Stone, K.L., Xiao, Q. Impact of Poor Sleep on Physical and Mental Health in Older Women. Sleep Med Clin, 2018 Sep; 13(3):457-465.
- Vallières, A., Guay, B., Morin, C. L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire. Le Médecin du Québec, 2004; 39(10):85-96.
- Yaffe K., Laffan A.M., Harrison S.L. et al. Sleep-disordered breathing, hypoxia, and risk of mild cognitive impairment and dementia in older women. JAMA, 2011; 306(6):613-9.

**Soins de longue durée: rôles de l'équipe de soins dans la prise en charge de l'état nutritionnel**

**Nancy Presse** de l'Université de Sherbrooke, Dt.P., PhD, chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement; professeure adjointe, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

---

**INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

**ABRÉGÉ**

---

La nutrition, tout comme la polypharmacie et les symptômes comportementaux de la démence, a été ciblée comme une priorité de recherche en soins de longue durée, et pour cause. La malnutrition touche 20-40% des résidents et près de la moitié présentent au moins une déficience en vitamines et minéraux. Ces désordres nutritionnels chez un aîné vulnérable peuvent avoir des conséquences sérieuses notamment sur l'immunité, l'autonomie et le risque de plaies de pression. Cette vulnérabilité des résidents à souffrir de désordres nutritionnels est à l'évidence attribuable à la fragilité de cette clientèle multimorbide et polymédicamentée. Le manque d'appétit, l'incapacité à s'alimenter seul, la dysphagie et le refus de s'alimenter sont par ailleurs autant de facteurs qui contribuent à un apport alimentaire insuffisant. S'ajoutent à cela des facteurs organisationnels tel que le manque de personnel, de même que des questionnements sur la réelle pertinence d'intervenir dans ce contexte de soins.

Les études d'interventions nutritionnelles, qu'elles soient alimentaires ou via la supplémentation, sont complexes à réaliser avec ce type de clientèle. Et bien souvent, elles concluent à une amélioration de l'état nutritionnel mais sans déterminer si l'intervention a permis un meilleur pronostic clinique, au-delà de l'état nutritionnel en soi, comme une diminution de l'incidence des plaies. Néanmoins, plusieurs groupes d'experts ont conclu à l'importance d'une intervention individualisée et proportionnée, en respect du niveau de soins souhaité par le résident et ses proches. Ainsi, de nombreuses stratégies pratiques de prévention et de traitement de la perte de poids et de la malnutrition se sont montrées efficaces à freiner la détérioration de l'état nutritionnel. Des recommandations ont aussi été émises concernant l'usage de suppléments de vitamines et minéraux chez cette clientèle. En plus d'une volonté organisationnelle, l'implantation de ces stratégies et recommandations nécessite une approche interprofessionnelle de la nutrition dans laquelle les diététistes-nutritionnistes jouent un rôle central.

## LES BUTS DE LA FORMATION

Les buts de cette formation sont de présenter le portrait des désordres nutritionnels observés en contexte d'hébergement, de décrire quelles en sont les causes de même que les meilleures pratiques en matière de dépistage, d'évaluation, de prévention et de traitement. Le rôle spécifique des diététistes-nutritionnistes et des autres membres de l'équipe de soins (infirmières, médecins, préposés) seront abordés.

## CLIENTELE CIBLE

Cette formation interprofessionnelle s'adresse particulièrement aux diététistes-nutritionnistes travaillant en contexte d'hébergement et de soins de longue durée ainsi qu'aux médecins et aux infirmiers/infirmières œuvrant dans ce milieu.

