

La Gérontoise



Association québécoise des infirmières
et infirmiers en gérontologie

La santé mentale

Mot de la présidente - FRANCINE LINCOURT ÉTHIER	1
Éditorial - OLIVETTE SOUCY	2
Recherche	
- Impact de certains médicaments sur la mémoire - PHILIPPE MARTIN ET CARA TANNENBAUM	3
- Félicitations à Louise Lévesque	9
Expériences cliniques	
- Trouble cognitif léger et symptômes neuropsychiatriques - CHRISTINE OUELLET	10
- Réorganiser les soins en milieu d'hébergement tout en développant les compétences et en attribuant les bonnes activités de soins à la bonne catégorie d'intervenants - PHILIPPE VOYER, NANCY CYR, AGNÈS GAUDREAU ET CHANTAL VIENS	16
- Le lymphœdème, un problème de santé - PAMELA HODGSON, RACHEL PRITZKER, ANNE TOWERS	23
- MeSSAGES - FRANCINE DUCHARME, VÉRONIQUE DUBÉ ET DIANE SAULNIER	26
- J'ai lu	30
- Récentes recherches sur les personnes âgées	31

La Gérotoise

Printemps 2013, vol. 24. no 1

AQIIG

4565, chemin Queen-Mary

Montréal H3W 1W5

site Web : www.aqiig.org

courriel : info@aqiig.org

tél. : (514) 340-2800, poste 3092

Présidente de l'AQIIG : Francine Lincourt Éthier

Rédaction

Directrice et

Rédactrice en chef : **Olivette Soucy**

Conseillère

clinique :

Johanne Senneville

Révisseur

linguistique :

Claire Soucy

Secrétaire :

Luce Brazeau

Collaborateurs :

Huguette Bleau

Nancy Cyr

Francine Ducharme

Véronique Dubé

Agnès Gaudreault

Pamela Hodgson

Francine Lincourt Éthier

Philippe Martin

Christine Ouellet

Rachel Pritzker

Diane Saulnier

Olivette Soucy

Cara Tannenbaum

Anna Towers

Chantal Viens

Philippe Voyer

Production

Infographie et

impression :

ZOCA Communications

Dépôt légal

2^{ème} trimestre 2013

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1183-8051

POLITIQUE ÉDITORIALE

La Gérotoise est publiée deux fois par année par l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Gérotoologie.

Cette revue est destinée à tous ses membres ainsi qu'à toute personne intéressée par la géronto-gériatrie. Elle présente les résultats des différentes recherches réalisées dans ce domaine, les projets cliniques et les expériences **vécues dans les milieux de soins ainsi que les travaux d'étudiants universitaires. Les opinions émises n'engagent que les auteurs.**

Tous les articles peuvent être reproduits à condition d'en spécifier la source.

Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé, sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

POLITIQUE PUBLICITAIRE

La revue accepte des messages publicitaires commerciaux, susceptibles d'intéresser ses abonnés. Ces publications doivent être en harmonie avec les valeurs de l'Association. Leur insertion dans la revue ne signifie pas une recommandation implicite des produits annoncés.

POLITIQUE D'ABONNEMENT

La Gérotoise est envoyée gratuitement à tous les membres. Pour faire partie de l'Association, vous devez compléter une demande d'adhésion. Le coût de l'abonnement est de 30 \$ pour un an et de 55 \$ pour deux ans. Pour plus d'information, consulter le site Internet www.aqiig.org, ou communiquer au (514) 340-2800, poste 3092.

Mot de la présidente



Chères collègues,

En cette fin de l'hiver, les membres de votre CA vivent la frénésie du printemps depuis déjà plusieurs mois! Nous sommes en effet très actives dans les différents groupes de travail touchant divers dossiers qui émanent des suggestions émises lors du sondage de l'an dernier. De tout ce travail au niveau des orientations stratégiques, émergera une nouvelle AQIIG, tant au niveau de l'image que des moyens de communication. C'est à suivre au cours de la prochaine année!

Également, votre Association est de plus en plus visible grâce aux différents projets vécus en partenariat avec des acteurs aussi connus que le MSSS – Secrétariat des aînés, Direction du développement des programmes, et avec Aînés dans le ***sous-comité des partenaires nationaux non gouvernementaux de recherche et de support aux pratiques***. La première rencontre de cet organisme à laquelle j'aurai le plaisir de vous représenter aura lieu à Québec le 23 avril prochain. Également, une de nos membres madame Odette Roy de l'Hôpital

Maisonneuve-Rosemont, représentera l'AQIIG à la ***Table d'experts en soins post aigus destinés aux aînés en ambulatoire, à domicile et en établissement du MSSS*** – Direction générale adjointe des services aux aînés.

Nous avons aussi un autre partenaire depuis plusieurs années, la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, avec qui nous avons collaboré au projet ESPA (Entente sur le Soutien aux Proches Aidants) dont l'implantation s'est effectuée au CSSS de la Montagne, à Montréal, et ce, sur trois sites différents, les CLSC Côte des Neiges, Métro et Parc extension. Le rapport final a été envoyé au MELS (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport) au mois d'octobre dernier. Notre partenariat se poursuit avec la Chaire Desjardins grâce à la subvention de 165 350 \$ que nous avons reçue sur trois ans pour le projet MeSSAGES (Méthode *électronique* de Soutien aux Stratégies d'Apprentissage à la GESTion du Stress) du MSSS – secrétariat des Aînés. Notre premier rapport d'étape a d'ailleurs été produit et envoyé à la fin de février.

En terminant, je vous invite à notre Souper-causerie du 23 mai prochain sous le thème *La dépression chez les aînés, la perte de l'élan vital*, avec comme conférencière madame Ginette Henri. Une date à inscrire à votre agenda! Nous vous attendons en grand nombre! Cette conférence sera précédée de l'AGA, avec élection de quatre membres au sein du CA.

Et, en terminant, un clin d'œil amical et reconnaissant à madame Louise Lévesque, décorée depuis peu de la *Médaille du Jubilé de Diamant de la Reine Élisabeth II*, pour sa contribution et ses réalisations en recherche en sciences infirmières dans le domaine des soins aux personnes âgées. Félicitations Madame Lévesque, vous êtes un modèle pour nous toutes et merci!

Bon printemps!

A handwritten signature in cursive script that reads "Francine Lincourt Éthier". The ink is dark and the handwriting is fluid and personal.

Francine Lincourt Éthier,
Présidente de l'AQIIG

Éditorial

Olivette Soucy, éditrice de la *Gérontoise*

Tout le numéro du printemps est consacré à la santé mentale, définie brièvement par le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ)¹ comme « l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné et s'apprécie, entre autres, à l'aide de certains éléments : le bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu. Résultant d'interactions entre les facteurs génétiques et psychologiques, elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques ».

La santé mentale, tout comme la santé physique, joue un rôle prépondérant dans le bien-être d'une personne. Cependant, il faut la préserver et travailler à la retrouver si elle est perdue. Les auteurs des articles de ce numéro nous présentent diverses actions susceptibles de répondre à ces objectifs.

Une recherche réalisée par Dr. Cara Tannenbaum et Philippe Martin, étudiant en pharmacie, nous livre le fruit de leur travail et signalent « *L'impact de certains médicaments sur la mémoire* ».

Madame Christine Ouellet, neuropsychologue, présente « *Trouble cognitif léger et symptômes neuropsychiatriques* » qu'il est très important de connaître afin de les traiter adéquatement.

Au plan clinique, Philippe Voyer, Nancy Cyr, Agnès Gaudreault et Chantal Viens font état d'une recherche réalisée dans un milieu de gériatrie afin de « *Réorganiser les soins en milieux d'hébergement tout en développant les compétences et en attribuant les bonnes activités de soins aux bons intervenants* » Une organisation adéquate des niveaux de soins et des intervenants associés fait une grande différence dans la qualité des soins et de la vie de nos aînés qui y habitent.

Au plan clinique toujours, Pamela Hodgson, RMD de l'Association québécoise du lymphoedème (AQL), présente le mouvement et les services disponibles pour les personnes vivant avec ce diagnostic.

Francine Ducharme, Véronique Dubé et Diane Saulnier, infirmières-chercheuses font état d'un programme psychoéducatif appelé *MéSSAGES* pour les proches aidants, service offert gratuitement sur le Web.

Nous soulignons, de plus, trois recherches destinées au bien-être physique et mental des personnes âgées réalisées par des chercheurs associés à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

- Il n'est jamais trop tard pour bien faire. *Même s'ils sont très âgés et fragiles, l'entraînement physique est bénéfique pour les aînés*. Dr. Louis Bhérier, Ph. D. psychologue;
- *Aphasie : même âgé et atteint depuis longtemps, le cerveau répond bien à un entraînement intensif*. Dre Ana Inés Ansaldo, Ph. D. en orthophonie et audiologie;
- *La gestion du stress pour prévenir la douleur chronique*. Dr Pierre Rainville, Ph. D. en neuropsychologie, et Étienne Vachon-Presseau, doctorant en neuropsychologie.

Pour information, s'adresser à Geneviève Desrosiers, (514) 340-2800, poste 3298, genevieve.desrosiers.iugm@ssss.gouv.qc.ca

Enfin, Huguette Bleau, dans le *J'ai lu*, propose un livre qui peut aider toute personne vieillissante ou vivant avec quelqu'un qui vieillit : *Vivre avec un proche qui vieillit*. Ed. Bayard

Bonne lecture!

¹ L'Association canadienne pour la santé mentale Chaudière-Appalaches
Site internet : www.acsm-ca.qc.ca, courriel : info@acsm-ca.qc.ca

Impact de certains médicaments sur la mémoire

*Philippe Martin, candidat à la maîtrise en Sciences Pharmaceutiques,
à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal*

Cara Tannenbaum, médecin, professeure agrégée, Université de Montréal

L'augmentation de l'espérance de vie favorise le vieillissement de la population de même qu'une augmentation de la prévalence de certaines maladies associées à l'âge avancé. La démence ou la maladie d'Alzheimer occupe une grande place parmi les inquiétudes des personnes âgées face à leur santé. En effet, deux études menées chez les hommes et les femmes de cet âge indiquent que 88 % des femmes et 64 % des hommes craignent la perte de la mémoire. De plus, 63 % des hommes ont identifié les effets secondaires liés aux médicaments comme étant très inquiétants (Tannenbaum, 2005, 2012).

Actuellement, environ 18 % des adultes âgés de 65 ans et plus, vivant en milieu communautaire, rapportent des troubles de mémoire ou présentent des déficits cognitifs plus importants que ceux auxquels on pourrait s'attendre pour des personnes de cet âge (Petersen, 2009). Le déficit cognitif léger est un concept qui a été introduit dans la dernière décennie afin de définir les déficits de mémoire présents dans la zone grise située entre la normalité et la démence. Ces déficits sont divisés en deux sous-types :

- les déficits cognitifs de nature amnésique qui affectent majoritairement la mémoire à court ou à long terme;
- ceux de nature non amnésique, qui sont caractérisés par des perturbations au niveau de l'attention, de la concentration, du traitement de l'information, des fonctions exécutives et du temps de réaction.

De plus en plus de personnes et de professionnels de la santé s'inquiètent du rôle que peuvent jouer les médicaments dans ces déficits cognitifs.

Ces préoccupations peuvent se justifier car la prise de médicaments appropriés et ne présentant aucun danger chez les aînés est complexe puisque cette population présente un risque accru d'effets secondaires, d'interactions médicamenteuses et de réactions indésirables reliés aux comorbidités. La haute prévalence de la polypharmacie joue aussi un rôle important (Hanlon, 2001; Rancourt, 2004). Elle est définie par la prescription, l'administration ou l'utilisation de plus de médicaments que ce qui devrait normalement être cliniquement indiqué pour une personne. En 2004, une étude faite au Québec incluant 2 633 personnes âgées, vivant en milieu de soins de longue durée, a démontré que plus de 48 % des sujets prenaient plus de cinq prescriptions (Rancourt, 2004). Les aînés sont donc à grand risque de vivre des effets secondaires à la suite de la prise de médicaments et sont plus vulnérables aux déficits cognitifs induits par ceux-ci.

La démence ou la maladie d'Alzheimer occupe une grande place parmi les inquiétudes des personnes âgées face à leur santé.

Il devenait important de faire l'étude de certains médicaments susceptibles d'affecter la mémoire afin de pouvoir les identifier et répondre aux préoccupations des personnes âgées. Certaines classes de médicaments dont l'action pharmacologique possède le potentiel de perturber la fonction cognitive ont donc été revues et étudiées.



Médicaments pouvant affecter la mémoire

Il a déjà été prouvé que l'interférence pharmacologique pouvait potentiellement perturber la neurotransmission normale dans les secteurs du cerveau responsables des fonctions cognitives de nature amnésique et non amnésique (Nestler, 2009). Il s'agit des antihistaminiques de première génération, des anticholinergiques, des opioïdes ainsi que des GABAergiques (voir Tableau 1).

Tableau 1 :

Les classes médicamenteuses pouvant affecter la cognition et leurs mécanismes d'action sous-jacents.

Classe médicamenteuse	Mécanisme d'action
Anticholinergiques	Le système cholinergique agit directement sur le cortex et l'hippocampe et est principalement impliqué dans la mise en mémoire, le rappel, l'excitation, la perception ainsi que l'attention.
Antihistaminiques	Le blocage des récepteurs H ₁ peut causer la sédation, la diminution de l'attention et du temps de réponse.
GABAergiques	L'acide aminé GABA inhibe les neurotransmissions dans le cerveau, causant la sédation, la perte de mémoire et des diminutions de l'attention et du temps de réponse. Ces atteintes peuvent aussi augmenter le risque de chute.
Opioides	Certains peptides d'opioïdes jouent un rôle dans la modulation de la performance cognitive.

Bien que d'autres neurotransmetteurs existent, ces quatre classes sont reconnues comme étant les plus impliquées dans la modulation de l'apprentissage, de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives; elles ont donc été retenues pour une évaluation de leur impact.

❖
But de la recherche

La recherche avait pour but d'examiner les preuves accumulées pour tenter de déterminer le rôle que peuvent jouer ces catégories de médicaments sur la fonction cognitive.

❖
Méthode

Les résultats présentés ici proviennent d'une revue systématique d'écrits sur le sujet examinant le rôle de ces médicaments sur la fonction cognitive (Tannenbaum, 2012). Une question clairement formulée utilise des méthodes systématiques et explicites afin d'identifier, de sélectionner et de critiquer les preuves pertinentes, de recueillir et d'analyser les données de diverses études déjà réalisées sur le sujet.

❖
Source de données

Une recherche a été conduite dans deux bases de données¹. Elle fut réalisée à l'aide d'une liste exhaustive de termes qualifiant les différentes classes de médicaments et traitant du déficit cognitif. À la suite

de cette recherche, un total de 8 062 résultats fut identifié, dont 7 118 entrées uniques.

❖
***Identification des données
provenant des études***

Les résumés de ces études ont été recueillis et revus de façon indépendante par deux évaluateurs. Seules les études correspondantes aux critères d'inclusion furent considérées pour le procédé d'identification. Il s'agit d'études :

- conduites chez des adultes humains de 18 ans et plus;
- sur des médicaments affectant les voies cholinergiques, histaminergiques, GABAergiques ou opioïdes;
- mesurant les résultats cognitifs chez des personnes vivant en milieu communautaire et non porteuses de troubles mentaux telles que la schizophrénie, la démence, etc.

Ainsi, seules les études portant sur des individus sans troubles mentaux ont été incluses afin d'évaluer l'effet des médicaments de façon indépendante. Ainsi, à cette première sélection, 372 articles furent identifiés.

