

# La Gérontoise

Volume 25, numéro 1 - Printemps 2014

**Soins aux personnes âgées :  
approches complémentaires**

AQiiG  30 ANS

Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en gérontologie

La Gérotoise  
Printemps 2014, vol. 25, no 1

## AQIIG

4565, chemin Queen-Mary  
Montréal H3W 1W5

site web : [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)

courriel : [info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org)

téléphone : 514 340-2800, poste 3092

Présidente de l'AQIIG

**Francine Lincourt Éthier**

## Rédaction

Directrice et rédactrice en chef

**Linda Thibeault**

Conseillère clinique

**Johanne Senneville**

Révisseuse linguistique

**Claire Soucy**

Secrétaire

**Luce Brazeau**

Création graphique et mise en page

**73DPI**

Collaborateurs

**Annie Brongel**

**Marie-Pier Garceau**

**Régine Héту**

**Francine Lincourt Éthier**

**Guylaine Martin**

**Johanne Senneville**

**Olivette Soucy**

**Linda Thibeault**

**Florence Vinit**

## Production

infographie et impression

**Quadriscan**

Dépôt légal

2e trimestre 2014

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 géroto-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 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 35 \$ pour un an et 60 \$ pour deux ans (étudiant et retraité), de 50 \$ pour un an et 85 \$ pour deux ans (membre régulier), de 100 \$ pour un an et 170 \$ pour deux ans (membre corporatif).

Pour plus d'information, consulter le site Internet [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org), (Adhésion en ligne) ou communiquer au (514) 340-2800, poste 3092.

## 04

### Mot de la présidente

Francine Lincourt Éthier

## 06

### Recherches

« *Main dans la patte* » : la zoothérapie pour réduire l'isolement social d'âinés aux stades avancés de la démence de type Alzheimer

Régine Héту

## 20

### Expériences cliniques

La physiothérapie et l'ostéopathie, des services professionnels auprès de la population gériatrique  
Annie Brongel, Marie-Pier Garceau

*La Belle Visite* : créer des liens pour se souvenir  
Florence Vinit

## 38

### J'ai lu

Linda Thibeault

## 05

### Éditorial

Linda Thibeault

## 19

Félicitations à Sylvie Lafrenière

## 35

### Témoignage

*Baluchon Alzheimer a 15 ans!!!*  
Guylaine Martin

# Mot de la présidente



Chères collègues,

L'année 2014 marque le 30<sup>e</sup> anniversaire de l'AQIIG. Grâce à votre soutien constant, l'Association a su faire sa marque au fil des années, jusqu'à devenir aujourd'hui une référence incontournable dans le milieu des soins infirmiers géronto-gériatriques.

Pour souligner cet anniversaire important, l'Association est fière de vous dévoiler sa nouvelle image plus moderne et dynamique. Elle reflète une vision commune des infirmières et infirmiers qui partagent la même passion, les mêmes préoccupations et les mêmes désirs que l'AQIIG concernant une prestation sécuritaire des soins et services pour les aînés.

L'identification visuelle de l'AQIIG est le résultat d'un exercice de design réalisé par la firme montréalaise 73DPI. Le logo représente la nouvelle image de l'AQIIG, plus moderne et inclusive. Elle met en valeur le nom de l'Association, un style typographique, un symbole et des couleurs distinctives. En vue d'assurer à l'AQIIG une image uniforme, puissante et

cohérente, on y présente le "G" dans un dégradé multicolore ainsi qu'une harmonisation de cinq « plus » représentant les domaines de la gérontologie : communautaire (jaune), recherche (vert), enseignement (bleu), soins de longue durée (mauve) et soins de courte durée (fushia).

Les services de l'AQIIG sont divisés en quatre catégories :

- Formations et événements - organisation annuelle d'activités de formation accréditées et non accréditées. Ainsi, le colloque interdisciplinaire de juin 2014, ***Soins et services aux personnes âgées et à leurs proches : une expertise à reconnaître et un avenir à assurer***, a permis d'obtenir trois heures de formation accréditées par la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal.
- Bourses de formation continue - promotion de la recherche et de la qualité des soins infirmiers en géronto-gériatrie.
- Réseautage - enrichissement de la pratique et partage des expériences cliniques à l'extérieur du travail.
- Centre de référence - diffusion, au plus grand nombre, d'information relative aux soins infirmiers en géronto-gériatrie. Le site Web ([www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)) et la revue *La Gérontoise*, seule revue spécifiquement francophone dans le domaine, présentent les toutes dernières nouvelles issues de l'actualité gérontologique.

De plus en plus, l'AQIIG est appelée à donner son avis, à titre d'organisme représentant des intervenants de premier plan en santé, sur les enjeux de société qui concernent les personnes âgées et les infirmières. Ainsi, ses représentantes siègent sur plusieurs comités du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) comme partenaire national non-gouvernemental et contribuent à divers programmes pilotes, tels les projets ESPA et MeSSAGES, en collaboration avec la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille de l'Université de Montréal. L'Association est aussi fréquemment consultée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

En terminant, j'aimerais vous assurer que les membres du conseil d'administration et moi-même travaillons avec dévouement pour vous offrir une Association à votre image, qui répond à vos besoins et qui est à l'écoute de vos préoccupations. Vous êtes notre source d'inspiration et nous souhaitons vous remercier de tout cœur d'être toujours au rendez-vous après 30 ans.