## PLAN DE LA JOURNÉE

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i><b>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</b></i> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b><br><i>Ex. exercices, problèmes à résoudre, mises en situation, questions « quizz », etc.</i> |
|---|---|---|--|--|
| <b>8 h 30 – 9 h</b>   | Décrire le portrait des désordres nutritionnels en contexte d'hébergement et SLD                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence de la perte de poids et la malnutrition</li> <li>• Causes et facteurs de risque associés</li> </ul> | Exposés interactifs  |  |
| <b>9 h – 10 h 15</b>  | Définir les meilleures pratiques en matière de prévention et traitement de la perte de poids et malnutrition  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage et évaluation</li> <li>• Prévention et traitement</li> </ul>   | Exposés interactifs  |  |
| <b>10 h 15 – 10 h 30</b>  | <b>Pause</b>  |   |  |  |
| <b>10 h 30 – 11 h</b>   | Décrire le portrait des désordres nutritionnels en  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalences des déficiences en</li> </ul>  | Exposés interactifs  |  |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>       | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b><br><i>Ex. exercices, problèmes à résoudre, mises en situation, questions « quizz », etc.</i> |
|---|--|---|--|--|
|   | contexte d'hébergement et SLD  | vitamines et minéraux communes<br>• Causes et facteurs de risque associés |  |  |
| <b>11 h – 11 h 30</b>   | Définir les meilleures pratiques en matière de prévention et traitement de la perte de poids et malnutrition | • Dépistage et évaluation<br>• Prévention et traitement                   | Exposés interactifs  |  |
| <b>11 h 30 – 11 h 45</b>  | Conclusion et échange  |   |  | Évaluation   |

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

- American Medical Directors Association. (2010). Altered nutritional status in the long-term care setting. American Medical Directors Association (AMDA).
- Bauer, S., Halfens, R. J., & Lohrmann, C. (2015). Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: A multicentre cross-sectional study. *The journal of nutrition, health & aging*, 19(7), 734-740.
- Bell CL, Tamura BK, Masaki KH, Amella EJ. Prevalence and measures of nutritional compromise among nursing home patients: weight loss, low body mass index, malnutrition, and feeding dependency, a systematic review of the literature. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(2):94-100.
- Bunn, D., Jimoh, F., Wilsher, S. H., & Hooper, L. (2015). Increasing fluid intake and reducing dehydration risk in older people living in long-term care: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(2), 101-113.
- Candy B, Sampson EL, Jones L. Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: findings from a Cochrane systematic review. *Int J Palliat Nurs*. 2009;15(8):396-404.
- Devalois B, Broucke M. [Nutrition and hydration at the end of life]. *Presse médicale*. 2015;44:428-34.
- Dorner, B., & Friedrich, E. K. Position of the academy of nutrition and dietetics: individualized nutrition approaches for older adults: long-term care, post-acute care, and other settings. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2018; 118(4), 724-735.
- Jensen GL, Cederholm T, Correia MI, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: A consensus report from the global clinical nutrition community. *JPEN*. 2019; 43 (1):32-40.
- Keller HH, Gibbs AJ, Boudreau LD, Goy RE, Pattillo MS, Brown HM. Prevention of weight loss in dementia with comprehensive nutritional treatment. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(7):945-52.
- Keller, H. H., Lengyel, C., Carrier, N., Slaughter, S. E., Morrison, J., Duncan, A. M., ... & Yoon, M. N. Prevalence of inadequate micronutrient intakes of Canadian long-term care residents. *British Journal of Nutrition*. 2018; 119(9), 1047-1056.
- Namasivayam-MacDonald, A. M., Slaughter, S. E., Morrison, J., Steele, C. M., Carrier, N., Lengyel, C., & Keller, H. H. Inadequate fluid intake in long term care residents: prevalence and determinants. *Geriatric Nursing*. 2018; 39(3), 330-335.
- Niedert KC. Position of the American Dietetic Association: Liberalization of the diet prescription improves quality of life for older adults in long-term care. *J Am Diet Assoc*. 2005;105:1955-65.
- Pfisterer, K. J., Sharratt, M. T., Heckman, G. G., & Keller, H. H. (2016). Vitamin B12 status in older adults living in Ontario long-term care homes: prevalence and incidence of deficiency with supplementation as a protective factor. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 41(2), 219-222.
- Saka B, Ozkaya H, Karisik E, Akin S, Akpınar T, Tufan F, et al. Malnutrition and sarcopenia are associated with increased mortality rate in nursing home residents: A prospective study. *European Geriatric Medicine*. 2016;7(3):232-8.
- Vucea, V., Keller, H. H., Morrison, J. M., Duizer, L. M., Duncan, A. M., & Steele, C. M. Prevalence and Characteristics Associated with Modified Texture Food Use in Long Term Care: An Analysis of Making the Most of Mealtimes (M3) Project. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. 2019; 80, 1-7.