❖
Sélection d'études

À la suite de leur identification, les textes complets de ces articles ont été recueillis. Afin d'exclure les études biaisées ou de piètre qualité, seules celles

correspondant aux critères d'inclusion furent considérées pour la procédure de sélection :

- (1) administration orale du médicament;
- (2) aucune combinaison de médicaments;
- (3) médicament à effet prononcé sur une des quatre voies identifiées;
- (4) documentation claire de résultats cognitifs en utilisant un test neuropsychologique validé (sauf le *Mini-Mental State Examination*);
- (5) volontaires sains sans condition pouvant affecter la performance aux tests cognitifs telles crises épileptiques, dépression majeure, douleur chronique, etc.;
- (6) devis d'études randomisées, à double aveugle et contrôlées au placebo.

Une soixantaine d'études ont été retenues auxquelles s'ajoutent dix-sept autres trouvées lors de la recherche de références.



Extraction et analyse des données

L'extraction de données importantes à l'évaluation des résultats des devis et des médicaments de l'étude, ainsi que les mesures neuropsychologiques ont été réalisées à l'aide d'une grille, de façon indépendante, par les deux évaluateurs. Afin d'évaluer si un médicament avait causé un déficit cognitif, le résultat des tests neuropsychologiques de base furent comparés avec ceux des groupes recevant le médicament et ceux placés sur placebo. Un médicament était considéré comme ayant causé un déficit cognitif si les scores moyens aux tests neuropsychiatriques du groupe traitement étaient significativement plus élevés ($p < 0.05$) que ceux du groupe placebo.

Lors de l'analyse, les déficits ont été caractérisés par des statistiques descriptives et classés selon leur nature amnésique ou non. La qualité des preuves pour chaque classe étudiée a été traitée selon l'approche GRADE (Loke, 2011; Guyatt, 2008). Dans ce système, le jugement reflète le niveau de confiance (de basse qualité à haute qualité) que l'on peut attribuer au fait qu'une classe provoque ou non un déficit cognitif de nature amnésique ou non amnésique. Afin de calculer l'ampleur de l'effet du médicament, la magnitude de la différence aux tests entre les groupes ainsi que l'écart erreur-type est

nécessaire. Cependant, ces données n'étaient disponibles que dans 47 des publications retenues et étaient variables selon les conditions de l'étude, étant représentées graphiquement dans les 31 autres. Pour cette raison, la qualité des données fut jugée insuffisante pour quantifier l'ampleur de l'effet de façon appropriée.



Résultats

Un total de 162 études portant sur différents médicaments et doses ont été rapportées dans les 78 publications retenues pour l'analyse qualitative. Dans ces études, 80 % portaient sur des administrations simples et l'évaluation cognitive en était faite dans une période de temps de deux à vingt-quatre heures suivant l'administration. Environ un tiers des études étaient exclusivement conduites chez des adultes de 65 ans et plus.



Médicaments GABAergiques

Les médicaments de type GABAergique furent divisés en deux catégories : les dérivés de benzodiazépines et ceux non dérivés de benzodiazépines. Des preuves de haute qualité démontrent que les benzodiazépines de courte demi-vie ont systématiquement induit des diminutions des tests neuropsychologiques évaluant la fonction cognitive amnésique et non amnésique. Les benzodiazépines de demi-vie intermédiaire ont démontré un profil similaire. Ceci est en accord avec les résultats précédemment avancés à l'effet que ces médicaments affectent de manière prédominante, non seulement la mise en mémoire mais aussi l'attention, le temps de réaction ainsi que certaines fonctions psychomotrices. Il a aussi été démontré que les adultes de plus de 60 ans étaient plus sensibles que les jeunes adultes aux faibles doses de benzodiazépines, telle une dose de 0.5mg de Lorazepam. La qualité des preuves pour les benzodiazépines de courte durée fut d'un degré de qualité légèrement inférieur aux précédents dû à la présence de certaines inconsistances ne pouvant être que partiellement expliquées par l'âge.

Les preuves associant les médicaments GABAergiques non dérivés de benzodiazépines ne sont que de qualité modérée puisque seule la moitié des études identifiées a pu démontrer un impact significatif sur la fonction cognitive amnésique et

non amnésique. L'hétérogénéité présente à travers les diverses études n'a pu être expliquée par les différents facteurs comme le type de médicament, les doses, le type de participants, etc.

❖
Médicaments anticholinergiques

Deux classes de médicaments anticholinergiques furent étudiées : les antimuscariniques (agents utilisés pour le traitement de la vessie hyperactive) et les antidépresseurs tricycliques. La qualité de preuves rattachées aux agents antimuscariniques fut de basse à modérée. Les déficits de nature amnésique ou non ont démontré une haute variabilité et certaines divergences avec la majorité des déficits attribuables à l'utilisation d'oxybutynine. Les preuves contre les antidépresseurs tricycliques sont plus robustes et démontrent des effets délétères sur

la fonction cognitive non amnésique comme l'augmentation de déficits d'attention et la diminution du temps de réaction dans toutes les études faites à dose simple. Des déficits amnésiques ont aussi été identifiés à très hautes doses mais plus rarement. Certaines études ont démontré une diminution de ces déficits sur la fonction cognitive après un certain temps avec un potentiel pour le développement d'une tolérance (particulièrement chez les individus plus jeunes).

❖
Médicaments antihistaminiques (H₁)

La qualité des preuves contre les bloqueurs de récepteurs H₁ de première génération fut de bonne qualité, démontrant une diminution consistante de la fonction cognitive non amnésique au niveau de l'attention et de la vigilance dans dix des onze études ciblées. Une tolérance partielle diminuant

Tableau 2

Liste les médicaments ayant démontré des effets néfastes sur la fonction cognitive de manière consistante

Classe médicamenteuse	Exemple
Anticholinergiques (antidépresseurs tricycliques)	Amitriptyline Imipramine
Antihistaminiques (1^{ère} génération)	Hydroxyzine Diphenhydramine Tripoline Promethazine
GABAergiques (benzodiazépines)	Midazolam Trazolam Temazepam Oxazepam Lorazepam Alprazolam Clonazepam Diazepam Florazepam Clorazepam

ces effets délétères sur la fonction cognitive a été détectée à doses répétées dans deux des onze études. Aucune preuve significative contre les bloqueurs de récepteurs H₁ de deuxième génération ne fut identifiée puisqu'un seul des 14 essais ciblés a démontré un effet significatif sur l'attention et la mémoire.

❖ *Médicaments opioïdes*

La qualité des preuves rattachées aux opioïdes fut de basse à modérée. Une seule étude sur cinq a démontré des déficits au niveau de la mémoire et de l'attention chez les participants d'âge moyen à âge avancé lors de doses de 10 mg d'oxycodone et de 10 et 15 Mg de morphine. Certaines doses élevées (200 mg) de dextropropoxyphène ont démontré avoir un effet sur l'attention ainsi que le temps de réaction.

❖ *Discussion*

Les résultats de cette revue systématique d'essais cliniques contrôlés et randomisés, visant à évaluer le potentiel de quatre classes de médicaments sur les déficits cognitifs de nature amnésique et non amnésique chez des adultes sans désordre du système nerveux central sous-jacent, révèlent que certains médicaments couramment utilisés possèdent un fort potentiel d'induire la perte de mémoire et les déficits d'attention.

Les résultats démontrent aussi que les benzodiazépines de courte et moyenne demi-vie affectent de façon constante des déficits de nature amnésique et non amnésique. Cependant, les antihistaminiques H₁ de première génération ainsi que les antidépresseurs tricycliques provoquent des déficits cognitifs de nature non amnésique. Les résultats pour les autres classes médicamenteuses n'étaient pas de qualité suffisante pour permettre de tirer des conclusions définitives. Les résultats trouvés dans le cadre de cette revue de littérature sont appuyés par plusieurs études épidémiologiques portant sur de larges échantillons populationnels et étudiant l'association entre l'utilisation de médicaments et la fonction cognitive (Hanlon, 1998; Bierman, 2007; Hilmer, 2007; Podewils, 2002; Basu, 2003).

Bien qu'il soit clair que les benzodiazépines ainsi que les antihistaminiques H₁ de première génération induisent des déficits cognitifs, les résultats non conclusifs pour les non-dérivés de benzodiazépines et anti muscariniques méritent d'être étudiés davantage. Puisque la revue des écrits groupe les médicaments en classes, il est possible que certaines molécules ou formulations de ces classes aient un effet plus prononcé sur la fonction cognitive. Il pourrait alors être plus prudent d'utiliser un médicament plutôt qu'un autre dans la même classe. À titre d'exemple, dans les agents anticholinergiques, l'amitriptyline possède des propriétés comme antagoniste H₁ alors que ce n'est pas le cas pour la solifenacine.

Il est important de noter que les résultats présentés ici portent majoritairement sur des adultes d'âge moyen et sans désordre sous-jacent du système nerveux central. De même, l'information ne représente pas entièrement l'effet cognitif que peuvent avoir ces médicaments sur des individus souffrant de plusieurs maladies chroniques ou prenant plusieurs autres médicaments depuis plusieurs

années, ce qui est de plus en plus le cas pour la population âgée. Les personnes âgées vulnérables sont potentiellement plus susceptibles de présenter des déficits cognitifs induits par les médicaments, et ce, particulièrement en

présence de polypharmacie qui augmente le risque d'interactions médicamenteuses et d'augmentation, avec le temps, de concentration plasmatique de certaines molécules.

Malheureusement, beaucoup de ces médicaments continuent à être utilisés par un large pourcentage de la population. En effet, au Canada, il est estimé qu'en tout temps, entre 22 et 27 % des personnes âgées de plus de 65 ans utilisent des benzodiazépines sur une base régulière. Ce pourcentage augmente à plus de 30 % chez les individus de 85 ans et plus. Cette statistique est d'autant plus alarmante si on considère que l'usage maximal recommandé par Santé Canada est de six semaines pour l'insomnie sévère (CHEN, 2010).

❖ *Implication des infirmières*

Étant constamment en contact avec les patients, les infirmières et les infirmiers sont dans une position parfaite pour intervenir et améliorer la situation de ces derniers. Ils sont les professionnels de la santé les plus aptes à détecter des changements au niveau cognitif, qu'ils soient de nature amnésique ou non. Il a déjà été démontré qu'ils jouent un important rôle dans l'amélioration de la qualité des soins.

En étant au courant des médicaments ayant le potentiel d'induire des déficits cognitifs, les infirmières et infirmiers peuvent identifier les patients « à risque », discuter avec eux des effets de ces médicaments, leur proposer des alternatives ou même suggérer des protocoles de sevrage pour des médicaments tels les benzodiazépines. Ils peuvent aussi les surveiller lors de changements de médicament ou de doses afin de déterminer si un impact cognitif a eu lieu et intervenir en conséquence. En collaboration avec les pharmaciens et les médecins, les infirmières et infirmiers ont une contribution importante à faire dans le domaine de la sécurité des médicaments.

Bien des alternatives sont disponibles afin de remplacer les médicaments à risque. Par exemple, un antihistaminique H₁ de première génération peut facilement être remplacé par un antihistaminique H₁ de deuxième génération. Alors que certaines thérapies cognitives et techniques de relaxation peuvent servir de remplacement pour l'usage de benzodiazépines pour traiter l'insomnie.

❖ *Conclusion*

De plus en plus de personnes âgées sont concernées par la mémoire qui décline et les troubles de l'attention qui peuvent être signes de démence précoce. Cette étude présente le rôle joué par certains médicaments sur la fonction cognitive. Les preuves de leur influence néfaste continuent à s'accumuler et la majorité de ceux-ci se retrouvent maintenant sur la liste de BEERS². Cette liste vient d'être actualisée en 2012 et inclut tout médicament considéré comme inapproprié pour les personnes âgées. Elle peut être consultée via la section recommandations et guides cliniques de l'American Geriatrics Society : (http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2012)

Une thérapie pharmacologique doit toujours être faite sur une base individuelle et selon les besoins des patients. Malgré les risques connus, certaines personnes peuvent bénéficier de ces médicaments si elles en ont véritablement besoin pour traiter une condition qui pourrait causer plus d'effets néfastes si elle n'était pas traitée. Chaque personne a le droit d'être informée et de faire un choix concernant les options pharmacologiques ou non pharmacologiques afin d'en évaluer les risques et conséquences et d'être traitée selon ses préférences.

C'est dans ce contexte que les infirmières et infirmiers peuvent intervenir, surtout chez les aînés, et ainsi réduire l'impact que peuvent avoir certains médicaments sur la fonction cognitive de leurs patients.

❖ *Pour en savoir davantage*

Pour les personnes qui désireraient en apprendre plus sur le sujet, vous pouvez communiquer avec Joëlle Dorais, coordonnatrice de la Chaire pharmaceutique Michel-Saucier en santé et vieillissement, à joelle.dorais@criugm.qc.ca.

NOTES

- 1 Il s'agit des bases de données bibliographiques MEDLINE (1948 - Octobre 2011) et EMBASE (1980 - Octobre 2011).
- 2 La liste de BEERS présente la liste de médicaments considérés comme inappropriés pour les personnes âgées. Un résumé de cette liste est disponible sous forme « pocketcard » à l'adresse suivante : <http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/PrintableBeersPocketCard.pdf>

RÉFÉRENCES

- Basu, R., Dodge, H., Stoehr, G.P., Ganqli, M. (2003). Sedative-hypnotic use of diphenhydramine in a rural, older adult, community based cohort: effects on cognition. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(2), 205-213.
- Bierman, E.J., Comijs, H.C., Gundy, C.M., Sonnenberg, C., Jonker, C., & Beekman, A.T. (2007). The effect of chronic benzodiazepine use on cognitive functioning in older persons: good, bad or indifferent? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1194-1200.
- Chen, L., Farrell, B., Ward, N., Russell, G., Eisener-Parsche, P., & Dore, N. (2010). Discontinuing benzodiazepine therapy: an inter-disciplinary approach at a geriatric day hospital. *Canadian Pharmacists Journal*, 143(6), 287-295.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Kunz, R., Vist, G.E., Falck-Ytter, Y., & Schünemann, H.J. (2008). What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMI*, 336(7651), 995-998.

Hanlon, J.T., Horner, R.D., Schmadler, K.E., Fillenbaum, G.G., Lewis, I.K., Wall, W.E.Jr, Landerman, L.R., Pieper, C.F., Blazer, D.G., & Cohen, H.J. (1998). Benzodiazepine use and cognitive function among community-dwelling elderly. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 64(6), 684-692.

Hanlon, J.T., Schmadler, K.E., Ruby, C.M., Weinberger, M. (2001). Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 200-209.

Hilmer, S.N., Mager, D.E., Simonsick, E.M., Cao, Y., Ling, S.M., Windham, B.G., et al. (2007). A drug burden index to define the functional burden of medications in older people. *Archives of Internal Medicine*, 167(8), 781-787.

Loke, Y.K., Price, D., & Herxheimer, A. Chapter 14: adverse effects. In: Higgins, J.P.T., Green, S. (eds), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011 [online]. Disponible à l'adresse : <http://www.cochrane-handbook.org> [?visionnée le 27 juin 2012].

Petersen, R.C., Roberts, R.O., Knopman, D.S., Boeve, B.E., Geda, Y.E., Ivnik, R.J., Smith, G.E., & Jack, C.R.Jr. (2009). Mild cognitive impairment: ten years later. *Archives of Neurology*, 66(12), 1447-1455.

Podewils, L.J., Lyketsos, C.G. (2002). Tricyclic antidepressants and cognitive decline. *Psychosomatics*, 43(1), 31-35.

Rancourt, C., Moisan, J., Baillargeon, L., Verreault, R., Laurin, D., Gregoire, J.P. (2004). Potentially inappropriate prescriptions for older patients in long-term care. *BMC Geriatrics* 4, 9.