*Francine Lincourt Éthier inf. M.Sc.*

**Francine Lincourt Éthier**  
Présidente

## Éditorial

Ce numéro en est un de changement : plus particulièrement changement d'aspect et changement de responsable de l'édition. En effet, Mme Olivette Soucy, dévouée à la création de *La Gérontoise* deux fois par année depuis 2003, a décidé de remiser ses crayons.

Cependant, nous avons la chance qu'elle poursuive sa collaboration encore cette année, particulièrement pour ce numéro. Après avoir mené de main de maître cette revue pendant plus de 10 ans, ses lumières sont précieuses, surtout en cette période de chamboulement général à l'AQIIG.

Je suis donc fière de prendre sa relève. C'est la seconde fois que je dois reprendre les chaussures de Mme Soucy, chaussures qui sont bien grandes! J'avais eu à reprendre son bureau en 2004 à l'IUGM. Maintenant, je revis l'expérience à *La Gérontoise*.

*La Gérontoise* offre maintenant une présentation modernisée. Nous en avons profité pour présenter à nouveau des approches complémentaires de soins qui peuvent aider les aînés dans les milieux gériatriques. La plus connue est sûrement la zoothérapie. Déjà implantée dans plusieurs milieux, cette approche a permis de rejoindre plusieurs personnes âgées aux prises avec des atteintes cognitives ou non, et ce, depuis de multiples années. L'article de Mme Régine Héту présente les résultats de sa recherche faite dans le cadre d'une maîtrise en psychoéducation qui s'adressait notamment aux personnes ayant une atteinte cognitive dégénérative.

Mme Florence Vinit, pour sa part, nous décrit les expériences du regroupement de clowns thérapeutiques de *Jovia*. Après plusieurs années auprès de la clientèle gériatrique, les membres de *Jovia* ont développé une approche plus spécifique pour la clientèle gériatrique présentant une atteinte cognitive ou non grâce au programme appelé *La Belle Visite*. Ce programme est différent de *Dr Clown* dont l'approche est basée sur la réminiscence et sur bien des sourires.

Deux autres approches sont relatées par Mme Annie Brongel, physiothérapeute, et Mme Marie-Pier Garceau, physiothérapeute et ostéopathe. Généralement connues pour la réadaptation de notre clientèle, ces approches peuvent aussi être un soutien au maintien à domicile et au maintien de l'autonomie. Ce type de services, particulièrement la physiothérapie, se retrouve tant dans le réseau public que privé. Que ce soit pour l'évaluation et les suivis offerts en physiothérapie et en ostéopathie, ces services nous offrent des solutions potentielles afin d'aider la personne âgée. Cet article démontre comment ces traitements visent le soulagement de douleurs musculo-squelettiques, les troubles de motricité ou sont considérés pour des traitements post-chirurgies.

De son côté, Mme Guylaine Martin souligne l'évolution des 15 dernières années de *Baluchon Alzheimer* et ses grands changements au cours de ces années de dévouement. Ce retour en arrière permet d'avoir un regard encourageant sur un avenir prometteur.

Finalement, la chronique *J'ai lu* souligne la contribution de Mme Lucie Tremblay et Mme Linda Thibeault à deux chapitres concernant spécifiquement les soins aux personnes âgées dans le recueil *Soins infirmiers, santé mentale et psychiatrie*, publié chez Chenelière Éducation.

Ce numéro propose ainsi des articles orientés vers le bien-être et l'amélioration de la qualité de vie des aînés.

**Linda Thibeault**  
Rédactrice en chef

# « Main dans la patte » : la zoothérapie pour réduire l'isolement social d'aînés aux stades avancés de la démence de type Alzheimer

## Régine Héту, intervenante en zoothérapie

La démence de type Alzheimer (DTA) est une maladie complexe dont le début est graduel (Voyer & al, 2006). Il s'agit d'une maladie dégénérative et irréversible qui touche d'abord la mémoire à court terme parmi une multitude d'autres symptômes. La mémoire à long terme, touchant les souvenirs anciens, les souvenirs empreints d'émotions, est conservée plus longtemps, jusqu'aux stades très avancés de la maladie (Taillefer, 1997, cité dans Bernatchez, 2000). Environ 70 % des cas de DTA sont accompagnés d'apathie décrite comme une absence d'intérêt pour les activités quotidiennes, de la passivité, de l'indifférence, un manque de motivation et d'initiative, une diminution des contacts sociaux ainsi que des expressions faciales et des réponses émotives (Berger & Mailloux-Poirier, 2006).

Plus l'état de la personne dégénère, plus elle utilisera un mode de communication non verbal (Thériault, 1993, cité dans Bernatchez, 2000). Aux derniers stades de la maladie, elle perd l'habileté à communiquer et ne réagit plus de façon apparente aux stimuli (Turner, 1992). Elle sombre alors dans le mutisme et perd ses fonctions psychomotrices de base (Berger & Mailloux-Poirier, 2006). À ce moment, les expressions faciales sont de moins en moins précises et les contacts visuels sont nettement réduits (Jansson & Norberg, 1991). Rappelons toutefois que l'état de conscience des malades n'est pas affecté, même s'ils ne saisissent pas le sens des événements autour d'eux et de leur environnement (Voyer et al., 2006).

La personne âgée atteinte de démence reste très sensible aux émotions et au langage non verbal; elle peut par exemple ressentir la tension vécue par son entourage (Dubé & Lemieux, 1998). Boucharlat, Myslinski et Tribet (2008) expliquent que les mouvements du corps et les expressions faciales du malade symbolisent ses besoins et ses

pensées à la place de la parole. Il faut être sensible à leurs efforts de communication, car ils sont très à risque de voir leur besoin de communiquer insatisfait, dû aux nombreuses pertes cognitives vécues (Phaneuf, 2007).