- Wirth R, Streicher M, Smoliner C, Kolb C, Hiesmayr M, Thiem U, et al. The impact of weight loss and low BMI on mortality of nursing home residents - Results from the nutritionDay in nursing homes. Clin Nutr. 2016;35(4):900-6

## **Les anémies nutritionnelles chez les aînés : savoir les reconnaître et les prendre en charge**

**Nancy Presse** de l'Université de Sherbrooke, Dt.P., PhD, chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement; professeure adjointe, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

---

### **INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

#### **ABRÉGÉ**

---

L'anémie est une condition très fréquente chez les personnes âgées, en particulier en milieu hospitalier. Puisque l'anémie a des conséquences importantes en termes de morbidité, elles sont en général repérées rapidement et traitées. Toutefois, en gériatrie, les anémies ont souvent une origine multifactorielle et de ce fait, sont difficiles à caractériser. Les données nous démontrent qu'un défaut de fabrication des globules rouges, en raison d'une ou de plusieurs déficiences nutritionnelles, est une cause importante de ces anémies. Ces déficiences nutritionnelles peuvent elles-mêmes être attribuables à plusieurs facteurs qui relèvent d'un apport insuffisant, d'une absorption compromise, et/ou d'un trouble métabolique. Néanmoins, l'évaluation de la dimension nutritionnelle des anémies chez les personnes âgées est bien souvent négligée et par conséquent, la prise en charge n'est pas optimale.

Les anémies nutritionnelles les plus fréquentes chez les personnes âgées sont l'anémie ferriprive et l'anémie par déficience en vitamine B12. Cette formation permettra donc aux participants d'approfondir leurs connaissances à l'égard de ces deux types d'anémies, incluant leurs caractéristiques, leurs origines (apport insuffisant, malabsorption, trouble métabolique), leur diagnostic et leur traitement. Par ailleurs, la physiopathologie de l'anémie inflammatoire sera décrite et ses caractéristiques seront contrastées avec celles de l'anémie ferriprive. Finalement, l'anémie par déficience en folates, qui est devenue plus rare et l'anémie par déficience en vitamine B6, qui est méconnue, seront présentées. Le rôle des diététistes-nutritionnistes dans le cadre de l'évaluation et de la prise en charge de la dimension nutritionnelle des anémies sera abordé pour chacun des nutriments.

---

### **LES BUTS DE LA FORMATION**

---

Les buts de cette formation sont de présenter le rôle des nutriments dans l'érythropoïèse, de décrire l'importance des anémies nutritionnelles chez les personnes âgées ainsi que les facteurs à l'origine des déficiences nutritionnelles qui conduisent à l'anémie. Par ailleurs, le rôle des diététistes-nutritionnistes dans la prévention et la gestion des anémies nutritionnelles en gériatrie, en collaboration interprofessionnelle avec le médecin traitant, sera abordé.

## CLIENTELE CIBLE

Cette formation s'adresse particulièrement aux diététistes-nutritionnistes travaillant en milieu clinique avec une clientèle gériatrique. Les médecins omnipraticiens interagissant avec cette clientèle seront également interpellés quant à leur rôle et interactions interprofessionnelles avec les diététistes-nutritionnistes.

## PLAN DE LA JOURNÉE

| Horaire                 | Objectifs spécifiques<br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | Contenus  | Activités d'apprentissage<br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | Autres informations jugées pertinentes   |
|-------------------------|---|---|---|--|
| <b>8 h 30 – 9 h</b>     | Décrire le rôle des nutriments dans l'érythropoïèse   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Description de l'érythropoïèse</li> <li>• Rôle des nutriments dans la synthèse d'ADN</li> <li>• Rôle des nutriments dans la synthèse de l'Hb</li> </ul>  | Exposés interactifs   |  |
| <b>9 h – 9 h 30</b>     | Reconnaître les anémies nutritionnelles chez les aînés : importance et investigation            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence de l'anémie en fonction de l'âge</li> <li>• Étiologies des anémies chez les aînés</li> <li>• Prévalence des anémies nutritionnelles</li> <li>• Méthodes d'investigation (généralités)</li> <li>• Évaluation de la dimension nutritionnelle</li> </ul> | Exposés interactifs   | Le rôle des diététistes-nutritionnistes sera décrit dans le cadre de l'évaluation de la dimension nutritionnelle des anémies |
| <b>9 h 30 – 10 h 15</b> | Décrire l'anémie ferriprive chez les personnes âgées  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évolution et évaluation de la déficience en fer</li> </ul>   | Exposés interactifs   | Le rôle des diététistes-nutritionnistes sera   |