Tannenbaum, C. (2012). Effect of age, education and health status on community dwelling older men's health concerns. *Ageing Male*, 15(2), 103-108.

Tannenbaum, C., Mayo, N., Ducharme, F. (2005). Older women's health priorities and perceptions of care delivery: results of the WOW health survey. *Canadian Medical Association Journal*, 173(2), 153-159.

Tannenbaum, C., Paquette, A., Hilmer, S., Holroyd-Leduc, J., Carnahan, R. (2012). A systematic review of amnestic and non-amnestic mild cognitive impairment induced by anticholinergic, antihistamine, GABAergic and opioid drugs. *Drugs Aging*, 29(8), 639-658.

Philippe Martin, en plus d'être candidat à la maîtrise en Sciences Pharmaceutiques à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, est également stagiaire à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Cara Tannenbaum, M. Sc., est médecin gériatre à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Elle est professeure agrégée, Faculté de médecine et Faculté de pharmacie, Université de Montréal. Elle est également titulaire de la Chaire pharmaceutique Michel-Saucier en santé et vieillissement et chercheure au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Nouvelle de dernière heure!

Nous sommes fières de souligner que madame **Louise Lévesque**, première titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, professeure émérite à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, a eu l'honneur de recevoir la nouvelle *Médaille du Jubilé de Diamant de la reine Elizabeth II*. Cette médaille commémorative a été créée pour souligner le 60^e anniversaire du règne de la reine Elizabeth II et, par la même occasion, permettre de reconnaître les contributions et réalisations de Canadiennes et de Canadiens.

Toutes nos félicitations à cette grande dame qui a marqué la recherche en sciences infirmières dans le domaine des soins aux personnes âgées.

<http://www.criugm.qc.ca/fr/chercheurs/directeurs/52-louise-levesque.html>

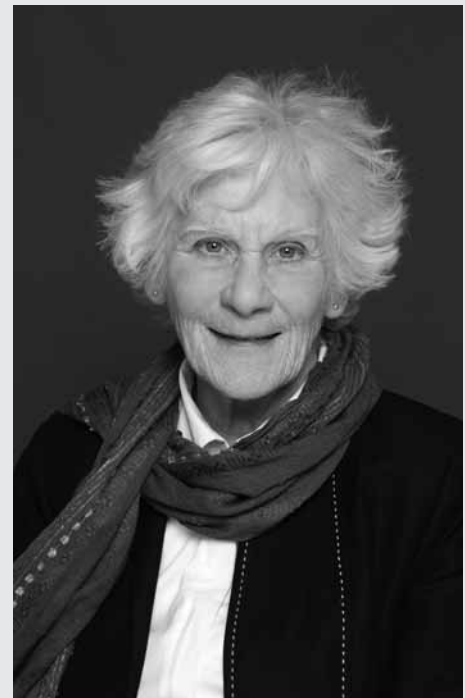
Pour plus d'information :

Diane Saulnier, inf. M Sc.

Coordonnatrice

Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille

Diane.saulnier@umontreal.ca



Trouble cognitif léger et symptômes neuropsychiatriques

Christine Ouellet, Ph.D., neuropsychologue

Si l'on en croit les projections démographiques actuelles, les troubles cognitifs pourraient représenter, d'ici quelques années, l'un des plus graves problèmes de santé publique. En effet, en raison de l'espérance de vie toujours croissante et de la cohorte importante de gens à l'aube du vieillissement, le nombre de personnes âgées progressera bientôt selon des proportions importantes. Puisque le vieillissement est le principal facteur de risque de troubles cognitifs, la prévalence de ce type d'affection, notamment sous forme de maladie neurodégénérative, s'en retrouvera augmentée de façon considérable. D'ailleurs, l'étude Raz-de-marée (2010), une étude commandée par la Société Alzheimer sur la prévalence canadienne des démences, met en lumière des chiffres inquiétants. Elle estime à 500 000 le nombre de canadiens atteints de démence, tout type confondu.

D'ici une génération, ce nombre progressera de façon notoire pour atteindre 1 100 000.

Cela entraînera inévitablement des coûts sociaux et économiques colossaux. Ces anticipations nous obligent donc à repenser rapidement les services de santé offerts à la clientèle âgée grandissante. Dans ce contexte, la prévention représente l'un des enjeux majeurs. En effet, sachant que certaines manifestations cognitives et psychologiques de la démence sont présentes des années avant le diagnostic, il devient impératif d'identifier le plus précocement possible les personnes à risque de développer des troubles cognitifs de type démentiel, et ce, dès les premiers symptômes. Le trouble cognitif léger (TCL) constitue l'une de ces fenêtres temporelles sur laquelle les efforts doivent être concentrés.

Les troubles cognitifs rencontrés au cours du vieillissement peuvent se présenter sous diverses formes, en fonction notamment de leur étiologie.

❖ *Concept de trouble cognitif léger*

Les troubles cognitifs rencontrés au cours du vieillissement peuvent se présenter sous diverses formes, en fonction notamment de leur étiologie. Ils affectent différentes parties du cerveau, où siègent des processus cognitifs tels la mémoire, les fonctions langagières, les capacités exécutives, pour ne nommer que ceux-ci. En fait, ces atteintes cérébrales entraînent des effets qui vont au-delà de la cognition. Elles peuvent toucher les émotions, la régulation des comportements, les mouvements, etc. Quant à l'intensité des dysfonctions cognitives, elle peut aller de légère à sévère, de sorte que, en conséquence, l'autonomie de la personne s'en retrouve altérée.

Le TCL englobe ces personnes vivant avec certaines difficultés cognitives, mais dont l'ampleur n'est pas assez importante pour entraver de façon significative leur fonctionnement au quotidien. Néanmoins, il s'agit d'un trouble relativement fréquent. Selon

les études, la prévalence de TCL dans la population vieillissante est estimée entre 15 % et 20 % (Blanchet, McCormick, Belleville, Gély-Nargeot, & Joannette, 2002). De plus, ces gens sont à plus haut risque de démence, d'où l'intérêt de les dépister très tôt.

Les critères de TCL les plus utilisés demeurent ceux de Petersen (Petersen et al., 1999; Petersen & Morris, 2005). Concrètement, les personnes avec TCL se plaignent d'une baisse de leur cognition par rapport au niveau antérieur, ce que les proches peuvent aussi observer. Ces plaintes sont corroborées de façon objective par des difficultés légères lors d'épreuves neuropsychologiques comparées à celles de groupes du même âge et de scolarité similaire. Par contre, il s'agit de gens qui peuvent continuer de mener une vie indépendante et vaquer

à la plupart de leurs occupations, avec de possibles perturbations pour des tâches plus complexes et inhabituelles.

Il existe quatre grands sous-types de TCL. D'abord, le TCL se divise en deux catégories sur la base de la présence ou non d'un problème de mémoire, ce qui donne lieu au TCL amnésique ou TCL non amnésique. À l'intérieur de ces deux groupes, on distingue les gens dont l'atteinte ne couvre qu'un seul champ cognitif (domaine unique) d'avec ceux dont l'atteinte implique plus d'un champ cognitif (domaine multiple). Les personnes avec TCL présentent donc une certaine hétérogénéité cognitive, selon le sous-type auquel elles appartiennent. Cette hétérogénéité est en partie redevable à des différences au niveau de l'étiologie. À titre d'exemple, le TCL amnésique représente le plus fréquemment un prodrome de maladie d'Alzheimer, puisque les troubles de mémoire y sont typiquement précoces. Par ailleurs, peu importe le processus neuropathologique sous-jacent, la caractéristique inhérente à tout type de TCL demeure un profil cognitif mitoyen entre celui d'une personne âgée normale et celui d'une personne aux prises avec une démence.

D'un point de vue pronostique, les gens avec TCL sont considérés comme un groupe particulièrement vulnérable, puisqu'ils sont plus susceptibles de développer une démence. En effet, le taux annuel de progression vers une démence chez ces individus est de 10 % à 15 % (Bowen et al., 1997; Petersen et al., 2001), alors qu'il se situe entre 1 % à 3 % chez les âgés normaux. Sur cinq ans, des études montrent qu'entre 40 % et 80 % des gens avec TCL présenteront une démence (Daly et al., 2000; Fisk, Merry, & Rockwood, 2003; Frisoni, Padovani, & Wahlund, 2004).

Cependant, le TCL ne constitue pas toujours un prodrome de démence, puisqu'un pourcentage de personnes atteintes conserve une cognition stable à travers les années, et parfois même une cognition améliorée (Visser, Kester, Jolles, & Verhey, 2006). Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que certains patients répondent aux critères de TCL en raison d'affections qui peuvent être réversibles, comme la dépression, l'abus de substance, les effets médicamenteux indésirables, les désordres métaboliques, etc.



TCL et symptômes neuropsychiatriques

Lorsque le vieillissement s'accompagne de troubles cognitifs, comme dans le TCL, on voit souvent des manifestations psychologiques diverses, appelées symptômes neuropsychiatriques (SNP), s'associer aux difficultés cognitives. Selon les études, la fréquence de ces symptômes chez la population des TCL varie entre 35 % et 85 % (Monastero, Mangialasche, Camarda, Ercolani, & Camarda, 2009).

Cette prévalence de SNP est beaucoup plus élevée que chez les personnes âgées sans trouble cognitif. Une étude montre que l'humeur dépressive, l'absence de motivation

et l'anxiété sont environ deux fois plus fréquentes chez les personnes avec TCL que chez la population âgée normale (Palmer et al., 2007). Les troubles de l'humeur sous forme de dépression, d'anxiété, d'irritabilité, d'apathie, ou encore d'agitation, sont les SNP les plus souvent rencontrés dans le TCL. Les délires, les hallucinations et l'euphorie sont possibles, mais plus rares (Apostolova & Cummings, 2008).



Liens entre SNP et troubles cognitifs

Diverses hypothèses existent afin d'expliquer la coexistence fréquente de SNP et les atteintes cognitives. D'une part, au plan psychosocial, plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'apparition de SNP chez les gens qui présentent des troubles cognitifs, notamment les déclencheurs et les événements environnementaux stressants, ou encore la prise de conscience par la personne de son déclin cognitif. D'autre part, au niveau biologique, la présence de pathologie cérébrale qui donne lieu aux troubles cognitifs pourrait également être à la base de problèmes de régulation de l'affect et des conduites.

Cependant, on ne connaît pas encore parfaitement les mécanismes qui relient les troubles cognitifs et les SNP, notamment le trouble dépressif qui est l'un des problèmes psychologiques le plus souvent associé. Geda et al. (2006) résumant quatre hypothèses avancées à cet égard dans la littérature. La première évoque un lien causal entre dépression et trouble cognitif, du fait que la dépression pourrait causer le TCL par son effet sur l'axe neuroendocrinien. En effet, la dépression, en induisant une augmentation

de corticostéroïdes, liés à certains dommages cérébraux, contribuerait à son tour au TCL.

Deuxièmement, la dépression pourrait être associée au déclin cognitif via un facteur de risque partagé, du type trauma crânien, qui augmenterait à la fois le risque de TCL et de dépression. Une troisième hypothèse stipule que les symptômes dépressifs pourraient constituer une manifestation précoce de trouble cognitif, la dépression à cause de son seuil abaissé faisant apparaître les premiers signes de démence. Finalement, selon une dernière hypothèse, la dépression mènerait au déclin cognitif seulement en présence de certains facteurs de risque comme le génotype APOE.

Ce manque de clarté quant aux liens étroits entre sphères cognitives et affectives se reflète également au plan clinique, où les troubles cognitifs et les symptômes psychologiques, telle la dépression, sont souvent confondus. En effet, le diagnostic différentiel peut être compliqué en raison du chevauchement entre les symptômes de la dépression et ceux inhérents aux désordres cognitifs. Par exemple, la perte d'initiative, le désintérêt, l'anxiété, les difficultés de concentration et les changements de sommeil s'observent à la fois dans la dépression et dans divers types de troubles cognitifs. Malheureusement, se méprendre quant à ces symptômes peut avoir des conséquences délétères. Cela peut mener à un sous-diagnostic de la dépression chez les gens avec troubles cognitifs, ce qui aura comme conséquence de retarder le traitement antidépresseur et de détériorer indûment la qualité de vie. Ou à l'inverse, un sur-diagnostic de dépression chez ces mêmes personnes peut entraîner des effets indésirables, reliés à la médication psychotrope, qui aurait pu être épargnés. L'élément central du diagnostic différentiel demeure donc l'évaluation clinique approfondie, incluant une collecte rigoureuse d'informations quant à l'histoire des symptômes (description, évolution, antécédents personnels et familiaux, etc.). L'examen détaillé de facteurs contributifs tels les éléments environnementaux stressants, les changements de médication, les paramètres physiques comme la fonction thyroïdienne, est également très important à faire.

La dépression à l'âge adulte pourrait être un facteur de risque de déclin cognitif plus tard dans la vie.

❖ ***SNP comme facteur de risque de déclin cognitif***

La prise en compte des SNP est essentielle chez les personnes âgées, que ces dernières présentent une cognition normale ou un début de trouble cognitif, et ce, à plusieurs niveaux. Notamment d'un angle pronostique, on reconnaît désormais que ce type de symptômes est associé à un risque accru de déclin cognitif. En effet, chez les aînés sans trouble cognitif, des symptômes tels que la dépression et l'anxiété sont des facteurs pouvant contribuer au développement d'un TCL. Ainsi, selon l'étude de Stepaniuk, Ritchie, et Tuokko (2008), la perte d'intérêt et la dépression sont des symptômes prédictifs importants de TCL sur des suivis de quelques années. L'étude de Geda et al. (2006) arrive à des conclusions similaires. Les personnes âgées avec dépression tardive présentent un risque de TCL 4,5 fois plus élevé que les âgés sans dépression. De plus, les personnes âgées avec un historique de dépression à l'âge adulte ont également un risque de TCL 2,9 supérieur, laissant sous-entendre que la dépression à l'âge adulte pourrait être un facteur de risque de déclin cognitif plus tard dans la vie.

Chez les aînés déjà affectés d'un TCL, les études rapportent un risque accru de progression vers une démence en présence de SNP. En fait, plusieurs études ont démontré que les symptômes dépressifs constituent un facteur de risque de démence de type Alzheimer (Speck et al., 1995; Devanand et al., 1996; Copeland et al., 2003). Au niveau de l'anxiété, une étude montre que le taux de progression vers la démence chez les sujets souffrant de TCL et de symptômes anxieux est deux fois plus important sur trois ans que chez les gens avec TCL sans symptômes anxieux, soit de l'ordre de 83,3 % contre 40,9 % (Palmer et al., 2007).

Par ailleurs, certaines recherches nuancent ces conclusions, en soulignant que la probabilité de progression vers une démence serait fonction de la sévérité des SNP. Par exemple, le taux de conversion vers une démence est de 13,3 % pour les sujets avec symptômes dépressifs légers, contre 19,7 % pour ceux qui souffrent de symptômes modérés à sévères (Barnes, Alexopoulos, Lopez, Williamson, & Yaffe,

2006). Il est à noter que ces individus avec TCL et symptômes dépressifs qui progressent ultimement vers une démence ont une moins bonne réponse au traitement antidépresseur (Modrego & Ferrandez, 2004). Enfin, des auteurs ont constaté que certaines caractéristiques spécifiques de la dépression apparaissent liées à l'évolution future des troubles cognitifs. Notamment, selon Berger, Fratiglioni, Forsell, Winblad, et Bäckman (1999), la dépression de type amotivationnel, caractérisée de façon prédominante par une perte d'intérêt et d'énergie, de changements psychomoteurs et de troubles de concentration, est davantage associée à une probabilité de démence comparativement à une dépression où il existe une prépondérance de symptômes d'humeur (dysphorie, sentiment de culpabilité, idées suicidaires).