La DTA affecte le malade et son entourage dans les sphères affective, physique, cognitive et sociale de la vie. Non seulement le malade vit plusieurs pertes dans sa globalité, mais son entourage en vit aussi les conséquences. L'attitude du donneur de soins et les sentiments qu'il entretient à l'égard de l'aîné sont un important facteur concomitant d'une interaction positive, aux stades sévères de la démence (Asplund, 1991). Il peut vivre entre autres de l'épuisement, de la honte, de la culpabilité, un deuil, un sentiment d'échec et de l'impuissance (Turner, 1992; Gendron, 2008; Secall, 2003). La communication verbale ou non verbale étant nettement affectée par les différents symptômes de la démence avancée, l'aîné et son aidant risquent d'entrer dans une espèce de cercle vicieux. La figure 1 illustre ce cycle (Asplund, Melin, & Norberg, 1986).

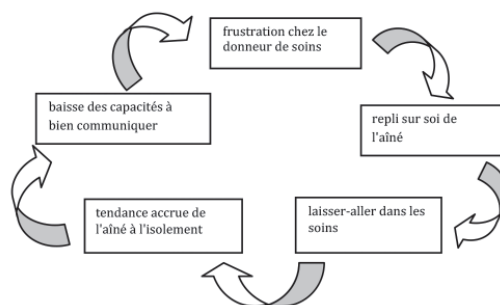


Figure 1 : Cercle vicieux observé lors d'une interaction négative entre l'aîné et le donneur de soins

## La zoothérapie comme moyen d'intervention

Dans le cadre de ce projet, la zoothérapie a été utilisée. Elle est une « intervention qui s'exerce sous forme individuelle ou de groupe, à l'aide d'un animal familier, soigneusement sélectionné et entraîné, introduit par un intervenant qualifié auprès d'une personne en vue de susciter des réactions afin de maintenir ou d'améliorer son potentiel cognitif, physique, psychologique ou social » (Martin, 1998). L'intervenant vient jouer un rôle crucial en mettant en relation, de façon appropriée, l'animal et le sujet, et en utilisant les événements afin de créer des situations d'apprentissage qui sont profitables pour le bien-être du sujet. Il initie le contact par une intervention dirigée. Nous parlons donc de thérapie assistée par l'animal et non pas seulement de l'« animal thérapeute ».

L'animal est ici outil d'intervention. Il devient un facilitateur social, favorise la détente, stimule au plan tactile, musculaire, affectif et cognitif; il augmente l'estime de soi et peut améliorer la motricité fine (Bernatchez & Brousseau, 2006). La compagnie d'un animal qui encouragerait la personne à s'exprimer, verbalement ou non, la rendrait plus calme, ajouterait un sentiment de bien-être, et cela, grâce à la stimulation de réminiscences d'expériences vécues avec les animaux dans son passé (Buckwalter, Kongable, & Stolley, 1989). Turner et Wilson (1998) ont observé les effets d'un contact ponctuel avec un animal auprès d'ânés atteints de la DTA à différents stades. Ainsi, le contact avec l'animal génère des réactions émotives et de communication de base.

Pour les ânés qui ont plus de difficulté à s'exprimer verbalement, l'animal devient une option intéressante. La communication alors n'est pas obligatoirement verbale, car le contact se fait avec son corps, que ce soit avec sa queue, ses oreilles, la position de son corps ou son regard. L'âné atteint de DTA à un stade avancé et l'animal ont alors des possibilités d'échanges bien réelles (Bernatchez & Brousseau, 2006). La communication répond à un besoin primaire chez l'humain, soit celui de maintenir un contact avec son environnement, ce qui amène un sentiment de sécurité. La présence de l'animal devient un stimulus adapté au fonctionnement cognitif de l'âné tout en augmentant sa probabilité d'interactions avec l'environnement (Turner & Wilson, 1998). L'animal demeure un médium thérapeutique simple et non confrontant. Il ne requiert aucune performance de la part d'un individu limité dans ses capacités physiques ou cognitives (Zoothérapie Québec, 2009).

L'utilisation du chien est un choix très intéressant comparativement aux autres animaux. Il est, entre autres, capable de donner de l'affection, d'être une source de stimulation sensorielle riche et il stimule l'instinct « maternel » chez certains ânés. Certains gestes qu'ils engendrent font référence à des schèmes acquis depuis longtemps tel que bercer le chien comme un enfant (Fogle, 1981; Bernatchez, 2000). Aussi, le chien s'adapte facilement à des environnements nouveaux. Plusieurs auteurs, dont Anderson et al. (1984) et Cusack et Smith (1984), qualifient le chien de catalyseur social tout en étant un auditeur infatigable. Il réduit le stress, est ludique et fait diminuer le sentiment d'angoisse. Il peut intervenir à domicile ou en institution (Bouchard & Delbourg, 1995). De plus, selon Baun et McCabe (2003), le chien couché aux côtés d'un âné alité lui procure chaleur et réconfort. Ces auteurs affirment que durant les derniers stades de la DTA, la compagnie d'un chien permet de stimuler les affects et favorise le maintien de l'éveil de la personne. Par conséquent, il ferait apparaître des comportements comme sourire et même rire (Bouchard, Myslinski, & Tribet, 2008).