| <b>Horaire</b>           | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>  |
|--------------------------|--|---|--|--|
|                          | et la distinguer de l'anémie inflammatoire   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Causes de la déficience en fer</li> <li>• Rappels des mécanismes d'absorption du fer</li> <li>• Traitement et prévention de l'anémie ferriprive</li> <li>• Description de l'anémie inflammatoire</li> <li>• Contraste entre l'anémie inflammatoire et l'anémie ferriprive</li> </ul>                               |  | décrit dans le cadre de l'évaluation, de la prévention et du traitement de l'anémie ferriprive.  |
| <b>10 h 15 – 10 h 30</b> | <b>Pause</b>   |   |  |  |
| <b>10 h 30 – 11 h 10</b> | Définir l'anémie par déficience en vitamine B12 et illustrer ses particularités                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évolution et évaluation de la déficience en vitamine B12</li> <li>• Présentation clinique avec ou sans anémie</li> <li>• Causes de la déficience en vitamine B12</li> <li>• Rappels des mécanismes d'absorption de la vitamine B12</li> <li>• Traitement et prévention de la déficience en vitamine B12</li> </ul> | Exposés interactifs  | Le rôle des diététistes-nutritionnistes sera décrit dans le cadre de l'évaluation, de la prévention et du traitement de l'anémie par déficience en vitamine B12. |
| <b>11 h 10 – 11 h 35</b> | Définir les cas plus rares d'anémie par déficience en folates ou par déficience en vitamine B6         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évolution et évaluation de la déficience en folates</li> <li>• Programme canadien d'enrichissement en acide folique</li> </ul>   | Exposés interactifs  |  |

| <b>Horaire</b>           | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i> | <b>Contenus</b>   | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|--------------------------|--|---|--|---|
|                          |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacts de la surexposition à l'acide folique</li> <li>• Traitement et prévention de la déficience en folates</li> <li>• Survol de la déficience en vitamine B6</li> </ul> |  |   |
| <b>11 h 35 – 11 h 45</b> | Conclusion   |   |  | Évaluation                                    |