Depuis les dernières décennies, les scientifiques ont commencé à s'intéresser à une forme d'intervention fort prometteuse chez les TCL: l'entraînement cognitif.

Stratégies d'interventions dans le TCL

Nous savons donc que le TCL, en plus d'impliquer un déclin cognitif, est souvent compliqué par la présence de SNP, qui sont à leur tour reliés à un risque encore plus élevé d'évolution vers une démence. Malheureusement, trop souvent, ces premiers signes de déclin cognitif et ces premières manifestations psychologiques sont passées sous silence et ne sont reconnus qu'au moment où ils deviennent plus marqués.

Cependant, le fait de dépister plus rapidement les personnes âgées à risque élevé de démence porterait des avantages certains. Ainsi, les différentes options thérapeutiques, lorsqu'appliquées plus tôt, permettent souvent d'escompter de meilleurs résultats. Par conséquent, le développement d'interventions visant spécifiquement la population des TCL représente une avenue de choix. Non seulement ces interventions précoces permettraient aux gens de compenser plus rapidement les impacts dévastateurs de leurs troubles cognitifs, mais aussi au niveau sociétal, des interventions de type préventif contribueraient à la réduction des coûts importants associés à la prise en charge des démences.

Depuis les dernières décennies, les scientifiques ont commencé à s'intéresser à une forme d'intervention

fort prometteuse chez les TCL: l'entraînement cognitif. Les chercheurs partent ainsi de la prémisse selon laquelle les personnes avec TCL possèdent encore des ressources cognitives leur permettant d'apprendre et d'intégrer de nouvelles stratégies pour pallier à leurs difficultés. Différents programmes d'entraînement cognitif furent donc développés, à l'intérieur desquels des stratégies cognitives, le plus souvent mnésiques, sont enseignées aux personnes avec TCL. Cet apprentissage s'effectue la plupart du temps en petits groupes

homogènes. Les stratégies de mémoire enseignées peuvent reposer sur l'imagerie mentale, c'est-à-dire associer une image mentale à l'information que l'on désire retenir, ou sur des techniques d'élaboration verbale, comme apprendre à mieux organiser et à catégoriser le matériel à mémoriser. Lorsqu'elles sont bien intégrées, ces stratégies s'appliquent facilement dans une variété de situations de la vie quotidienne.

Jusqu'à présent, les études réalisées dans ce domaine laissent entrevoir des résultats positifs de l'entraînement cognitif chez les gens avec TCL. En effet, une recension des écrits montre que les programmes cognitifs engendrent des améliorations sur 44 % des mesures objectives de mémoire (Jean, Bergeron, Thivierge, & Simard, 2010).

Cependant, puisque l'on sait que symptômes cognitifs et affectifs sont intimement reliés, il importe d'étudier les impacts potentiels des programmes d'entraînement cognitif sur des mesures psychologiques et psychosociales plus larges, comme le bien-être, l'estime de soi, la satisfaction de vie, le niveau d'activation, les interactions sociales, l'humeur, etc. Les quelques études qui s'y sont penchées montrent des résultats préliminaires intéressants. En effet, suite aux différents programmes d'entraînement cognitif étudiés, on rapporte des améliorations significatives sur 49 % des mesures de qualité de vie, d'humeur et d'aspects subjectifs de la mémoire (Jean, Bergeron, Thivierge, & Simard, 2010).

Ces programmes qui produisent de tels bénéfices sont souvent de type multifactoriel en incluant, en plus de l'entraînement cognitif, d'autres types d'interventions, notamment la psychoéducation, la

relaxation, la psychothérapie, la rééducation physique, etc.

Ainsi, à titre d'exemple, lorsque de la psychoéducation sur la mémoire, le vieillissement et le stress, est jumelée à de l'entraînement mnésique, les participants avec TCL améliorent non seulement leur mémoire, mais ils présentent moins de plaintes mnésiques, un meilleur sentiment de bien-être général (Belleville et al., 2006), une qualité de vie améliorée et des performances occupationnelles accrues dans les activités domestiques, productives et de loisirs (Londos et al., 2008). En ajoutant au programme cognitif et à la psychoéducation un volet psychologique, notamment de la relaxation et de la restructuration cognitive relative à la mémoire, les sujets avec TCL en viennent à évaluer leur mémoire plus positivement et ressentent davantage de contrôle sur cette dernière (Rapp, Brenes, & Marsh, 2002). D'autres interventions psychologiques, comme l'entraînement à l'affirmation de soi, la relaxation et la gestion du stress, engendrent aussi des résultats positifs sur l'humeur et les performances dans les activités quotidiennes (Kurz, Pohl, Ramsenthaler, & Sorg, 2009). Même lorsque l'entraînement cognitif se fait à l'ordinateur, s'il est couplé à des interventions psychosociales telles les thérapies comportementales et occupationnelles, les participants avec TCL voient leurs symptômes anxiodépressifs diminuer (Talassi et al., 2007).



Discussion

En somme, un nombre accru de gens risquent de présenter, en cours de vieillissement, un TCL qui les rend vulnérables eu égard à la démence. Lorsque s'ajoutent à ce TCL des SNP tels que des éléments dépressifs, anxieux ou comportementaux, la probabilité de progression vers la démence s'en retrouve augmentée. Or, bien que ces symptômes soient extrêmement fréquents chez les TCL, peu de travaux s'y sont intéressés à ce jour. En réalité, la coexistence de troubles cognitifs et de SNP sous-tend des interactions complexes encore méconnues entre les sphères biologiques, affectives et cognitives.

Pourtant, la prise en compte des aspects à la fois cognitifs et psychoaffectifs demeure indissociable. Conséquemment, au ni-veau de l'évaluation, un examen spécifique des symptômes psychologiques est essentiel chez les patients pour qui on suspecte un TCL, notamment pour prévoir un traitement approprié. À l'inverse, un nouveau trouble anxieux ou dépressif apparaissant à l'âge avancé devrait éveiller la possibilité d'un début de trouble cognitif et donner lieu éventuellement à une investigation plus poussée de la cognition. De plus, au plan du traitement, si l'on souhaite agir de façon globale auprès des gens avec TCL, il apparaît primordial d'élaborer

Il apparaît primordial d'élaborer des services de prévention qui prennent en compte non seulement les troubles cognitifs, mais aussi leur spécificité au niveau de la santé mentale.

des services de prévention qui prennent en compte non seulement leurs troubles cognitifs, mais aussi leur spécificité au niveau de la santé mentale. Parmi les approches jusqu'ici élaborées, des interventions cognitives de type multifactoriel, incluant l'en-

traînement cognitif ainsi que des approches psychologiques et psycho-éducatives, semblent entraîner des effets positifs non seulement sur des mesures objectives et subjectives de mémoire, mais aussi sur des variables psychiques et sociales. Ce mode d'intervention, où cohabitent différentes approches, doit donc être implanté à plus grande échelle. D'un point de vue pratique, ces interventions sont relativement simples à appliquer par les cliniciens spécialisés et peuvent aisément s'intégrer dans les services existants de plusieurs types d'établissements : centres hospitaliers, centres de jour, cliniques externes, centres de la mémoire, centres communautaires, résidences, cliniques privées, etc. D'un point de vue clinique, associer diverses composantes psychosociales aux programmes cognitifs permettra d'espérer des bénéfices synergiques des traitements, et donc des gains plus étendus, sur l'estime personnelle, la confiance en soi, l'autonomie, le niveau d'inquiétudes, la présence d'affects dépressifs, etc. Enfin, ce type de prise en charge répond tout à fait au besoin des aînés qui optent de façon croissante pour des formes non pharmacologiques de traitement (Jorm et al., 1997).

REMERCIEMENTS

Cet article a été supporté par une bourse de la Fondation de l'hôpital Louis-H. Lafontaine et du Centre de recherche Fernand-Séguin affilié.

RÉFÉRENCES

- 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, 115-126.
- Barnes, D.E., Alexopoulos, G.S., Lopez, O.L., Williamson, J.D., & Yaffe, K. (2006). Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: findings from the cardiovascular health study. *Archives of General Psychiatry*, 63, 273-280.
- Belleville, S., Gilbert, B., Fontaine, E., Gagnon, L., Ménard, É., & Gauthier, S. (2006). Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 486-499.
- Berger, A.K., Fratiglioni, L., Forsell, Y., Winblad, B., & Bäckman, L. (1999). The occurrence of depressive symptoms in the preclinical phase of AD: a population-based study. *Neurology*, 53, 1998-2002.
- Blanchet, S., McCormick, L., Belleville, S., Gély-Nargeot, M.C., & Joannette, Y. (2002). Mild cognitive impairments in the elderly: a critical review. *Revue Neurologique*, 158(1), 29-39.
- Bowen, J., Teri, L., Kukull, W., McCormick, W., McCurry, S.M., & Larson, E.B. (1997). Progression to dementia in patients with isolated memory loss. *Lancet*, 349, 763-765.
- Copeland, M.P., Daly, E., Hines, V., Mastromauro, C., Zaitchik, D., Gunther, J., & Albert, M. (2003). Psychiatric symptomatology and prodromal Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 17(1), 1-8.
- Daly, E., Zaitchik, D., Copeland, M., Schmahmann, J., Gunther, J., & Albert, M. (2000). Predicting conversion to Alzheimer disease using standardized clinical information. *Archives of Neurology*, 57, 675-680.
- Devanand, D.P., Sano, M., Tang, M.X., Taylor, S., Gurland, B.J., Wilder, D., Stern, Y., & Mayeux, R. (1996). Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community. *Archives of General Psychiatry*, 53(2), 175-182.
- Étude Raz-de-marée : impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada (2010). www.alzheimer.ca.
- Fisk, J.D., Merry, H.R., & Rockwood, K. (2003). Variations in case definition affect prevalence but not outcomes of mild cognitive impairment. *Neurology*, 61, 1179-1184.
- Frisoni, G.B., Padovani, A., & Wahlund, L.O. (2004). The prodementia diagnosis of Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 18, 51-53.
- Geda, Y.E., Knopman, D.S., Mrazek, D.A., Jicha, G.A., Smith, G.E., Negash, S., Boeve, B.F., Ivnik, R.J., Petersen, R.C., Pankratz, V.S., & Rocca, W.A. (2006). Depression, apolipoprotein E genotype, and the incidence of mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 63, 435-440.
- Jean, L., Bergeron, M.-È., Thivierge, S., & Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment : systematic review of the literature. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 281-296.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental Health Literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Kurz, A., Pohl, C., Ramsenthaler, M., & Sorg, C. (2009). Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 163-168.
- Londos, E., Boschian, K., Lindén, A., Persson, C., Minthon, L., & Lexell, J. (2008). Effects of a goal-oriented rehabilitation program in mild cognitive impairment: a pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23, 177-183.
- Modrego, P.J., & Ferrandez, J. (2004). Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of Alzheimer type: a prospective cohort study. *Archives of Neurology*, 61, 1290-1293.
- Monastero, R., Mangialasche, E., Camarda, C., Ercolani, S., & Camarda, R. (2009). A systematic review of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's Disease*, 18(1), 11-30.
- Palmer, K., Berger, A.K., Monastero, R., Winblad, B., Bäckman, L., & Fratiglioni, L. (2007). Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology*, 68, 1596-1602.
- Petersen, R.C., & Morris, J.C. (2005). Mild cognitive impairment as a clinical entity and treatment target. *Archives of Neurology*, 62(7), 1160-1163.
- Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., Ivnik, R.J., Tangalos, E.G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56, 303-308.
- Petersen, R.C., Stevens, J.C., Ganguli, M., Tangalos, E.G., Cummings, J.L., & DeKosky, S.T. (2001). Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56, 1133-1142.
- Rapp, S., Brenes, G., & Marsh, A.P. (2002). Memory enhancement training for older adults with mild cognitive impairment: a preliminary study. *Aging & Mental Health*, 6(1), 5-11.
- Speck, C.E., Kukull, W.A., Brenner, D.E., Bowen, J.D., McCormick, W.C., Teri, L., Pfanschmidt, M.L., Thompson, J.D., & Larson, E.B. (1995). History of depression as a risk factor for Alzheimer's disease. *Epidemiology*, 6(4), 366-369.
- Stepaniuk, J., Ritchie, L.J., & Tuokko, H. (2008). Neuropsychiatric impairments as predictors of mild cognitive impairment, dementia, and Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23(4), 326-333.
- Talassi, E., Guerreschi, M., Feriani, M., Fedi, V., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. (2007). Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia (MD) and mild cognitive impairment (MCI): a case control study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(suppl. 1), 391-399.
- Visser, P.J., Kester, A., Jolles, J., & Verhey, F. (2006). Ten-year risk of dementia in subjects with mild cognitive impairment. *Neurology*, 67(7), 1201-1207.

Christine Ouellet est neuropsychologue dans le programme de gériopsychiatrie de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Courriel : christineouellet.hlhl@ssss.gouv.qc.ca.

L'Institut universitaire en santé mentale, nouvelle appellation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, est un Centre hospitalier affilié à l'Université de Montréal. L'hôpital a une vocation clinique et offre des soins et services spécialisés et surspécialisés en santé mentale. Par ailleurs, en tant que Centre hospitalier d'enseignement, l'hôpital remplit également des mandats de recherche, d'évaluation des modes d'intervention, de formation aux futurs intervenants et de diffusion du savoir.

Réorganiser les soins en milieux d'hébergement tout en développant les compétences et en attribuant les bonnes activités de soins à la bonne catégorie d'intervenants

Philippe Voyer, Nancy Cyr, Agnès Gaudreault et Chantal Viens

La plupart des centres d'hébergement au Québec vivent de la turbulence organisationnelle. Les directions des centres de santé et des services sociaux (CSSS) font face à plusieurs défis et essaient de trouver la meilleure façon de rendre des services de qualité aux résidents. Cet objectif s'inscrit dans un contexte très complexe de variables qui doivent être évaluées afin de prendre les meilleures décisions et tenir compte des meilleures stratégies. Parmi ces variables, la pénurie d'infirmières, la difficulté de recruter et de fidéliser le personnel soignant, la qualité des soins, l'utilisation judicieuse des compétences (selon la Loi 90) et enfin, l'obligation d'appuyer les pratiques sur des données probantes, sont les plus importantes. Par conséquent, une réorganisation des soins est nécessaire pour répondre aux besoins.

Cet article décrit le projet mené par le Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSS-VC) et les résultats obtenus. La première partie présente les variables qui ont éclairé les décisions prises par les gestionnaires dans la réalisation de ce projet. La deuxième, décrit la réorganisation des éléments formatifs et organisationnels. Enfin, la dernière partie fait état des résultats après cinq ans d'implantation.



Variables à la base du projet

La pénurie d'infirmières

Il existe dans les centres hospitaliers une pénurie très importante d'infirmières (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2003). Elle est créée, en partie, par une multiplication de tâches qu'elles accomplissent actuellement et qui pourraient être effectuées par d'autres intervenants. Ainsi, prendre les signes vitaux, donner un bain, faire des photocopies,

prendre un rendez-vous pour un résident chez son médecin spécialiste ou commander des fournitures médicales pourraient être des activités déléguées et effectuées par des infirmières auxiliaires, des préposées aux bénéficiaires, des secrétaires ou des commis. Cette situation vient accentuer le manque d'effectifs en soins infirmiers. Dans ce contexte, une des priorités devient donc de recentrer les activités de l'infirmière à l'intérieur de son champ d'exercices spécifique et reliée aux activités réservées par la Loi 90.