Les auteurs Buckwalter et al. (1989) ont démontré que la visite d'un chien a augmenté les échanges entre des résidents atteints de la DTA. Ces derniers présentaient davantage de sourires, de verbalisations, de demandes et de rires. Toutefois, il n'y avait pas d'amélioration dans le temps lorsque l'animal vivait dans le milieu de façon permanente. Cette observation s'explique par l'effet de nouveauté provoqué par l'arrivée de l'animal, surtout si les limites physiques et cognitives sont un obstacle à l'accessibilité à l'animal. Ceci vient renforcer la pertinence du rôle de l'intervenant en zoothérapie tel que mentionné précédemment.

Les auteurs Beyersdorfer et Birkenhauer (1990) ont mené un projet pilote auprès de 18 ânés atteints de DTA. Ils ont proposé des discussions, des activités sensorielles, comme de promener le chien, le brosser ou le nourrir pendant cinq semaines. Les résultats ont été les suivants : ouverture des yeux, contacts visuels, verbalisations, interactions sociales, etc. Ces activités dirigées ont amélioré la communication entre eux et le personnel de l'unité.

### Intervention proposée dans ce projet et hypothèse

L'intervention proposée se situe au niveau de la sphère sociale de la DTA. Son but est de réduire l'isolement social en permettant à l'âné de maintenir ses capacités résiduelles et ainsi,

maintenir son identité personnelle et sociale. Nous l'avons vu, les nombreux déficits cognitifs et physiques engendrés par la DTA créent un cercle vicieux dans lequel l'aîné s'isole et se replie de plus en plus sur lui-même.

L'hypothèse proposée sera :

- Diminuer l'impact des conséquences de ce cercle vicieux déjà entamé en créant une sorte de pont entre la réalité de l'aîné et son environnement.
- Favoriser le maintien des capacités résiduelles de l'aîné, au niveau de la communication, particulièrement en permettant à ce dernier d'exprimer davantage de contacts sociaux avec son environnement.
- Améliorer sa qualité de vie et atténuer l'inconfort vécu par la famille.

Cette intervention se base sur les meilleures pratiques reconnues jusqu'à maintenant dans le domaine de la zoothérapie assistée par l'animal.

Pour ce qui est de l'approche et de la communication fonctionnelles, l'intervention se base sur la documentation théorique retenue dans la littérature scientifique et dans les formations suivies par l'auteure. La littérature compte plusieurs rapports anecdotiques qui expliquent les bienfaits de la zoothérapie, mais peu d'études ont été menées. Nous souhaitons ainsi qu'elle fournisse des données appuyées sur l'efficacité de l'utilisation de l'animal auprès des aînés.

## Méthodologie et description du programme

### « *Main dans la patte* »

#### Caractéristiques du sujet et recrutement

Dans le cadre de cette recherche, il était prévu de recruter au moins trois participants afin d'éviter l'effet d'attrition au programme dans le cas où un des participants tomberait malade en cours de route, ou aurait été transféré dans un autre établissement de soins ou serait décédé. Or, un seul sujet a été recruté, en raison des délais et des consentements requis.

Mme D., une femme atteinte de la DTA aux stades 6 ou 7 (selon l'Échelle de détérioration globale de Reisberg, tirée de Berger & Mailloux-Poirier, 2006) a été ciblée par l'infirmière clinicienne, avec le consentement de sa fille. En effet, c'est au cours

de ces stades que la personne se retire presque complètement, ce qui explique le choix (Barbieux, 2004). La sélection du participant à ce type de projet devait se faire en collaboration avec le service de loisirs thérapeutiques et le clinicien des unités de soin du centre d'hébergement choisi pour le projet. Il n'était pas souhaitable que l'aînée reçoive déjà des services de zoothérapie avant le début du projet. Cela aurait pu biaiser la réactivité du sujet à l'animal et annuler l'effet de nouveauté. Pour des raisons éthiques, il a été suggéré que Mme D. continue de recevoir des services de zoothérapie par la suite, dans le cas où les résultats seraient positifs.

#### Les critères

- Les critères d'inclusion étaient que l'aînée ait reçu l'hypothèse diagnostique de DTA avancée (stade 6 ou 7), et qu'elle vive en établissement de soins. De plus, qu'elle soit reconnue par le milieu de vie et les proches comme étant isolée socialement, ne communiquant plus et étant repliée sur elle-même.
- Un des critères d'exclusion était que l'aînée ait vécu des expériences antérieures traumatisantes ou négatives connues avec les chiens. La mémoire affective à long terme étant longtemps préservée, il n'aurait pas été souhaitable de désensibiliser l'aînée ou que sa crainte nuise à l'établissement d'une alliance thérapeutique.
- Les autres critères d'exclusion au moment de l'intervention étaient : une maladie contagieuse, fréquente en centre d'hébergement, et des allergies connues aux chiens. Toutes affections médicales qui pouvaient avoir un impact sur la facilité d'entrer en relation devaient nous être communiquées soit : surdité, cécité ou effets secondaires liés à une médication.

## Buts et objectifs (généraux et spécifiques)

### Objectifs d'intervention du programme « *Main dans la patte* »

#### But

Réduire l'isolement social.

#### Objectif distal

Permettre à l'aînée de maintenir son identité personnelle.

#### Objectif général

Augmenter l'interaction de l'aînée avec son environnement de manière adaptée lors des séances de zoothérapie.

#### Objectifs spécifiques

Établir des objectifs par rapport à son niveau de base préétabli, à l'intérieur des interventions de zoothérapie.