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

- Allen, L. H. (2009). "How common is vitamin B-12 deficiency?" *Am J Clin Nutr* 89(2): 693S-696S.
- Andres, E., L. Federici, K. Serraj and G. Kaltenbach (2008). "Update of nutrient-deficiency anemia in elderly patients." *Eur J Intern Med* 19(7): 488-493.
- Bailey, R. L., J. L. Mills, E. A. Yetley, J. J. Gahche, C. M. Pfeiffer, J. T. Dwyer, K. W. Dodd, C. T. Sempos, J. M. Betz and M. F. Picciano (2010). "Unmetabolized serum folic acid and its relation to folic acid intake from diet and supplements in a nationally representative sample of adults aged > or =60 y in the United States." *Am J Clin Nutr* 92(2): 383-389.
- Bross, M. H., K. Soch and T. Smith-Knuppel (2010). "Anemia in older persons." *Am Fam Physician* 82(5): 480-487.
- Clark, S. F. (2008). "Iron deficiency anemia." *Nutr Clin Pract* 23(2): 128-141.
- Dharmarajan, T. S., M. R. Kanagala, P. Murakonda, A. S. Lebelt and E. P. Norkus (2008). "Do acid-lowering agents affect vitamin B12 status in older adults?" *J Am Med Dir Assoc* 9(3): 162-167.
- Dharmarajan, T. S. and E. P. Norkus (2014). "Gastric acid-inhibiting medications and vitamin B12 deficiency." *JAMA* 311(14): 1444-1445.
- Green, R. (2017) Vitamin B12 deficiency from the perspective of a practicing hematologist. *Blood* 129(19): 2603-2611.
- Guidi, G. C. and C. Lechi Santonastaso (2010). "Advancements in anemias related to chronic conditions." *Clin Chem Lab Med* 48(9): 1217-1226.
- Guralnik, J. M., R. S. Eisenstaedt, L. Ferrucci, H. G. Klein and R. C. Woodman (2004). "Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: evidence for a high rate of unexplained anemia." *Blood* 104(8): 2263-2268.
- Handa, P., Kowdley, K. V. (2016) A Proton Pump Inhibitor a Day Keeps the Iron Away. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 14(1): 153-155.
- Herbert, V. (1994). "Staging vitamin B-12 (cobalamin) status in vegetarians." *Am J Clin Nutr* 59(5 Suppl): 1213S-1222S.
- Joosten, E., B. Ghesquiere, H. Linthoudt, F. Krekelberghs, E. Dejaeger, S. Boonen, J. Flamaing, W. Pelemans, M. Hiele and A. M. Gevers (1999). "Upper and lower gastrointestinal evaluation of elderly inpatients who are iron deficient." *Am J Med* 107(1): 24-29.
- Lam, J. R., J. L. Schneider, W. Zhao and D. A. Corley (2013). "Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B12 deficiency." *JAMA* 310(22): 2435-2442.
- Langan, R. C., Goodbred, A. J. (2017) Vitamin B12 Deficiency: Recognition and Management. *Am Fam Physician.* 96(6): 384-389.
- Lindblad, A.J, Cotton, C., Allan, G.M. (2015) Iron deficiency anemia in the elderly. *Canadian Family Physician* 69:159
- MacFarlane, A. J., L. S. Greene-Finestone and Y. Shi (2011). "Vitamin B-12 and homocysteine status in a folate-replete population: results from the Canadian Health Measures Survey." *Am J Clin Nutr* 94(4): 1079-1087.
- Martin, J., Radeke, H. H., Dignass, A. and J. Stein. (2017). Current evaluation and management of anemia in patients with inflammatory bowel disease. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 11(1):19-32.
- Masucci, L. and R. Goeree (2013). "Vitamin B12 intramuscular injections versus oral supplements: a budget impact analysis." *Ont Health Technol Assess Ser* 13(24): 1-24.

- Miller, J. W., M. G. Garrod, L. H. Allen, M. N. Haan and R. Green (2009). "Metabolic evidence of vitamin B-12 deficiency, including high homocysteine and methylmalonic acid and low holotranscobalamin, is more pronounced in older adults with elevated plasma folate." *Am J Clin Nutr* 90(6): 1586-1592.
- Niafar, M., F. Hai, J. Porhomayon and N. D. Nader (2015). "The role of metformin on vitamin B12 deficiency: a meta-analysis review." *Intern Emerg Med* 10(1): 93-102.
- Paul, L., Selhub, J. (2017) Interaction between excess folate and low vitamin B12 status. *Mol Aspects Med.* 53: 43-47.
- Presse, N., Perreault, S., Kergoat, M.J. (2016) Vitamin B12 deficiency induced by the use of gastric acid inhibitors: Calcium supplements as a potential effect modifier. *J Nutr Health Aging* 20(5):569–573
- Presse, N. (2016) Folates et vitamine B12: que nous révèlent réellement les biomarqueurs sanguins? *Nutrition Science en évolution* 14(2): 21-26.
- Presse N, Kergoat MJ, Dorais M, Perreault S. (2016) Time trends of vitamin B12 deficiency in older adults: a population-based study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 25(Suppl. 3): 373-374.
- Ray, J. G. (2008). "Efficacy of Canadian folic acid food fortification." *Food Nutr Bull* 29(2 Suppl): S225-230.
- Serraj, K., L. Federici, G. Kaltenbach and E. Andres (2008). "[Nutritional anemias in elderly patients]." *Presse Med* 37(9): 1319-1326.
- Shakur, Y. A., D. Garriguet, P. Corey and D. L. O'Connor (2010). "Folic acid fortification above mandated levels results in a low prevalence of folate inadequacy among Canadians." *Am J Clin Nutr* 92(4): 818-825.
- Short, M. W. and J. E. Domagalski (2013). "Iron deficiency anemia: evaluation and management." *Am Fam Physician* 87(2): 98-104.
- Sicotte-Mendoza, G., Paquette, J., Presse, N. (2017) Les biomarqueurs sanguins du statut ferrique : comment leur donner du sens? *Nutrition Science en évolution.*
- Stabler, S. P. (2013). "Clinical practice. Vitamin B12 deficiency." *N Engl J Med* 368(2): 149-160.
- Stover, P. J. (2010). "Vitamin B12 and older adults." *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 13(1): 24-27.