Les difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel soignant

Une autre variable s'inscrit dans la difficulté de recruter et de fidéliser le personnel. La pénurie d'infirmières a pour effet de permettre une grande liberté dans le choix et le lieu du travail, ce qui est particulièrement apprécié de la nouvelle génération d'infirmières. Évidemment, la solution facile d'augmenter les salaires est impossible et non réalisable, car le système de santé est financé par les fonds publics et les conventions collectives balisent ces aspects. Pour gérer cette situation, il faut donc s'inspirer des meilleures pratiques en matière de recrutement et de rétention. Il semble que l'approche des « *Magnet Hospital* » contienne des stratégies fort intéressantes, entre autres de s'assurer que le personnel effectue des activités cliniques qui correspondent à son champ de compétences et aux standards de pratique (Laschinger, Almost, & Tuer-Hode, 2003).

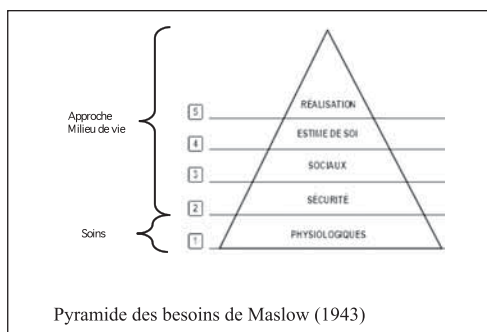
Ce simple constat prend tout son sens lorsque de nouvelles infirmières quittent le secteur de l'hébergement en déclarant qu'elles ne peuvent jouer leur rôle d'infirmières. Elles ont été formées pour éviter les chutes, contrôler l'utilisation des contentions physiques, donner des soins de fin de vie,

effectuer la surveillance de la pharmacothérapie, traiter les comportements perturbateurs, soulager la douleur, etc. Pourtant, dans leur quotidien, on leur demande d'effectuer toutes autres tâches que celles qui leur sont réservées. Il y a un écart entre leur préparation académique, la profession souhaitée et les tâches quotidiennes. Il faut donc assurer une cohérence entre les activités cliniques effectuées par les divers soignants et leurs qualifications académiques.

La qualité des soins

La dernière décennie a permis à l'approche milieu de vie d'humaniser les soins dans les centres hospitaliers. Personne n'en conteste la pertinence. Toutefois, durant cette même période, un alourdissement des besoins de santé de la clientèle a été noté. De même, plusieurs études québécoises ont rapporté des déficiences importantes dans la qualité des soins (Landreville, 1998; Lee et al, 2007). Ces résultats de recherche ont aussi été corroborés lors des visites ministérielles (OIIQ, 2000, 2004) portant sur la qualité des soins en institution et ont rapporté des constats assez troublants sur certains aspects de la qualité des soins. Désormais, il faudrait parler davantage d'un milieu de vie et d'un milieu de soins, les deux étant indissociables. Tel que le stipule la pyramide de Maslow (1943), (figure 1), il faut assurer un minimum de confort physiologique si on souhaite que le résident retire les bénéfices de l'approche milieu de vie. Comment peut-il profiter de la zoothérapie si l'infirmière n'a pas le temps de détecter, de surveiller ou de traiter avec l'équipe médicale son insomnie, sa douleur, sa déshydratation, son delirium, sa dénutrition, sa dépression, les effets indésirables des médicaments, etc.?

Figure 1 : Synergie entre les soins et l'approche milieu de vie



Entrée en vigueur de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives (Loi 90)

La loi sur les infirmières et infirmiers du Québec, communément appelée « Loi 90 », entrée en vigueur en 2003, a changé profondément le rôle des infirmières (Mercier, Thibault, & Anjou, 2003; OIIQ, 2003). Elles ont de nouvelles activités réservées; leurs niveaux de responsabilité et d'imputabilité en sont grandement accrus. Dans ces circonstances, il a donc fallu ajuster leurs compétences. Elles sont des professionnelles de la santé qui doivent évaluer l'état de santé d'un résident et déterminer au Plan thérapeutique infirmier (PTI) les paramètres individuels à surveiller pour chaque résident. Elles analysent, font des constats, prennent des décisions cliniques et rédigent des notes évolutives directement reliées aux directives infirmières. L'aspect le plus significatif de cette loi est donc la capacité des infirmières d'évaluer et d'effectuer un bon examen

clinique, ce dernier étant au carrefour de toutes ses activités réservées. En somme, la Loi 90 a donné aux infirmières toute l'autonomie qu'elles ont toujours

souhaité obtenir. Il faut les former pour qu'elles puissent l'assumer pleinement sur le plan clinique.

Regroupement infirmière / résidents : ratio idéal en CH

L'une des préoccupations des gestionnaires est de s'assurer que l'équipe soignante puisse répondre aux besoins multiples et complexes des résidents. Or, très rapidement dans l'étude, il est apparu qu'un ratio type idéal ne pouvait être établi pour tous les centres hospitaliers du CSSS-VC. La littérature scientifique appuie d'ailleurs cette vision et démontre que plus il y a de soignants en nombre, plus la qualité des soins est optimale (Harrington, 2000; Schnelle, 2004). De même, il y a un minimum d'infirmières requis pour chaque unité pour obtenir une bonne qualité de soins, car elles ne peuvent être remplacées par des infirmières auxiliaires (Bliesmer et al., 2000; Decker, 2008).

Il y a donc un ratio d'équipe à obtenir pour chaque unité afin de répondre aux besoins des résidents. D'ailleurs, une étude longitudinale récente met en évidence que la composition idéale d'une équipe

pour assurer la meilleure qualité des soins doit inclure des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires (Kim, Harrington, & Greene, 2008). En effet, les autres formes d'équipes ne donneraient pas d'aussi bons résultats. Donner des soins de qualité repose donc sur une équipe qui détient des compétences complémentaires. À titre d'exemple, si un CSSS n'engageait que des gériatres pour donner tous les soins, pourrait-on croire que la qualité serait supérieure? À l'inverse, il serait tout à fait faux de prétendre que les institutions de soins, n'ont besoin que de préposés aux bénéficiaires pour répondre aux besoins des résidents. Cette vision occulte tous les besoins plus complexes de ces derniers.

En effet, il n'y a pas un ratio idéal. Il faut prendre une décision éclairée, adaptée à chaque milieu et faire ressortir les données probantes qui prouvent que les milieux de soins ont besoin de l'interdépendance et de la somme des compétences respectives des professionnels pour un résultat optimal.

Pour expliquer cette affirmation, prenons l'exemple suivant : les gestionnaires d'un milieu de soins ont regroupé dans une même unité tous les résidents sans déficit cognitif, et dans une autre unité, tous ceux atteints d'une démence et présentant des comportements perturbateurs. Cette décision est optimale sur le plan clinique car elle permet aux équipes soignantes de développer leur compétence avec les problématiques principales des résidents et d'ajuster le nombre de soignants selon les besoins. Or, si un gestionnaire voulait établir le ratio idéal pour tout son centre, il ferait assurément une erreur car ces deux unités ne sont pas comparables. Des experts américains croient que la meilleure façon de composer les équipes soignantes pour donner les meilleurs soins doit d'abord et avant tout s'appuyer sur l'opinion d'experts cliniques dans le domaine (Harrington, 2000).

Pour conclure, c'est en tenant compte de toutes ces considérations que fut initié le projet de réorganisation du travail dans les centre de soins du CSSS-VC. Il se divisait en deux étapes. D'abord, développer les compétences des infirmières afin de s'ajuster à la Loi 90 et ainsi augmenter la probabilité de prodiguer des soins de bonne qualité. Puis, revoir l'organisation

du travail afin d'assurer une pertinence dans les tâches effectuées par chacun des soignants, et ce, avec une préoccupation particulière pour les infirmières afin d'accroître le niveau d'attraction et de fidélisation du personnel soignant.

❖
***Programme de réorganisation
implanté au CSSS-VC***

La transformation apportée au CSSS-VC a mis l'emphase sur le rôle et les responsabilités des infirmières en matière d'évaluation, de suivi et de surveillance clinique. En suivant certains principes, il fallait donc les accompagner dans le développement de leurs compétences dans ce domaine, vérifier le temps requis et clarifier leurs tâches.

❖
Les compétences infirmières

Le programme de développement des compétences incluait une formation théorique suivie d'un coaching clinique auprès des résidents dans chacun des milieux. La trame de fond du contenu de la formation était le nouveau champ d'exercices de l'infirmière selon la Loi 90. Les grands principes de l'examen clinique ont d'abord été présentés et, par la suite, les différents systèmes furent abordés progressivement, un système à la fois (pulmonaire, cardiaque, abdominal, etc.). L'ensemble du projet était orchestré et suivi par la direction des soins infirmiers en partenariat avec la direction de l'hébergement.

❖
Le temps infirmier

Les nouvelles responsabilités assumées par les infirmières exigent de créer du « temps » dans leur quotidien. En effet, il est fondamental de donner l'espace nécessaire à l'agenda de travail de l'infirmière pour lui permettre d'actualiser son rôle de soignant dans ses tâches régulières. C'est ainsi qu'en parallèle avec le développement des compétences, un travail a été initié étroitement avec les gestionnaires afin d'éliminer bon nombre de contraintes à l'exercice infirmier.



Clarification des tâches des infirmières

La révision et la clarification des tâches des infirmières ont été réalisées par une équipe composée du coordonnateur du centre, des chefs d'unité, du représentant syndical et de la conseillère clinicienne en soins infirmiers. Des rencontres d'une heure par semaine étaient nécessaires afin d'opérationnaliser les changements. Les membres de l'équipe devaient faire preuve d'ouverture, de *leadership* mobilisateur, de créativité et de détermination à revoir les façons de faire. Dès le départ, l'équipe était d'accord pour ne pas accepter les commentaires suivants : « On a déjà essayé... », « Il faut plus de monde... », « C'est impossible de faire différemment... », « Il n'y a pas assez d'argent... ». Nous les invitons à être critiques.

L'équipe de travail a révisé l'organisation des multiples tâches selon une suite logique. La première étape consistait à prendre conscience de la réalité du travail des infirmières¹. Ainsi, nous avons pris le temps d'analyser : « Qui fait quoi? » et « Pourquoi? ». Il s'agit d'une étape importante puisqu'elle a permis de valider le fonctionnement dans les unités. La démarche a débuté par des rencontres individuelles d'environ 25 minutes avec des infirmières pour éclaircir deux questions : « Quelles sont les tâches typiques de votre quart de travail? », « Parmi ces tâches, lesquelles, selon vous, ne font pas partie des tâches réservées aux infirmières? ». Habituellement, avec ce court sondage, l'équipe pouvait identifier au moins 20 contraintes à l'exercice infirmier avec lesquelles les infirmières devaient travailler. Une fois les tâches établies, il fallait déterminer de quelle manière elles pouvaient être changées. Pour réussir ce processus, certains principes devaient être respectés (encadré 1).

Encadré 1 : Principes recommandés pour éliminer les contraintes

- Travailler une contrainte à la fois.
- Choisir une contrainte sur laquelle les soins infirmiers ont un pouvoir réel de résolution de problèmes.
- Trouver les solutions sur la forme d'une activité de « brainstorming » car toutes les idées sont bonnes pour éliminer une contrainte!
- Engager tous les membres de l'équipe dans le processus de résolution de problèmes.
- Partager la responsabilité d'éliminer la contrainte entre les membres de l'équipe.
- Éliminer complètement la contrainte avant d'en aborder une nouvelle.
- Nommer des porteurs de dossiers, avoir un agenda et des échéances.

En respectant ces étapes, plusieurs contraintes à l'exercice infirmier ont été éliminées. Ainsi, les infirmières étaient les seules à gérer l'armoire des narcotiques. Cette situation représentait un problème majeur au changement de quart de travail du matin, alors que l'infirmière de nuit devait assumer le décompte de plusieurs armoires de narcotiques tout en transmettant les rapports interservices. Il était inacceptable que l'infirmière de nuit ne puisse transmettre son rapport dans un contexte favorable. Il fut alors décidé de transférer cette activité aux infirmières auxiliaires car, à ce temps précis de leur quart de travail, elles avaient la disponibilité pour le faire.

Un deuxième exemple se rapporte au processus de prise de rendez-vous avec des services externes : cardiologue, optométriste, dentiste, examen radiologique. Le volume de demandes était tellement important que les infirmières passaient en moyenne 25 minutes par jour à cette activité. Ce processus fut revu et ce rôle fut confié à la réceptionniste du centre d'hébergement.

Autre exemple pertinent : les infirmières étaient les seules autorisées à remplir le formulaire de réquisition pour les réparations de matériel. Cette fonction fut révisée et c'est maintenant le personnel d'entretien qui remplit les formulaires pour la réparation.

La philosophie était qu'il n'y avait pas de gain de temps inutile. Toutes les minutes gagnées en temps infirmier étaient importantes et devaient se traduire, par la suite, par un accroissement d'interventions auprès des résidents. Il n'existe pas de méthode magique; il fallait redresser la situation et traiter une contrainte à la fois.

❖ *Résultats du programme*

La méthodologie utilisée pour évaluer les résultats du projet fut de comparer la situation existante au début du projet en 2004 avec celle de 2009. En 2004, les infirmières devaient établir le pourcentage de leur temps consacré aux différentes activités cliniques. Plus de cent infirmières ont validé les pourcentages obtenus. En 2009, la stratégie fut différente afin d'éviter le biais de désirabilité sociale, et ainsi modifier les réponses afin d'encourager les efforts des gestionnaires. La stratégie fut de recourir à une observatrice qui n'avait pas participé au projet et qui n'était pas une employée de l'organisation. Durant 23 jours, répartis sur 12 semaines, elle devait accompagner une infirmière toute la journée et noter toutes les tâches qu'elle exécutait ainsi que leur durée.

La formation des infirmières

La formation des infirmières est importante et détermine leur niveau de compétence. Les résultats démontrent que les infirmières qui ont reçu la formation sur l'examen clinique réalisent un plus grand nombre d'activités durant la période d'observation que celles qui ne l'ont pas reçue ($p < 0.001$). De même, elles font davantage preuve de leadership clinique lors de l'arrivée du nouveau personnel ($p < 0.01$) ou lorsqu'il manque du personnel à l'unité ($p < 0.001$).

Impact sur le temps infirmier

La comparaison entre le temps infirmier avant et après l'implantation du programme est significative.

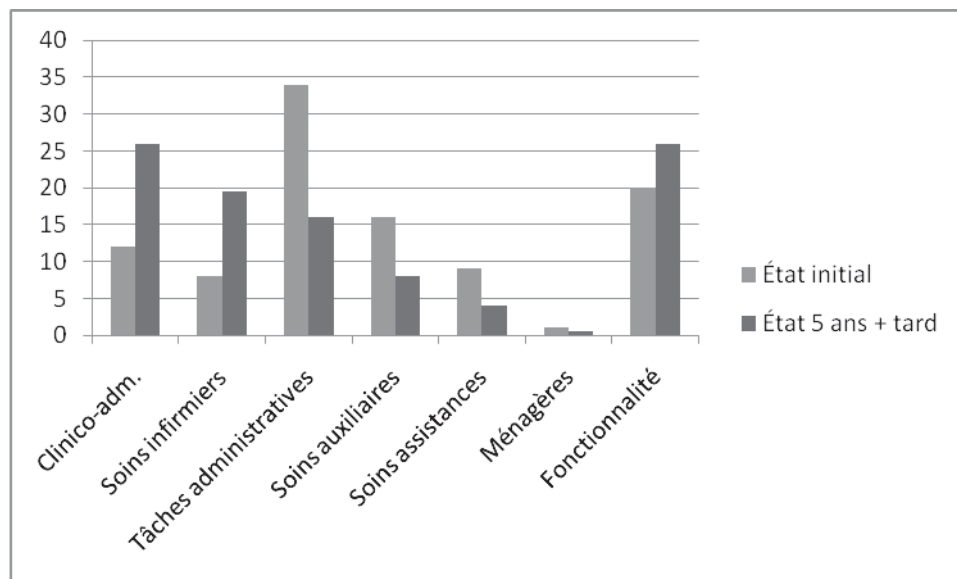
Les activités qui sont au cœur de la profession infirmière sur le plan clinico-administratif sont passées de 12 % à 26 %, la plus fréquente étant celle d'échanger avec un membre du personnel soignant (8 %). Le temps consacré aux soins infirmiers est passé de 8 % à 19,5 %, la tâche la plus souvent réitérée étant la surveillance clinique des médicaments (près de 7 %). Concernant les tâches administratives pouvant être exécutées par une autre personne, elles sont passées de 34 % à 16 % du temps quotidien des infirmières. On a même relevé une demande de nature cléricale (secrétariat) de près de 3 % qui a été déléguée aux secrétaires.