1. Que l'aînée initie d'elle-même plus de comportements sociaux oraux adaptés.
2. Que l'aînée initie d'elle-même plus de comportements sociaux non verbaux adaptés.
3. Que l'aînée exprime plus de comportements sociaux oraux adaptés, en réponse à une stimulation.
4. Que l'aînée exprime plus de comportements sociaux non verbaux adaptés, en réponse à une stimulation.
5. Que l'aînée diminue l'apparition de comportements sociaux oraux inadaptés.
6. Que l'aînée diminue l'apparition de comportements sociaux non verbaux inadaptés.

L'établissement du niveau de base a servi à préciser les capacités initiales de l'aînée à manifester des comportements sociaux et ainsi ajuster l'intervention à venir. Pas conséquent, deux observations au moment du pré-test et post-test ont pu être faites lors d'une intervention quotidienne. Le moment du repas a été choisi, car une préposée vient alimenter Mme D. Le critère d'atteinte des objectifs se fait par une manifestation de comportements d'éveils plus fréquents que ce qui a été observé lors du pré-test.

D'un point de vue collatéral, il était souhaité que la famille ou les proches entretiennent un sentiment d'espoir plus grand quant à la possibilité d'une amélioration du bien-être de l'aînée au programme

« *Main dans la patte* ». L'aînée peut ressentir les conséquences d'une visite moins chaleureuse, d'un inconfort quelconque, d'une relation marquée par un désinvestissement émotif ou, à l'inverse, de la culpabilité de la part du proche.

Nous pensons que ce programme d'intervention peut avoir des effets positifs sur la relation. En effet, si l'aînée réagit positivement au programme, des perceptions réalistes des capacités de celle-ci et la satisfaction de savoir que des moments significatifs et agréables peuvent encore être vécus seront observées chez le proche. L'hypothèse posée ici est que si les proches se sentent soutenus et constatent que le milieu de vie entreprend des démarches pour améliorer le bien-être de l'aînée, cela peut aussi influencer sur leurs façons d'interagir auprès de lui.

### Contexte spatial, temporel et dosage

La chambre de l'aînée a été utilisée pour les séances d'intervention afin d'éviter les facteurs perturbateurs durant l'intervention et les dérangements. Le but était d'éviter qu'ils interfèrent dans les performances de l'aînée et nuisent au tournage de la vidéo, entre autres pour des raisons de confidentialité. La chambre de Mme D., étant non partagée, a facilité l'intervention.

Le projet devait tenir compte de quelques contraintes de temps et de disponibilité du matériel, le programme prévoyait dix séances. Elles ont été rapprochées à deux fois par semaine pour les besoins de l'implantation dans le cadre du projet de maîtrise. Elles étaient d'une durée de 15 minutes, en raison de la capacité d'attention et de disponibilité limitée de la clientèle ciblée. L'étape de prise de contact avec l'aînée pouvait être beaucoup plus longue que les deux minutes prévues étant donné le niveau d'éveil de Mme D. à l'arrivée de la chercheuse et sa disponibilité variables et imprévisibles. Au bout de cinq minutes, habituellement, le chien pouvait être présenté. Aucune information précisant un nombre optimal de minutes pour cette clientèle n'a été trouvée dans la littérature. Ceci probablement en raison du nombre important de variables pouvant entrer en ligne de compte telles que le type de médication, la qualité du sommeil ou l'apparition de symptômes physiques pouvant perturber le niveau d'éveil et d'attention de l'aînée.

Ce temps d'intervention correspondait au temps réel approximatif accordé habituellement aux clients lors des sessions de zoothérapie individuelles. À ce premier contact, s'ajoute un autre cinq minutes avant l'intervention pour

prendre possession du matériel hygiénique comme les serviettes propres et le liquide désinfectant pour les mains, de même que pour rencontrer l'infirmière.

La grille d'observation utilisée a été prévue en fonction d'une séance de 15 minutes. La durée du programme (séances d'interventions) totalisait près de 150 minutes. De plus, la médication prise par les sujets était considérée, car il est important d'en connaître les effets ainsi que le meilleur moment pour intervenir : avant la prise ou après la prise du médicament? Si la prise se fait avant l'intervention, l'effet possible du médicament doit être considéré, de même que le temps entre la prise et l'activité.

## Moyens de mise en interaction

Le programme « *Main dans la patte* » prévoyait un chien comme outil d'intervention complémentaire à l'intervention humaine. La justification de l'utilisation du chien a été traitée plus tôt dans l'article. Concernant les interventions elles-mêmes, un type de stimulation mixte était proposé, à la fois explicite et implicite, considérant l'état avancé de la démence dans lequel la participante se retrouvait. Voici la justification des techniques sélectionnées.

a) **Stimulation cognitive.** La stimulation des réminiscences consiste à aider l'aîné à se rappeler des événements, des expériences émotionnelles et des situations du passé. L'intervenant utilise cette technique pour mieux comprendre son client, pour diminuer la détresse, promouvoir la socialisation ou encourager le maintien d'une identité personnelle et de l'estime de soi chez l'aîné (Cappeliez, Landreville, & Vézina, 1994). Ce type de stimulation a été utilisé davantage dans le but de favoriser un contact avec l'« ici et le maintenant » que dans le but de diminuer la détresse ou de maintenir un sentiment d'identité personnelle comme prévu.

b) **Stimulation sensorielle.** Ce type de stimulation faisait partie intégrante du programme proposé. En stimulant les sens, elle permettrait de faire un pont entre l'aîné et son environnement. Elle serait bénéfique pour le bien-être de l'aîné et encouragerait les interactions entre celui-ci et l'intervenant. Parallèlement, la stimulation sensorielle entretient les fonctions cognitives de l'aîné (Connor, Pulsford, & Rushforth, 2000). Elle lui permet « d'utiliser ses habiletés sensorielles résiduelles » et « d'éprouver du plaisir » (Monat, 2006).