## **Maltraitance envers les aînés: Du repérage à l'intervention**

**Robert Simard**, affiliation Conseiller direction du soutien aux personnes aînées en situation de vulnérabilité. MFA

---

### **INTERDICTION DE REPRODUCTION ET DE DISTRIBUTION SANS AUTORISATION**

---

#### **ABRÉGÉ**

---

La maltraitance envers les personnes aînées est un problème social qui toucherait 4 % à 7 % des personnes de 65 ans et plus (soit près de 100 000 personnes au Québec). Bien que certains facteurs puissent augmenter le risque de maltraitance (la perte d'autonomie, les problèmes de santé, l'isolement social, etc.), celle-ci peut néanmoins toucher une personne aînée, peu importe sa condition, son statut social ou ses revenus.

La maltraitance a des impacts importants sur la qualité de vie de ceux et de celles qui en sont victimes. Elle peut porter atteinte à leur intégrité physique et psychologique ainsi qu'à leur capacité à profiter de leur patrimoine et à s'épanouir dans la société. Contre la maltraitance dépasse largement la responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux et nécessite l'apport d'autres réseaux de collaboration. Ainsi, tous les employés du réseau de la santé et de services sociaux sont interpellés par cette problématique.

La problématique de la maltraitance envers les personnes aînées est complexe. Chaque situation nécessite une action ou une intervention variée, adaptée, complémentaire et concertée. Afin d'être efficaces dans leurs interventions, tous les acteurs interpellés doivent d'une part reconnaître la maltraitance et d'autre part, connaître le rôle des organisations et celui des différents intervenants des équipes multidisciplinaires. Ils doivent également connaître les nombreuses dispositions légales ainsi que les approches d'intervention. L'intervention soulève aussi pour les intervenants des enjeux éthiques importants entre le principe d'autodétermination et la protection de la personne. Cette formation permettra de se familiariser avec les rôles et responsabilités, et avec les outils et principes d'intervention autour d'échanges cliniques. Elle permettra de comprendre qui fait quoi et comment pour contrer la maltraitance envers les aînés.

---

### **LES BUTS DE LA FORMATION**

---

Le but de cette formation est d'outiller les intervenants des équipes interdisciplinaires en matière de maltraitance. Au terme de cette formation, les participants seront en mesure de :

- Intervenir en présence d'une problématique complexe.

- Connaître le continuum de services décrivant les rôles des acteurs visés et des organisations multisectorielles liés à la prévention, au repérage, à l'intervention et à la coordination.
- Repérer plus rapidement les situations de maltraitance;
- Estimer la dangerosité de chaque situation;
- Intervenir de façon plus efficace avec la personne qui maltraite;
- Connaître les interventions selon les clientèles spécifiques;
- Connaître certaines mesures de protection et les mesures légales pouvant être appliquées dans les situations de maltraitance.

---



---

### CLIENTELE CIBLE

---



---

Cette formation s'adresse particulièrement aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux des équipes multidisciplinaires qui sont susceptibles de côtoyer une clientèle aînée.