Le temps que les infirmières consacraient à des activités pouvant être réalisées par une infirmière auxiliaire est passé de 16 % à 8 %; la tâche la plus fréquente dans cette catégorie est la préparation et la distribution de médicaments (6 %). De même, les activités qu'elles assumaient toujours mais pouvant être effectuées par un préposé aux bénéficiaires sont passées de 9 % à 4 %, la plus fréquente étant celle liée à l'alimentation d'un résident avec plus de 2 %. Les obligations de nature ménagère sont maintenant de 0,5 % alors qu'elles étaient de 1 % il y a cinq ans. Enfin, les activités de fonctionnalités sont passées de 20 % à 26 %.

Parole aux infirmières

Même si la théorie des petits pas était privilégiée, tous ces changements bouleversaient le quotidien de plusieurs infirmières. Pour certaines, le défi se révélait être plus grand à relever que pour d'autres. Néanmoins, elles notent actuellement que ces

Figure 2 : *Résultats avant et après le programme*



changements sont positifs pour de multiples raisons. C'est le cas, entre autres, d'une infirmière œuvrant sur le quart de travail de soir. Son quotidien, avant la transformation, s'apparentait particulièrement à celui de l'infirmière auxiliaire avec qui elle partageait la tâche de l'administration de la médication et des mises aux lits.

Les changements organisationnels apportés l'ont libérée de plusieurs tâches cliniques pouvant être faites par l'infirmière auxiliaire. Les soins d'assistance sont également disparus de son plan de travail. Elle a avoué avoir cherché pendant plusieurs semaines la valeur ajoutée à toute cette réorganisation. Elle dit même avoir perdu le sens de son travail. Quelques mois plus tard, alors qu'une résidente nouvellement admise vivait un épisode d'hypoglycémie majeur, requérant une surveillance clinique importante, elle a remercié d'être libérée de la distribution des médicaments puisqu'elle avait été en mesure d'exercer un suivi infirmier serré de la situation clinique, évitant même un transfert à l'hôpital. Elle dit avoir alors compris l'essence de ces transformations.

Dans le même ordre d'idée, une autre infirmière travaillant sur le quart de travail de jour rapporte avoir vécu une situation où un résident souffrant d'insuffisance cardiaque était dyspnéique depuis près de 24 heures. Selon l'infirmière de nuit, il fallait le surveiller de près car un transfert vers l'urgence serait probablement nécessaire dans la journée. L'infirmière de jour s'est rendue au chevet du résident pour évaluer son état de santé. Elle a alors décelé des crépitations aux bases pulmonaires en face postérieure évoquant ainsi la possibilité de la présence d'un œdème aigu du poumon. Lors d'une conversation téléphonique, le médecin a modifié la médication et, déjà à la fin de la journée, le résident était beaucoup moins dyspnéique et sa fréquence respiratoire était revenue dans les limites de la normale. Sans une information complète, claire et pertinente, le médecin n'aurait pas été en mesure de suggérer le bon traitement. Un transfert et un séjour à l'urgence ont donc été évités au résident. C'est donc lui qui a bénéficié des compétences induites par ce changement de pratique.



Conclusion

La profession infirmière au secteur de l'hébergement vit des changements fondamentaux depuis quelques années et doit rehausser son niveau de

pratique afin de refléter ce qui est attendu sur le plan légal pour qu'il corresponde aux dernières données probantes dans le domaine des soins aux aînés. De son côté, les centres d'hébergement souffrent d'un sous-financement majeur alors que leurs résidents présentent des problèmes de plus en plus complexes, doublés d'une grande perte d'autonomie. Dans un tel contexte, l'utilisation judicieuse des ressources humaines, et en particulier de celles des infirmières, devient cruciale et permet de faire face à ces défis de façon simultanée.

NOTES

- 1 Ce travail de clarification des tâches fut entrepris en même temps que la formation était réalisée, car il était important que les infirmières puissent avoir le temps requis pour faire leurs évaluations et, par le fait même, appliquer rapidement ce qu'elles venaient d'apprendre.
- 2 Les tâches de fonctionnalité sont toutes activités non prévues dans les diverses catégories de recherche : clinico-administratives, soins infirmiers, etc. Ex. : marcher dans le corridor, donner des directives à un visiteur, etc.

RÉFÉRENCES

- Bliesmer, M.M., Smayling, M., Kane, R.L., & Shannon, I. (1998). The relationship between nursing staffing levels and using home outcomes. *Journal of Aging and Health, 10*(3), 351-371.
- Decker, F.H. (2008). The relationship of nursing staff to the hospitalization of nursing home residents. *Research in Nursing & Health, 31*(3), 238-251.
- Harrington, C., Kovner, C., Mezey, M., Kaiser-Jones, J., Burger, S., Mohler, M., Burke, R. & Zimmerman, D. (2000). Experts recommend minimum nurse staffing standards for nursing facilities in the United States. *The Gerontologist, 40*(1), 5-16.
- Kim, H., Harrington, C., & Greene, W.H. (2009). Registered nurse staffing mix and quality of care in nursing homes: a longitudinal analysis. *Gerontologist, 49*(1), 81-90.
- Landreville, P., Bordes, M., Dicaire, L., & Verreault, R. (1998). Behavioral approaches for reducing agitation in residents of long-term-care facilities: critical review and suggestions for future research. *International psychogeriatrics / IPA, 10*(4), 397-419.
- Laschinger, H.K., Almost, J., & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link. *Journal of Nursing Administration, 33*(7-8), 410-422.
- Lee, J., Monette, J., Sourial, N., Monette, M., & Bergman H. (2007). The use of a cholinesterase inhibitor review committee in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association, 8*(4), 243-247.
- Maslow, A. (1943). *A theory of human motivation*.
- Mercier, C., Thibault, C., & D'Anjou, H. (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2000). *L'exploitation des personnes âgées. Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec présenté à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse dans le cadre de sa consultation générale sur le sujet en titre*. OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). *La pénurie d'infirmières de formation universitaire. Une analyse complémentaire à la planification de l'effectif des infirmières pour les 15 prochaines années*. OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). *Des pistes pour mieux comprendre la Loi sur les infirmières et les infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique*. OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004). *Rapport du Comité d'enquête sur la qualité des soins infirmiers au CHSLD Centre-Ville de Montréal : Résidence Saint-Charles-Borromée, Résidence Manoir de l'Âge d'Or*. OIIQ.

Schnelle, J.E., Simmons, S.F., Harrington, C., Cadogan, M., Garcia, E. & Bates-Jensen, B. (2004). Relationship of nursing home staffing to quality of care. *Health Services Research*, 39(2), 225-250.

BIBLIOGRAPHIE

Champoux, N., Roy, L., & Bichai, W.M. (2000). La pneumonie d'aspiration au centre d'hébergement. *Le médecin du Québec*, 35(10), 71-75.

Champoux, N. (2000). Une pilule pour les nerfs? L'emploi rationnel des benzodiazépines en soins de longue durée. *Le médecin du Québec*, 35(10), 71-75.

Durand, P.J., Ouellet, J.P., Beauchesne, L., Tourigny, A., Verreault, R., Dicaire, L., Lévesque, L., Lauzon, S., Gagnon, R., & Rochette, L. (2002). Programme d'intervention visant à réduire l'utilisation des contentions physiques dans des unités de soins de longue durée - mise en oeuvre et effets sur le personnel soignant. *Canadian Journal on Aging - La revue canadienne du vieillissement*, 21(4), 559-576.

Harrington, C., Zimmerman, D., Karon, S.L., Robinson, J., & Beutel, P. (2000). Nursing home staffing and its relationship to deficiencies. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 55B(5), S278-S287.

Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., & Voyer, P. (2005). *Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Montréal (QC) : EDISEM inc.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2004). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : visites d'appréciation de la qualité des services*, Gouvernement du Québec : Québec.

Monette, J., Gurwitz, J.H., & Avorn, J. (1995). Epidemiology of adverse drug events in the nursing home setting. *Drugs & Aging*, 7(3), 203-211.

Rancourt, C., Moisan, J., Baillargeon, L., Verreault, R., Laurin, D., & Grégoire, J.P. (2004). Potentially inappropriate prescriptions for older patients in long-term care. *BMC Geriatrics*, 4, 9.

Voyer, P., Verreault, R., Azizah, G.M., Desrosiers, J., Champoux, N., & Bédard, A. (2005). Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatrics*, 5, 13.

Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P.N., & Morin, C.M. (2006). Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42(1), 1-20.

Voyer, P., & Schindel Martin, L. (2003). Improving geriatric mental health nursing care: Making a case for going beyond psychotropic medications. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 11-21.

Voyer, P., Verreault, R., Cappeliez, P., Holmes, D., & Mengue, P.N. (2005). Symptoms of psychological distress among older adults in Canadian long-term care centers. *Aging & Mental Health*, 9(6), 542-554.

Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P.N., Laurin, D., Rochette, L., & Martin, L.S. (2005). Managing disruptive behaviors with neuroleptics: Treatment options for older adults in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(11), 49-59; quiz 60-61.

Voyer, P., Cole, M.G., McCusker, J., Belzile, E. (2005). Characteristics of institutionalized older patients with delirium newly admitted to an acute care hospital. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(1-2), 13-25.

Voyer, P., Cole, M.G., McCusker, J., Belzile, E. (2006). Prevalence and symptoms of delirium superimposed on dementia. *Clinical Nursing Research*, 15(1), 46-66.

Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée au CHSLD Saint-Laurent (QC)* : ERPI inc.

Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P.N., & Azizah, G. (2007). Prevalence of falls with minor and major injuries and their associated factors among older adults in long term care facilities. *International Journal of Older People Nursing*, 2(2), 119-130.

Voyer, P., Richard, S., Doucet, L., Danjou, C., & Carmichael, P.H. (2008). Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. *BMC Nursing*, 7, 4.

Philippe Voyer, inf. Ph.D., est professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Il est aussi chercheur à l'unité de recherche du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.

Nancy Cyr, inf. M. Sc., est conseillère clinicienne en soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. Elle est également professeure de clinique à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Agnès Gaudreault, inf. M. Sc., est directrice des soins infirmiers au Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale.

Chantal Viens, inf., Ph. D., est professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Le lymphœdème, un problème de santé

Pamela Hodgson, RMT, M.Sc., Rachel Pritzker, RMT, M.Sc., présidente de l'AQL, Anna Towers, MD, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Le lymphœdème est une maladie chronique caractérisée par le gonflement d'un membre ou de plusieurs membres et peut parfois affecter d'autres parties du corps. Il peut être considéré comme une maladie s'il est secondaire à une maladie veineuse sévère ou comme une condition secondaire à une complication du traitement du cancer. Il est vécu autant par les hommes que par les femmes. On observe cependant qu'il y a peut-être plus de femmes que d'hommes qui en souffrent.

Des symptômes de lourdeur, d'inconfort ou de douleur peuvent précéder ou accompagner le lymphœdème. Il peut être congénital ou se manifester après un traitement pour le cancer, un traumatisme, ou être associé à un œdème veineux chronique, à la présence de cellulite, de thrombose des veines profondes et à d'autres co-morbidités. Alors que le lymphœdème secondaire à un traitement du cancer du sein ou d'autres cancers est bien documenté (McLaughlin et al., 2008; Cormier et al., 2010), le lymphœdème des membres inférieurs présent en l'absence de cancer est moins fréquemment reconnu et reste un problème de santé sous-estimé (Moffatt et al., 2003).

On sait que le mode de vie sédentaire, l'absence de mobilité, ainsi que l'obésité sont des facteurs de risque pour les problèmes vasculaires, lymphatiques et autres morbidités. L'action physiologique normale de la pompe musculaire facilite l'évacuation du liquide interstitiel dans les lymphatiques et contribue à éviter la stase veineuse. L'insuffisance veineuse chronique entraîne souvent un lymphœdème secondaire à la décompensation des vaisseaux lymphatiques provoquée par une augmentation de la charge. La cellulite récurrente est la complication la plus courante du lymphœdème et, inversement, ce dernier devient le premier facteur de risque de formation de cellulite. Le traitement du lymphœdème et la réduction de l'œdème par compression aident à prévenir la cellulite récurrente.



Impact du lymphœdème sur la personne

Quel que soit l'âge, il est très difficile pour une personne qui vient de vivre l'épreuve d'un cancer d'apprendre qu'elle est atteinte également d'une maladie chronique et débilitante. Voir des parties de son corps enfler et se transformer doit être très traumatisant. Il faut être capable de reconnaître les signes avant-coureurs :



- enflure qui survient soudainement ou graduellement;
- sensation de lourdeur ou de flexibilité réduite;
- peau plus tendue lorsqu'une pression est exercée;
- douleur, œdème plus prononcé à l'humidité;
- infection (cellulite).

Pourtant, un dépistage précoce permet de limiter les complications.

L'incidence du lymphœdème augmente avec l'âge, en raison de la hausse des cancers qui se manifestent au grand âge, de l'incidence croissante de l'obésité et de la maladie veineuse chez les personnes âgées. D'autres causes sont également évoquées : immobilisation à l'hôpital suite à une fracture ou à une chute, sédentarisme ou inactivité à la maison en raison de l'obésité, d'un mauvais équilibre ou de multiples problèmes de santé¹.

❖ *Le traitement du lymphoedème*

Le traitement du lymphoedème se fait d'abord par des thérapies physiques dont la compression est l'élément le plus important. Les thérapeutes, dûment formés, enseignent à la personne atteinte comment s'occuper de sa peau, utiliser les bandages compressifs pour réduire l'enflure et indiquent les exercices qui permettent de stimuler l'action du système lymphatique. Un drainage lymphatique manuel peut être indiqué. Pour maintenir la réduction volumétrique, les personnes portent ensuite des vêtements compressifs. La pression nécessaire pour traiter le lymphoedème est plus grande que celle requise pour les simples problèmes veineux. Les bas de contention en usage pour un lymphoedème des jambes ont habituellement une force entre 40-50 mmHg. Les vêtements faits sur mesure et tricotés à plat sont prescrits le plus souvent. Même si les bas de tricot circulaire disponibles en prêt-à-porter coûtent moins chers et peuvent parfois avoir la faveur, ces vêtements ont souvent un effet de tourniquet à la cheville ou au genou et sont moins recommandés. Respecter le traitement est parfois difficile au début du problème, car les bandages et vêtements de compression peuvent sembler disgracieux, inconfortables ou gênants.

Il n'existe pas de médicament pour soigner le lymphoedème. Les diurétiques ne sont pas conseillés à moins d'être prescrits pour d'autres pathologies.