c) **Stimulation des praxies (mouvements et gestes).** Il s'agit de décortiquer le mouvement étape par étape, en demandant par exemple à l'aîné de flatter le chien ou de le nourrir. Ce type de stimulation l'encourage à « utiliser ses capacités à manipuler des objets, à planifier un mouvement et à l'effectuer dans un but déterminé, et ce, en tenant compte de ses habiletés sensorielles et motrices » (Monat, 2006). Bien sûr, le choix des diverses techniques dépendait des capacités de Madame, de ses besoins dans « l'ici et le maintenant » et de sa disponibilité.

d) **Renforcement positif par encouragement.** Ce renforcement était de rigueur après chaque manifestation de comportements sociaux adaptés. Il pouvait s'exprimer par la réponse sociale positive de l'intervenante, volontaire ou non, après le comportement social adapté émis par l'aîné. Si le renforcement était involontaire, l'observation de sa présence et ses effets a pu être captée grâce à la vidéo de la séance. L'absence d'intervention verbale aurait pu s'appliquer en cas d'émission de comportements inadaptés. Les comportements inadaptés pouvaient être constitués d'un affect négatif au niveau du visage ou un retrait face à l'animal. Il était important de manifester à l'aîné sa reconnaissance et son appréciation de la séance qui se terminait.

À la fin, pour remercier la participante à ce projet et informer sa famille, nous avons fait parvenir une photo de Mme D. en compagnie de l'intervenante et du chien. Tout cela pour témoigner de notre reconnaissance et notre gratitude.

## Évaluation des effets

### Devis

Le devis de recherche utilisé pour réaliser ce projet était un protocole à cas unique à renversement de procédure de type ABA (A étant la phase sans intervention, B étant la phase d'intervention). Ainsi, l'impact du programme d'intervention était d'assurer l'établissement d'un niveau de base. En retirant le programme, nous pouvions voir s'il y avait maintien des acquis. La période de mesure du niveau de base (A) se faisait en deux temps. La phase B durait 10 séances (sur une durée de cinq semaines). La seconde phase A se faisait aussi en deux temps, comme la première (post-test). L'accessibilité de la participante au service de zoothérapie régulier a été suggérée, cependant ce choix est à la discrétion des responsables des activités dans le milieu.

## Instruments de mesure et procédure

L'augmentation des comportements sociaux oraux ou non verbaux adaptés et la diminution des comportements sociaux oraux et non verbaux inadaptés étaient mesurés de la première séance d'intervention à la dernière, à l'aide d'une grille d'observation (voir Annexe 1). Lors de l'établissement du niveau de base et lors de l'évaluation post-intervention, la grille d'observation maison a été utilisée, mais dans une version plus simple et moins précise, puisqu'utilisée de manière spontanée. La grille primaire, utilisée pour le visionnement des séances sur enregistrement, comporte une cinquantaine de fenêtres d'observations. Chaque observation dure 15 secondes. Ainsi, une liste d'items comportementaux opérationnalisés et définis pouvait être cotée par la spécialiste clinique de Zoothérapie Québec et par l'animatrice du programme. Une caméra vidéo devait être installée de façon stratégique dans la chambre du résident.

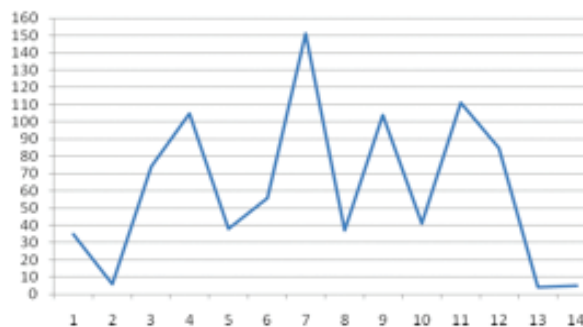
L'objectif collatéral était mesuré avant et après la mise en œuvre du programme. L'entrevue téléphonique auprès de la fille de la participante a été utilisée, permettant une cueillette de données plus qualitatives et plus substantielles.

## Données quantitatives

L'objectif général du programme était que l'aînée interagisse davantage avec son environnement de façon adaptée, à l'intérieur du programme de zoothérapie.

La figure 2 représente l'apparition générale de comportements sociaux de séance en séance. Malgré la variabilité des résultats d'un temps de mesure à l'autre, les données obtenues en pré-test et en post-test démontrent une amélioration au moment de la phase d'intervention.

L'atteinte de l'objectif général ne s'est pas maintenue dans le temps et ne s'est pas généralisée à un contexte d'interaction sociale autre que celui de l'intervention. En analysant les graphiques suivants, nous constatons que la séance portant le no.5 correspond au résultat noté au temps portant le no.7 dans le tableau, soit celles dans lesquelles Mme D. a émis le plus de comportements.