---



---

### PLAN DE LA JOURNÉE

---



---

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</i>        | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>  |
|---|---|--|--|--|
| <b>8 h 30 – 9 h 15</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrire la problématique de maltraitance envers les aînés</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition</li> <li>• Formes</li> <li>• Types</li> <li>• Facteurs de risques et de vulnérabilités</li> <li>• Conséquences</li> <li>• Résistances à dénoncer</li> <li>• Présentation du continuum de services en maltraitance</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposé interactif</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partir des connaissances des participants</li> <li>• Présentation de la terminologie</li> </ul> |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i><b>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</b></i>  | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b>  |
|---|--|--|--|--|
| <b>9 h 15 – 10 h 15</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les balises encadrant le repérage les obligations de signalement reconnues dans la loi 115</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Présentation de la différence entre un indice et un indicateur.</li> <li>• Liste d'Indices par types de maltraitance</li> <li>• Liste d'indices par titre d'emploi</li> </ul> Validation des indices.<br>Importance de la validation | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposé interactif</li> <li>• Mise en situation</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grille d'indices selon les types de professionnels</li> </ul> |
| <b>10 h 15 – 10 h 30</b> <b>Pause</b>   |  |  |  |  |
| <b>10 h 30 – 11 h</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les principes d'intervention</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôles et responsabilités des professionnels dans l'intervention. : Développer le pouvoir d'agir ou assurer la protection de la personne</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposé interactif</li> <li>• Mises en situation</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principales théories et approches</li> </ul>                  |
| <b>11 h – 11 h 30</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment favoriser la reconnaissance de la situation</li> </ul><br>Évaluation de la situation                    | Présentation des différents profils de victime et des moyens pour favoriser la reconnaissance de la maltraitance par la personne maltraitée<br><br>Éléments à considérer et évaluer pour déterminer l'intervention   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposé interactif</li> </ul> Mise en situation  | <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Grille d'évaluation  |

| <b>Horaire</b><br><i>Horaire détaillé et complet de la formation en tenant compte des pauses « détente et repas »</i> | <b>Objectifs spécifiques</b><br><i><b>Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :</b></i> | <b>Contenus</b>  | <b>Activités d'apprentissage</b><br><i>Ex. : exposés interactifs, discussions en équipe, démonstrations, études de cas, etc.</i> | <b>Autres informations jugées pertinentes</b> |
|---|---|--|--|---|
| <b>11 h 30 – 11 h 40</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les principales mesures légales</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lois, normes et règlements ayant pour objet d'assurer plus de protection aux personnes âgées :<br/>Présentation des mesures principales de protection<br/>1-Article 48 de la charte des droits et liberté<br/>2-régime de protection<br/>3 -requête en hébergement</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposé interactif</li> <li>• Étude de cas</li> </ul>                                    |   |
| <b>11 h 40 – 11 h 45</b>  | Conclusion et échange   |  |  | Évaluation                                    |

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

---

La formation sera montée autour du « Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les aînés »  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-830-10F.pdf>

### Livres

- Beaulieu, M., & Bergeron-Patenaude, J. (2012). La maltraitance envers les aînés. Changer le regard. Québec. Les Presses de l'Université Laval. 132 pages.
- Crête, Tchotourian, Beaulieu. (2014) L'exploitation financière des personnes aînées : prévention, résolution et sanction. Édition Yvon Blais
- Nahmiash, D., & Reis, M. (1998). Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées – Un manuel d'intervention. Québec. Presses de l'Université Laval.

### Articles

- Allard, A. (2016). Effets du guide de pratique En Mains-Respect Seniors sur la pratique (Essai de maîtrise). Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, 198 p.
- Beaulieu, M., D'Amours, M., Côté, M., & Loock, J. (2015). Les policiers en relation avec les aînés maltraités : résultats d'un sondage auprès des policiers montréalais. Vie et vieillissement, 12(3), 19-25.
- Beaulieu, M., Manseau-Young, M-E., Pelletier, C. Charmaine. S. (2016) La maltraitance envers les personnes aînées en milieu d'hébergement. État de situation sur sa prise en charge et mise ne perspective d'une approche visant le signalement obligatoire
- Beaulieu, M., Bédard, M.-E., & Leboeuf, R. (2016). L'intimidation envers les personnes aînées : un problème social connexe à la maltraitance ? Service social, 61(2), 38-56.
- Beaulieu, M., Pelletier, C., Manseau-Young, M.-È. E & Spencer, C. (2016). A-t-on besoin d'une loi de signalement obligatoire de la maltraitance envers les aînés en milieu d'hébergement au Québec? Vie et vieillissement, 13(4), 11-21.
- Beaulieu, M., Côté, M., Blais, J., Diaz, L., Cloutier, J., Loock, J. & D'Amours, M. (2016). Intervention policière auprès des aînés maltraités. Guide d'accompagnement à l'implantation du modèle. Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées et Service de police de la Ville de Montréal. Sherbrooke et Montréal. 40 p.
- Bédard, M.E., & Beaulieu, M. (2015). La défense des droits des aînés au Québec : protection et empowerment. Le sociographe, 50, 33-42.
- Bédard, M.-È., Gagnon, E. & Beaulieu, M. (2016). Défense des droits des usagers : documenter la nature et les causes de la maltraitance envers les aînés à travers les actions des comités des usagers. Vie et vieillissement, 13(4), 37-43.
- Berg, N., Giet, D., Beaulieu, M., Oudewater, M., Langhendries, D. (2014). La maltraitance envers les personnes âgées : quelques éléments pour la pratique médicale. Revue médicale de Liège, 69(5-6), 382-389.