❖ *Les services offerts dans les hôpitaux*

Les services offerts pour le traitement du lymphoedème secondaire au cancer se multiplient dans la



province et de plus en plus d'hôpitaux forment des physiothérapeutes et des infirmières en thérapie lymphatique décongestive. À la clinique du lymphoedème du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), les patients sont évalués par une équipe multidisciplinaire (médecin, physiothérapeute spécialisée dans le traitement du lymphoedème et une spécialiste des exercices pour le lymphoedème). Le traitement du lymphoedème non lié au cancer est assuré par des thérapeutes privés dans la communauté ou par des infirmières spécialisées en soins de plaies dans les CLSC.

La thérapie décongestive coûte cher car le MSSS ne rembourse ni les soins ni les vêtements de compression. En 2012, un rapport commandité par l'Institut national en santé et en services sociaux (INESSS) a recommandé « que le ministère de la Santé et des services sociaux, par l'entremise de la Direction québécoise du cancer, examine les modalités de prise en charge par le régime d'assurance maladie des frais inhérents aux différentes étapes du traitement du lymphoedème secondaire au cancer ». Cette recommandation n'a pas encore été mise en œuvre, ce qui fait que bien des patients souffrant de lymphoedème n'ont toujours pas les moyens financiers de s'acheter ces vêtements².

Les problèmes liés à l'absence de diagnostic, au coût du traitement, à la difficulté à mettre ou à retirer les vêtements de compression, aux effets psychosociaux du lymphoedème, à la présence ou non d'un soutien familial ou social peuvent être exacerbés dans la population plus âgée. Le personnel infirmier joue un rôle dans l'éducation des patients concernant l'importance

d'un poids santé, de l'exercice, de la prévention et du diagnostic précoce ainsi que du traitement adéquat de l'œdème chronique.

❖
**À propos de l'Association québécoise
du lymphoedème (AQL)**

Fondée en 1999, l'Association québécoise du lymphoedème (AQL) est un organisme à but non lucratif qui fournit éducation et orientation aux patients, à leurs familles, aux aidants naturels ainsi qu'aux professionnels de la santé sur le lymphoedème, ses causes, la réduction du risque et les traitements. L'AQL travaille avec le gouvernement sur les questions de remboursement des frais de traitement et d'éducation.

❖
Soutien aux porteurs de lymphoedème

Le soutien fourni aux patients comprend des rencontres mensuelles autour de thèmes variés, un programme de soutien communautaire téléphonique et par Internet.

Les services aux professionnels prévoient une collaboration des activités éducatives entre le programme du lymphoedème du CUSM et l'AQL pour faire connaître aux professionnels de la santé les stratégies de réduction des risques et de gestion du lymphoedème. Des conférences par des spécialistes en lymphoedème sont offertes aux infirmières, physiothérapeutes, techniciens en radio-oncologie, et autres professionnels dans les centres hospitaliers et les cliniques communautaires. L'AQL organise aussi des programmes de formation continue pour les thérapeutes spécialisés en lymphoedème, ainsi que des cours pour les infirmières et physiothérapeutes qui souhaitent obtenir un diplôme en thérapie lymphatique.

L'AQL produit, publie et distribue à travers le Québec les pamphlets suivants :

- Réduire les risques du lymphoedème : la réduction des risques, les traitements et l'auto-gestion;
- Bien vivre avec le lymphoedème : traitement, exercice, auto-gestion;
- Bottin de ressources 2013 : un guide annuel des produits et services thérapeutiques du lymphoedème disponibles au Québec.

Pour en savoir plus sur l'Association québécoise du lymphoedème, visitez www.infolympo.ca.

NOTES

- 1 On retrouve un grand pourcentage de personnes âgées parmi la clientèle du CUSM. En général, elles ont subi l'un ou l'autre des cancers suivants : du sein, mélanome, du système reproductif, de la tête et du cou.
- 2 En fait, les recommandations portaient sur plusieurs points à l'effet que :
 - tout patient à risque ou atteint d'un lymphoedème secondaire au cancer soit informé adéquatement;
 - tout professionnel qui participe à la prise en charge d'un patient soit informé correctement;
 - toute personne qui intervient en physiothérapie, massothérapie ou autre, soit dûment formée dans les techniques de drainage lymphatique;
 - un comité d'experts cliniciens soit formé afin d'établir, pour le milieu québécois, les meilleures pratiques de prise en charge du lymphoedème.

Pour en savoir davantage :

http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Cancer/INESSS_resume_lymphoedeme_FR.pdf

RÉFÉRENCES

- Cormier, J.N., Askew, R.L., Mungovan, K.S., Xing, Y., Ross, M.I., & Armer, J.M. (2010). Lymphedema beyond breast cancer: a systematic review and meta-analysis of cancer-related secondary lymphedema. *Cancer, 116*(22), 5138-5149.
- Mclaughlin S.A., Wright, M.J., Morris, K.T., Giron, G.L., Sampson, M.R., Brockway, J.P., Hurley, K.E., Riedel E.R., & VanZee, K.J. (2008). Prevalence of lymphedema in women with breast cancer 5 years after sentinel lymph node biopsy or axillary dissection: patient perceptions and precautionary behaviors. *Journal of Clinical Oncology, 28*(32), 5220-5226.
- Moffatt, C.J., Franks, P.J., Doherty, D.C., Williams, A.E., Badger, C., Jeffs, E., Bosanquet, N., & Mortimer, P.S. (2003). Lymphedema: an underestimated health problem. *Quarterly Journal of Medicine, 96*, 731-738.

Pamela Hodgson, RMT, MSc. est thérapeute spécialisée en lymphoedème et travaille au Centre universitaire de santé de McGill (CUSM).

Anna Towers, MD, est directrice du programme du lymphoedème, à la clinique interdisciplinaire du CUSM.

Rachel Pritzker, est la fondatrice et la présidente de l'Association québécoise du lymphoedème (AQL). Elle est également coordonnatrice d'éducation du programme du lymphoedème du CUSM .

M@SSAGES

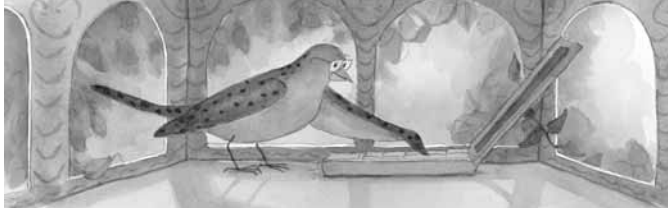


Illustration : Louise-Catherine Bergeron

Un programme psychoéducatif pour les proches aidants offert gratuitement sur le Web

Francine Ducharme, Véronique Dubé et Diane Saulnier

Peu d'interventions systématiques sont offertes présentement aux aidants familiaux, et encore moins des programmes de formation accessibles sur le Web. En raison du risque d'épuisement des proches aidants de personnes âgées, des infirmières ont mis en commun leur expertise clinique et de recherche pour concevoir et évaluer un programme psychoéducatif de gestion du stress destiné à cette clientèle à risque de problèmes de santé. Le programme est offert en suivi individuel (présentiel) et en mode virtuel identifié sous l'acronyme M@SSAGES pour Méthode *électronique* de Soutien aux Stratégies d'Apprentissage à la GEstion du Stress. Basé sur les concepts « d'empowerment » et de partenariat, il permet aux aidants de développer des habiletés pour s'adapter aux exigences de leur rôle et d'acquérir davantage de contrôle sur leur situation. Il modifie également la pratique des professionnels de la santé, notamment des infirmières : les habiletés cliniques requises sont axées sur l'accompagnement dans l'apprentissage plutôt que sur la transmission des savoirs du « professionnel expert ». Des résultats positifs sur différents indicateurs de santé et de qualité de vie des aidants ont été obtenus. Depuis la création du programme, près d'une centaine de professionnels de la santé, majoritairement des infirmières, ont été formés et plusieurs publications et communications portant sur ce projet novateur ont été présentées tant au Québec qu'à l'étranger.

❖ *Le maintien à domicile des aînés en perte d'autonomie et ses impacts sur les familles*

Au Canada, on estime que plus de cinq millions de proches aidants jouent un rôle essentiel dans les soins à domicile. Ces personnes, encore souvent appelées « aidants naturels », doivent faire face au défi de concilier leur travail, leur vie familiale, leurs propres besoins de santé et leurs responsabilités d'aidants d'un parent âgé. Il en résulte souvent un stress et un épuisement qui font en

sorte que ces personnes ont aussi besoin de soins et de services de santé pour elles-mêmes. Considérant le stress inhérent à l'expérience de nombreux proches aidants, les difficultés d'accès à des services de soutien, ainsi que l'éloignement géographique ou l'isolement de nombreux aidants qui se trouvent captifs de leur rôle, un programme éducatif et de soutien (psychoéducatif) de gestion du stress a été développé par des infirmières œuvrant en recherche lesquelles étaient dirigées par Francine Ducharme, inf. Ph. D., titulaire de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille (Ducharme et al. 2003), en collaboration avec des infirmières conseillères en soins spécialisés issues de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. D'autres professionnels se sont joints à l'équipe, notamment un médecin spécialiste en santé communautaire, une travailleuse sociale et un édimestre.

Basé sur une approche transactionnelle de Stress-Coping (Lazarus & Folkman, 1984), le programme psychoéducatif à la gestion du stress a pour objectifs :

- d'outiller les aidants afin qu'ils puissent composer avec les exigences liées à leur rôle;
- de modifier leur perception de stress liée aux situations de soins quotidiens à leur parent âgé;
- de promouvoir le maintien ou l'amélioration de leur santé et de leur qualité de vie.

❖ *Contenu et modalités du programme de formation à la gestion du stress*

Le programme peut être offert en deux modalités : 1) en mode présentiel lors des visites effectuées par les gestionnaires de cas dans le cadre des programmes de soutien à domicile des Centres de santé et des services sociaux ou 2) en mode virtuel sur le Web via le site www.aidant.ca où des



tutrices (ex : infirmières, psychologues) spécialement formées à cette méthode d'apprentissage en ligne interagissent en mode asynchrone avec les aidants. Les deux modalités du programme psychoéducatif de gestion du stress ont été évaluées et implantées (Ducharme, et al., 2006, 2009, 2010) avec la participation des services de soutien à domicile d'établissements de santé du Québec.

Le programme comporte sept sessions (environ 60 minutes chacune) où des objectifs précis et des exercices d'apprentissage à des stratégies d'adaptation telles que la résolution de problème, le recadrage des situations difficiles et la recherche de soutien social sont proposés aux aidants.

Les thèmes des sessions sont les suivants :

Semaine 1	Se familiariser avec les étapes du processus de gestion du stress.
Semaine 2	Prendre conscience de sa situation d'aidant et de ses différents aspects.
Semaine 3	Analyser cette situation et choisir une difficulté pour laquelle l'aidant souhaiterait un changement. Formuler un objectif à atteindre.
Semaine 4	Analyser le contexte de la situation d'aidant et celui de la difficulté choisie.
Semaine 5	Apprendre différentes stratégies pour s'adapter aux difficultés liées au rôle d'aidant. Sélectionner et mettre à l'essai une stratégie apprise pour faire face à la difficulté choisie.
Semaine 6	Évaluer l'atteinte de l'objectif fixé au départ.
Semaine 7	Effectuer un bilan du processus de gestion du stress.

Considérant l'utilisation croissante de l'Internet (Statistique Canada, 2009), la modalité Web avec MeSSAGES permet de joindre davantage d'aidants. Ceux-ci apprécient particulièrement sa facilité d'accès leur évitant ainsi des déplacements. Dans le contexte actuel de prestation des services, les professionnels en santé travaillant au maintien à domicile admettent pour leur part qu'ils ne peuvent pas toujours consacrer le temps qu'ils voudraient à cette intervention de prévention considérant l'ampleur de leur tâche. Cette modalité Web constitue un service complémentaire à leurs activités et leur permet de prioriser les cas au domicile qui nécessitent une présence plus assidue en raison, par exemple, d'une difficulté à lire ou à écrire chez certains aidants ou encore ceux qui n'ont pas accès à Internet.



Une réponse adaptée aux besoins de certains aidants et un accès différent aux services de consultations cliniques. Des résultats probants.

Le programme a été conçu originalement pour être dispensé lors de visites à domicile par des gestionnaires de cas. Il a été adapté et mis « en ligne » en 2008 pour effectuer une étude pilote auprès de huit aidants (Ducharme et al., 2009). L'évaluation a porté sur divers aspects qualitatifs. Les résultats soulignent le potentiel de cette approche novatrice dans un contexte de difficulté d'accès aux services, notamment en raison de leur manque de flexibilité en lien avec l'horaire chargé des aidants, de l'isolement de ces derniers et souvent des distances géographiques importantes qui caractérisent le Québec. Malgré l'existence de nombreux sites d'informations sur la toile, il en existe peu, en réalité, capables de donner une formation ayant fait l'objet d'une évaluation scientifique et qui ont obtenu des résultats probants.

Une seconde évaluation, réalisée en 2009-2010 (Ducharme et al., 2011), a aussi démontré des résultats positifs de MeSSAGES auprès de 26 aidants, dont la moyenne d'âge était de 61 ans. Ces aidants étaient majoritairement des femmes qui prenaient soin de leur parent âgé depuis plusieurs années. L'accessibilité en tout temps, l'asynchronisme et l'anonymat sont les avantages principaux perçus de cette formation en ligne qui répond aux besoins d'un groupe croissant d'aidants relativement scolarisés et ayant des habiletés avec Internet.

Les aidants ont souligné la pertinence du programme pour les aider à faire face aux difficultés liées à leur rôle, le processus les obligeant à prendre conscience de leur situation et à y trouver des solutions concrètes. De plus, ils ont mentionné la « transférabilité » du processus de gestion du stress à d'autres situations difficiles de leur vie quotidienne. Le programme leur a permis de modifier leurs comportements avec leur parent âgé. Parmi d'autres effets positifs identifiés, notons le fait de ne pas avoir à se déplacer et d'avoir un accès jour et nuit, 7 jours/semaine à la formation sur la plateforme Web. Les stratégies apprises ont permis aux aidants d'atteindre les objectifs qu'ils s'étaient fixés au début du programme (par ex. : se sentir moins coupables, être capables de demander de l'aide, gérer les comportements agressifs du parent, faire appel à la famille et au réseau social informel).

Par ailleurs, le programme a aussi eu des effets sur les infirmières qui jouaient le rôle de tutrice (coach) « en ligne ». Hebdomadairement, ces infirmières guidaient et offraient des rétroactions aux aidants dans leurs apprentissages, et ce, à des périodes fixes proposées aux aidants. Elles participaient également à un forum de discussion avec les aidants. Il s'agit d'un réel changement de pratique où l'accent est mis sur « l'empowerment » et le

partenariat, plutôt que sur la transmission de savoirs du professionnel considéré comme unique expert. De nouvelles habiletés ont dû être maîtrisées, notamment en animation individuelle et sur un forum de discussion, en soutien psychosocial en mode virtuel et des habiletés en communication écrite et en informatique.

❖

***Un programme psychoéducatif novateur
qui a des effets significatifs sur la santé
et la qualité de vie des aidants***

Les résultats de l'étude évaluative du programme à domicile (Ducharme et al., 2006) (N= 81 aidants) ont permis de constater que, comparativement aux aidants ayant un suivi usuel à domicile (soutien à domicile standard des CSSS), ceux qui ont bénéficié de ce programme avaient des activités plus nombreuses pour prendre soin d'eux; un désir accru de faire des projets personnels; une gestion plus consciente des émotions difficiles; une capacité à rechercher de l'aide et une façon différente d'envisager l'avenir. Également, ils percevaient plus de contrôle sur leur situation d'aidant et sur leur entourage et plus de défis que de menaces en lien avec leur expérience. Ils utilisaient davantage de stratégies de résolution de problèmes face aux difficultés quotidiennes. À l'instar de ce programme offert à domicile, la formation sur le Web permet aux aidants d'apprendre individuellement des stratégies d'adaptation au stress, tout en étant soutenu par une tutrice virtuelle et en pouvant échanger avec d'autres aidants sur un forum de discussion. Les résultats obtenus avec la modalité Web sont comparables à ceux de l'étude à domicile, confirmant les bénéfices de ce programme psychoéducatif quelque soit la modalité utilisée.