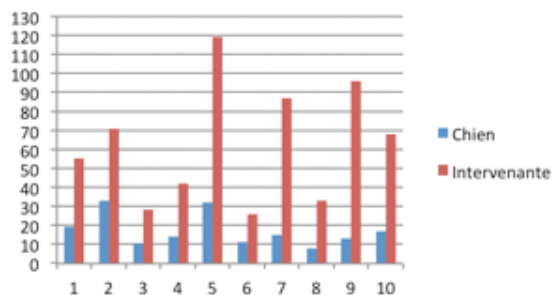


Pré-test : T1 & T2

Post-test : T13 & 14

Figure 2 : Apparition de comportements sociaux initiés et stimulés de séance en séance

La figure 3 met en comparaison la totalité des comportements dirigés vers le chien et ceux dirigés vers l'intervenante. La majorité des comportements émis sont dirigés vers l'intervenante. Il ne faut toutefois pas négliger le nombre de comportements orientés vers l'animal. En effet, à la deuxième séance, il représente presque le tiers des comportements émis, tout comme à la sixième séance. Ce graphique ne représente pas les temps de mesure en pré-test ni en post-test, puisque le chien était absent lors de ces prises de mesure.



T1 : première séance d'intervention

T10 : dernière séance d'intervention

Figure 3 : Comparaison entre la fréquence des comportements sociaux émis par l'aînée envers le chien et envers l'intervenante

La figure 4 met en comparaison la totalité des comportements stimulés et ceux qui sont initiés. Les comportements sociaux émis par Mme D. étaient davantage stimulés. Une consigne verbale, un renforcement volontaire ou non de la part de l'intervenante, ou encore un renforcement involontaire de la part de l'animal, étaient parfois nécessaires à l'émission de comportements sociaux.

Toutefois, le nombre de comportements sociaux initiés demeure élevé compte tenu de nos attentes et du nombre total de comportements émis en pré-test.

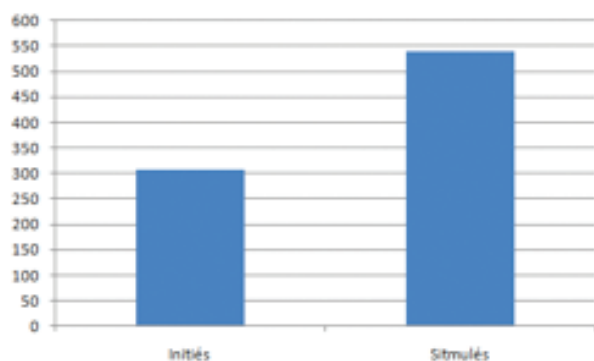


Figure 4: Comparaison entre la fréquence des comportements sociaux stimulés et initiés.

La figure 5 présente la comparaison entre l'apparition de comportements oraux et non verbaux. Mme D. interagissait beaucoup plus de façon non verbale.

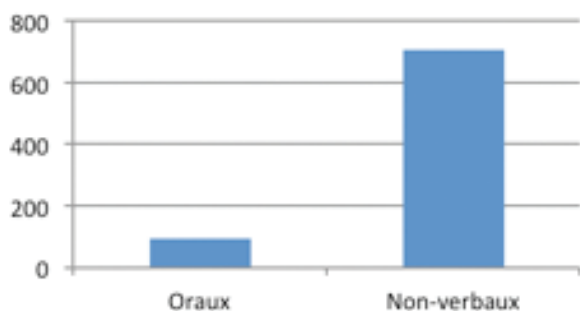


Figure 5 : Comparaison entre la fréquence des comportements sociaux oraux et non verbaux.

## Données qualitatives

Des données qualitatives ont été recueillies lors du programme d'intervention afin d'évaluer l'objectif collatéral lié à l'impact positif du projet sur les proches. Une entrevue téléphonique a été menée auprès de Mme J., la fille de Mme D., avant la première séance d'intervention et après la dernière séance d'intervention. Avant le début des interventions, Mme J. déplorait le manque de soutien qu'elle recevait, malgré sa compréhension de la réalité des milieux de soins institutionnalisés. Elle mentionne aussi qu'elle est contente de savoir que sa mère recevra des interventions

en zoothérapie; elle s'en dit soulagée. Après la dernière séance, Mme J. confie à l'animatrice que le fait que sa mère puisse participer à ce projet l'a rassurée. Elle est consciente de la charge de travail énorme du personnel soignant, mais pense que sa mère pourrait bénéficier d'une présence humaine plus constante. Elle espère que sa mère continuera à recevoir le service que nous lui avons offert et semble enthousiaste devant les observations rapportées.

## Jugement sur l'atteinte des objectifs

Considérant l'objectif général qui était que l'aînée interagisse davantage avec son environnement de façon adaptée, lors des séances de zoothérapie, les données recueillies ont démontré que ledit objectif a été atteint. En effet, le critère qui nous permettait de déterminer si les objectifs spécifiques étaient atteints exigeait que le nombre de comportements sociaux émis soit supérieur au niveau de base préétabli. Nous avons d'ailleurs observé une plus forte apparition de comportements sociaux non verbaux que verbaux. Ceci était prévisible, étant donné l'état de santé et le stade avancé de la DTA dans lequel Mme D. se trouvait. La même raison peut être attribuée à la fréquence plus élevée de comportements sociaux stimulés que de comportements sociaux initiés. La présence des deux objectifs spécifiques, liés à la diminution des comportements sociaux inadaptés, n'était pas pertinente dans le cas de l'aînée recrutée. Que ce soit durant le niveau de base ou à l'intérieur des séances d'intervention, ces comportements n'ont mérité aucune attention particulière. En effet, le seul comportement observé, et ce, à une fréquence très basse, a été le mouvement de recul. Ce comportement apparaissait souvent lors du lavage de mains qui semblait être un moment désagréable pour Mme D.