- Brunet, C., & Beaulieu, M. (2011). Bonifier les changements de pratique à la suite d'une formation continue en milieu de travail : réflexion tirée de l'expérience d'implantation du guide de pratique En Mains (intervention en maltraitance envers les aînés). *Vie et Vieillesse*, 9(2), 52-58.
- Calvé, J. (2016). Bonifier la pratique psychosociale en contexte de maltraitance des personnes aînées par la création et l'utilisation de guides de pratique (Essai de maîtrise). Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, 154p.
- Morin, C. (2013) Libéralités et personnes âgées : entre autonomie et protection. *Revue de droit de McGill*. 143-162
- Morin, C. Simard, R. (2018) 1 C.P du N. Dialogue sur le rôle social du Notaire dans la protection des aînés en situation de vulnérabilité 3-54
- Morin, C. & Champagne K. Chronique : Quelques exemples de modifications législatives récentes visant à favoriser la protection des droits des personnes aînées. 15p
- Neesham-Grenon, F., & Beaulieu, M. (2011). La réponse sociale aux situations d'autonégligence chez les aînés. Les enjeux d'une pratique complexe du travail social. *Forum. Revue de la recherche en travail social*, 134, 66-73.
- Pelletier, C., & Beaulieu, M. (2014). La maltraitance commise par des proches envers les aînés hébergés : émergence d'une problématique peu documentée. *Vie et vieillissement*, 11(3). 30-37.
- Riendeau, A., & Beaulieu, M. (2013). Intervenir pour contrer la maltraitance envers les aînés vivant à domicile : glossaire des 15 principaux enjeux identifiés au Québec. *Vie et vieillissement*. 11(2). 36-41.

## Autres

- Association québécoise pour la défense des droits des retraités (2011). Vieillir en sécurité. Vieillir sans violence. Montréal. Rifvel. 20 pages
- Beaulieu, M. (2010). En main. Arbre décisionnel : ENjeux éthiques, Maltraitance, Aînés, Intervention, Scénarios. Sherbrooke. NICE. 24 pages.
- Beaulieu, M., R Leboeuf, C. Pelletier., avec la collaboration de J. Cadieux Genesse La maltraitance envers les personnes aînées. Rapport québécois sur la violence et la santé (2018). Inspq Centre d'expertise et de référence en santé publique.
- Comité national d'éthique sur le vieillissement. Pour lutter contre la maltraitance financière : accompagner l'autonomie de la personne âgée Juin 2018
- Hamilton Elder Abuse Prevention Committee. Évaluation et intervention liées à la maltraitance des personnes âgées. Guide de référence – Trousse SOS abus.
- Homier, P. (2011). La notion d'exploitation au sens de la Charte. Un outil de référence. Québec. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. 7 pages.
- Israël, S. & Soulières, M. (2013). Formation des formateurs. Ligne Aide Abus Aînés. Québec. CSSS Cavendish. 102 pages.
- Turmel, A. L'échange de renseignements confidentiels lorsque la sécurité d'une personne est menacée. Ministère de la justice du Québec. Formation
- Viau-Quesnel, C. (2017) Intervention auprès de la victime ou du témoin âgé : quelques pistes pour faciliter la relation. UQTR. Formation
- Chaire de recherche sur la maltraitance envers les aînés. URL : <http://maltraitancedesaines.com>