❖

***Du domicile au contexte de soins en milieu
d'hébergement, MeSSAGES rejoint les aidants
et soutient les intervenants dans leur pratique***

Offert principalement aux aidants dont le parent âgé est à domicile, l'équipe de recherche a identifié, au cours de l'étude évaluative, des besoins similaires chez les aidants dont le parent vit en milieu d'hébergement (CHSLD). Un groupe d'aidants ayant hébergé leur parent en centre de soins de longue durée a ainsi fait l'objet d'une expérimentation en 2010 et nous souligne le potentiel de cette modalité Web pour différents contextes de vie et de soins. Considérant la « transférabilité » et l'accessibilité via Internet qu'offre le programme « MeSSAGES », il apparaît que ce programme peut aussi être adapté pour les familles ayant un membre souffrant de problème de santé mentale ou encore pour celles qui prennent soin d'un enfant handicapé. Toutefois, en milieu d'hébergement, le programme de groupe « Prendre soin de moi » (Ducharme, 2011), également conçu par l'équipe de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, s'avère tout aussi judicieux.

Le projet a mis en relief le besoin d'organiser de tels services sur le Web, complémentaires à ceux déjà existants pour les proches aidants dans le réseau de la santé et des services sociaux (par exemple, l'APPUI, les services de répit de Baluchon Alzheimer et les groupes de soutien). Le programme psychoéducatif, qu'il soit utilisé en mode interactif individuel lors de visites à domicile ou en mode Web, « MeSSAGES » serait certainement utile et profitable à tous les intervenants des services de soutien à domicile et aux Groupes de médecine de famille (GMF) qui doivent de plus en plus se préoccuper des aidants, suite notamment au nouveau Plan Alzheimer (Rapport Bergman et al., 2009). Cet outil novateur d'intervention s'ajoute aux activités de prévention et de promotion de la santé qui devraient être offertes à ce groupe de personnes considérées « à risque » selon la *Politique de soutien à domicile du gouvernement du Québec* (2003, 2012).

Le Web représente une modalité d'intervention de « l'avenir » pour tous les professionnels de la santé (Thériault, 2007) et notre équipe souhaite ardemment influencer les infirmières ainsi que d'autres professionnels du réseau de la santé (ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues) à intégrer les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) à leur pratique professionnelle.

❖

Financement et remerciements

Le financement du projet pilote MeSSAGES a été obtenu grâce à une subvention de VINCI (Fonds de soutien à la valorisation/Université de Montréal/CRSH), de la Fondation de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et de Desjardins Sécurité financière (DSF). La mise sur pied du service MeSSAGES est actuellement en cours. En partenariat avec l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG), ce projet bénéficie d'une subvention (2012-2015) accordée, en 2011, par le ministère de la Famille et des Aînés (Secrétariat aux aînés) dans le cadre du programme de soutien aux initiatives visant le respect des aînés (SIRA) afin d'implanter ce service en collaboration avec la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Il est prévu de former plus de 200 aidants par année.

Nous désirons remercier les personnes qui ont aidé à concevoir le programme psychoéducatif à la gestion du stress destiné aux aidants et à l'expérimenter sur le Web, notamment les infirmières de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, mesdames Marie Bertrand, Annie Dugas, Denise Trudeau, l'édimestre Carole Roy, Josette Gaudet, travailleuse sociale et Paule Lebel, médecin spécialisé en santé communautaire ont aussi participé au projet. Notons que ce projet s'est mérité en 2011 le prix régional de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval et le Grand prix Innovation clinique décerné par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

RÉFÉRENCES

- Aidant.ca : www.aidant.ca
- Baluchon Alzheimer : <http://www.baluchonalzheimer.com/>
- Canadian Caregiver Coalition (2010). <http://www.ccc-ccan.ca>
- Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille : www.chairedesjardins.umontreal.ca
- L'APPUI <http://www.lappui.org/lappui-national>
- Ducharme, F., Dubé, V., Lévesque, L., Saulnier, D. & Giroux, F. (2011). An Online Stress Management Training Program as a Supportive Nursing Intervention for Family Caregivers of an Elderly Person, *Canadian Nursing Informatics Journal*, 6(2).
- Ducharme, F., Trudeau, D., Rowan, C., Savard, S. (2009). Aider les proches aidants à gérer leur stress quotidien via une formation « en ligne » : Est-ce possible? Résultat d'une étude pilote évaluative. *Counseling and Spirituality*, 28(1), 33-53.
- Ducharme, F., Lebel, P., Lachance, L., & Trudeau, D. (2006). Implementation and effects of an individual stress management intervention for family caregivers of an elderly relative living at home: A mixed research design. *Research in Nursing and Health*, 29(5), 427-441.
- Ducharme, F., Lévesque, L., Gendron, M., Legault, A., Ward, J., & Trudeau, D. (2003). *Gestion du stress : programme psychoéducatif de gestion du stress destiné aux aidants familiaux d'un proche à domicile*. Montréal : Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille (révisé 2008), cahier de l'aidant et cahier de l'intervenant.
- Ducharme F. (2011) *Prendre soin de moi!, programme d'intervention de groupe destiné aux proches aidants d'un parent âgé hébergé présentant des troubles cognitifs*. Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, Montréal, Janvier, cahier du participant et cahier de l'animateur.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Ministère de la Famille et des Aînés (2008), *Préparons l'avenir avec nos aînés. Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, gouvernement du Québec*.
- Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (2003), *Chez soi : le premier choix, Politique de soutien à domicile, Québec, gouvernement du Québec*.
- Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (2009) *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer, présidé par Howard Bergman, Mai*.
- Ministère de la Famille et des Aînés et Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012) *Vieillir et vivre ensemble : Chez soi, dans sa communauté, au Québec*, Québec. <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>
- Saulnier, D. (2012) : L'AQIIG et la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne et à la famille : un partenariat fructueux!, *La Gérontoise*, vol. 23(1) Printemps, p.33.
- Statistique Canada (2009). *Caractéristiques des individus qui utilisent Internet*. Consulté en février 2013 à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100510/dq100510a-fra.htm>
- Thériault, M.É. (2007). *Un site Web pour les proches aidants de personnes âgées : pertinence de ce service et promotion du site www.aidant.ca*. Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures. Université de Montréal.

Francine Ducharme, inf. Ph. D, est professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et titulaire de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille depuis 2000.

Véronique Dubé, inf. Ph. D. est la coordonnatrice du projet MeSSAGES. Elle a été nommée tout récemment professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Diane Saulnier, inf. Msc. est coordonnatrice des chaires de recherches de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal dont la Chaire Desjardins.

J'ai lu

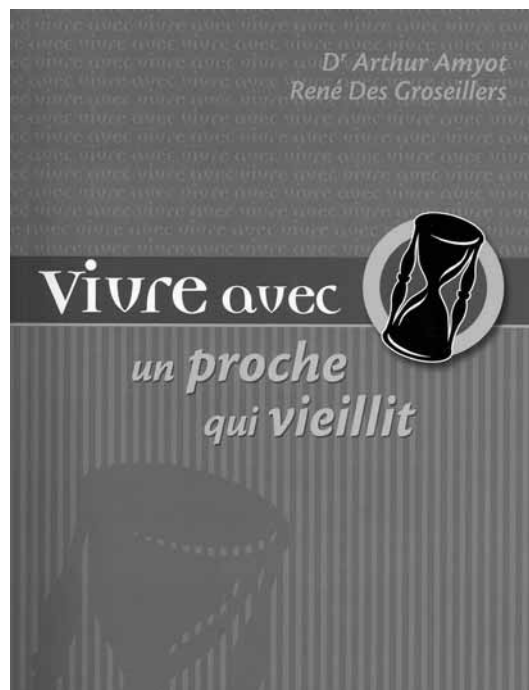
Vivre avec un proche qui vieillit

Se plaçant au cœur de la réalité des proches aidants, ce livre offre des réflexions sur l'accompagnement d'un être cher, sur le vieillissement de l'autre, mais aussi sur le sien. Paru en 2011, il s'agit du dixième livre de la série « Vivre avec » des Éditions Bayard. Les auteurs sont Dr Arthur Amyot, psychiatre au Service de psychogériatrie du pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, et René Des Groseillers, psychologue psychanalyste clinicien, collaborateur au Service de psychogériatrie du même hôpital.

Décrits dans un langage facilement accessible, simple et clair, différents concepts et étapes liés au vieillissement et à son accompagnement sont expliqués. Le livre se subdivise en huit chapitres abordant les thèmes suivants : les perceptions du vieillissement, les perceptions de la dépendance et de l'autonomie, l'aide et l'accompagnement, le vécu affectif de l'accompagnant, la difficulté de vieillir (plus particulièrement en lien avec les deuils et la relocalisation), la santé et la maladie, et finalement le fait de vivre avec un proche qui devient étranger. Tout au long des chapitres, des exemples concrets viennent faciliter la compréhension des propos des auteurs. De plus, ceux-ci incitent le lecteur à pousser la réflexion personnelle sur chacun des thèmes par des questions données à la fin de chaque chapitre.

Même si les auteurs mentionnent l'existence de vieillissements heureux, ils s'attardent aux problématiques généralement rencontrées, comme la relocalisation volontaire ou non d'un proche, sa signification et ses exigences pour l'aidé et l'aidant. Les explications sans détour au sujet des étapes normales ou non du vieillissement guident le lecteur en soulignant les problématiques et les pièges à éviter et en préconisant des approches humanistes, respectueuses de chacun.

Les auteurs nous rappellent qu'accompagner ne va pas de soi : il y a des risques à trop agir ou à ne pas agir assez.



L'accompagnateur ne peut faire n'importe quoi, n'importe comment; il y a des conséquences à ses gestes. En ce sens, ces cliniciens d'expérience guident le lecteur par leur réflexion sur la façon d'aider et l'amènent à réfléchir sur l'aide qu'il aimerait recevoir plus tard.

C'est un ouvrage facile à lire, une référence certainement utile à connaître pour les proches aidants, mais aussi pour les travailleurs de la santé afin de demeurer sensible à l'ampleur des énergies qu'exige d'être l'accompagnateur d'une personne vieillissante, d'autant plus s'il est lui-même vieillissant. La société change, le style d'accompagnement des personnes vieillissantes aussi.

Voici un livre pour aider à aider, pour accompagner les accompagnateurs, un livre qui fait du bien à lire.

Bonne lecture.

Récentes recherches sur les personnes âgées

Il n'est jamais trop tard pour bien faire.

Même s'ils sont très âgés et fragiles, l'entraînement physique est bénéfique pour les aînés

Une étude menée par **Dr. Louis Bhérier**, Ph. D. psychologue, directeur de laboratoire et chercheur à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, montre que les bénéfices d'un entraînement physique sur les facultés physiques et cognitives ainsi que sur la qualité de vie se font sentir chez tous les aînés, même ceux considérés fragiles, et ce, après seulement trois mois.

« La recherche a démontré qu'une personne âgée, sédentaire et fragile peut bénéficier d'améliorations importantes de ses fonctions cérébrales par exemple de sa mémoire, et de ses fonctions physiques, mais aussi de sa qualité de vie ».

Aphasie : même âgé et atteint depuis longtemps, le cerveau répond bien à un entraînement intensif

Le cerveau d'une personne aphasique peut améliorer ses capacités et maintenir ces acquis dans le temps, selon une étude de la **Dre Ana Inés Ansaldo**, Ph. D., chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) et professeure au Département d'orthophonie et d'audiologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Selon le Dr. Ansaldo, *« cette étude est encourageante pour les personnes âgées atteintes d'aphasie depuis plusieurs années, qui souvent ne reçoivent plus de thérapie. Elle démontre que la thérapie du langage a des effets positifs non seulement sur le langage, mais sur la cognition en général, car elle agit sur le réseau du mode par défaut »* (qui est un autre circuit).

La gestion du stress pour prévenir la douleur chronique

Les personnes souffrant de douleur chronique, à la suite par exemple d'un accident, auraient avantage à se prémunir contre les effets aggravants du stress. Ceci est particulièrement important chez les personnes dont l'hippocampe présente un volume plus petit que la moyenne, car elles y seraient davantage vulnérables. C'est ce que révèle une étude du **Dr Pierre Rainville**, Ph. D. en neuropsychologie, chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) et professeur à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, et de son étudiant, **Étienne Vachon-Presseau**, doctorant en neuropsychologie.

Le Dr Pierre Rainville précise : *« Notre recherche permet de mieux comprendre les mécanismes neurobiologiques qui expliquent ce lien important entre le stress et la douleur. Que ce soit à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une chirurgie, les événements douloureux de notre vie impliquent souvent un niveau de stress élevé. L'intérêt de ces résultats est qu'ils donnent des pistes aux gens aux prises avec de la douleur pour en diminuer l'impact et peut-être en éviter la chronicité ».*

Source : Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)

Information : Communications et affaires publiques, IUGM

Geneviève Desrosiers, (514) 340-2800, poste 3298, courriel : genevieve.desrosiers.iugm@ssss.gouv.qc.ca

Frédérique Laurier, (514) 340-2800, poste 3554, courriel : frederique.laurier.iugm@ssss.gouv.qc.ca

Pour toute communication avec l'Association

Une seule adresse : AQIG
4565, chemin Queen-Mary, Montréal (Québec) H3W 1W5
Tél. : (514) 340-2800, poste 3092 (boîte vocale)
Courriel : info@aqig.org
www.aqig.org

Membres du Conseil d'administration 2012-2013

- Francine Lincourt Éthier, présidente
Directrice des soins infirmiers
et des programmes à la clientèle - Résidence Angelica
(514) 324-6110, poste 289
francine.lincourt.ange@ssss.gouv.qc.ca
- Huguette Bleau, vice-présidente
Directrice des soins et services cliniques
CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes
(514) 527-4595, poste 303
huguette.bleau.nddl@ssss.gouv.qc.ca
- Johanne Dumas, administratrice
Chargée de projets - IUGM
(514) 340-2800, poste 3416
johanne.dumas.iugm@ssss.gouv.qc.ca
- Maria Crescenzi, administratrice
Conseillère aux activités cliniques - Contractuelle
mariacrescenzi@sympatico.ca
- Amélie Gagnon, administratrice
Conseillère clinique à l'approche adaptée à la
personne âgée - CSSS Laval
(450) 668-1010, poste 24482
agagnon2.cssl@ssss.gouv.qc.ca
- Céline Lagrange, administratrice
Chef d'unité - IUGM
(514) 340-2800, poste 4215
celine,lagrange.iugm@ssss.gouv.qc.ca
- Olivette Soucy, administratrice
Consultante en soins infirmiers gériatriques
(514) 504-6279
soucy.olivette@gmail.com
- Karine Thorn, trésorière
Infirmière clinicienne
Clinique de cognition - IUGM
(514) 340-2800, poste 3082
karine.thorn.iugm@ssss.gouv.qc.ca

Changement d'adresse

Ancienne adresse : _____ # membre : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

À compter du : _____

Nouvelle adresse : _____ # membre : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____



AOIG

*Association québécoise des infirmières
et infirmiers en gériatrie*

La dépression chez les aînés, la perte de l'élan vital

Souper-causerie
23 mai 2013

Conférencière
Ginette Henri, inf., M.A. (gériatrie)

Centre des congrès et banquets Renaissance
7550, boul. Henri-Bourassa Est, Montréal