Dans le cas présent, la famille était reconnue comme extrêmement inquiète et culpabilisée devant l'état de santé de Mme D. et son hébergement en CHSLD. Nous n'avions donc pas affaire à une famille qui désinvestissait la relation, comme la littérature le prédisait souvent. Nous pouvons tout de même avancer que le projet a eu des répercussions intéressantes sur les perceptions des proches et sur leur sentiment de réconfort.

Par rapport à la perception d'utilité du personnel, le projet était bien compris par le service de loisirs, les infirmiers cliniciens, les infirmiers auxiliaires et autres intervenants. Ils comprenaient la pertinence de cibler des résidents lourdement

atteints par la DTA et les objectifs du programme. Par contre, certains préposés aux bénéficiaires se questionnaient et suggéraient des résidents plus verbaux, plus mobiles ou qui disent aimer les animaux. Pour certaines de ces personnes, s'attarder sur le cas de Mme D ne valait pas la peine, car elle était très limitée dans ses interactions sociales et ses capacités physiques! Cette perception est malheureusement partagée par beaucoup de gens dans le milieu gériatrique, parfois même par les proches de certains résidents

## Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention

Différents éléments prévus et appliqués provenant de la structure du programme ont eu un rôle à jouer dans le bon déroulement du projet et dans l'obtention des résultats énoncés plus tôt. Le moyen de mise en interaction choisi était adapté. Si nous nous référons de nouveau à la figure 3, le graphique démontre que la majorité des comportements ont été émis envers l'intervenante. Toutefois, un nombre assez élevé de ces comportements était dirigé vers le chien.

L'utilisation de l'animal a donc permis d'augmenter les statistiques et a provoqué chez Mme D. des comportements qui n'auraient pas été émis en l'absence de l'animal. En effet, la présence du chien a amplifié la fréquence d'apparition de comportements. Non seulement la présence du chien aurait permis cela, mais les interactions entre l'intervenante et le chien ont également stimulé l'éveil et la curiosité de Mme D. Ces interactions sont devenues des sources d'intérêt pour elle et l'ont probablement incitée à y participer. Ajoutons que l'animal était aussi une source importante d'intérêt et de stimulation tactile et sensorielle. Une simple peluche, par exemple, n'aurait pas eu le même effet, celle-ci étant immobile et sans vie.

La variabilité observée au niveau des résultats de séance en séance était normale et prévisible. Madame étant atteinte de DTA aux stades avancés, elle pouvait être dans un état de veille, de sommeil ou d'agitation. L'intervenante a constaté l'état de Mme D. en entrant dans sa chambre. Les réactions et l'état de santé des aînés qui souffrent de cette maladie sont variables et la fréquence des comportements sociaux dépend de leur disponibilité physique et mentale dans « l'ici et le maintenant ». Compte tenu du caractère dégénératif de la maladie, une diminution des contacts sociaux émis au fil des semaines était attendue. Cette hypothèse n'a pas été confirmée, car cela n'a pas semblé être un facteur déterminant dans la progression de

Mme D. Citons, à titre d'exemple, à la figure 2, que les résultats notés aux temps no. 11 et 12 étaient plus forts en comportements sociaux que ceux constatés au temps portant le no.5.

Les mesures mises en place afin que l'espace d'intervention soit isolé et pour que Mme D. ait reçu ses soins avant l'intervention ont été des conditions idéales. En réalité, un intervenant en zoothérapie peut être confronté à un espace d'intervention bruyant et peut être interrompu durant son animation. L'animatrice devait s'assurer, dans le cadre du projet « *Main dans la patte* », que Mme D. soit dans les meilleures conditions possibles afin d'optimiser sa disponibilité durant l'intervention et de ne pas risquer des interférences dans la captation vidéo. Heureusement, une seule séance s'est déroulée au lit de Mme D. ce qui a influencé les résultats à la baisse pour la première rencontre, Ainsi, un niveau d'éveil plus bas a été constaté lors de cette séance.

## Avantages et limites

Le programme « *Main dans la patte* » se distingue par quelques avantages importants. Tout d'abord, le projet répondait aux besoins de la clientèle, c'est-à-dire une forme de stimulation pour accéder à une certaine qualité de vie. Le projet répondait à un besoin du milieu de vie qui voit ses moyens plutôt limités afin de rejoindre cette clientèle. En ce sens, l'animal est un outil simple et extrêmement stimulant s'il est bien introduit dans l'intervention. Il a permis de fournir des résultats visibles au moment de l'intervention.

Le programme a aussi été perçu comme étant utile du point de vue de la famille de Mme D., celle-ci étant rassurée que leur mère participe à un tel projet de stimulation.

Le projet « *Main dans la patte* » s'harmonisait avec la philosophie d'intervention du milieu de vie et son souci de promouvoir le mieux-être de ses résidents. D'ailleurs, la collaboration avec le milieu a été plus aisée et naturelle, le CHSLD qui nous a permis de faire ce projet est d'ailleurs un client depuis plus de 14 ans de Zoothérapie Québec. Lorsque nous utilisons une approche nouvelle comme la thérapie assistée par l'animal, le lien de confiance entre l'intervenante et l'établissement facilite le bon fonctionnement du programme de zoothérapie sur les unités de vie. En effet, la collaboration avec le personnel soignant est primordiale.

En dépit des avantages, le programme « *Main dans la patte* » comporte certaines limites qu'il est

pertinent d'énoncer. La méthodologie était peu réaliste en contexte d'implantation de programme autre qu'à des fins éducatives. En effet, à cause du temps impliqué et de la mobilisation des observateurs, l'interprétation des données et l'usage de la grille d'observation a pris beaucoup de temps.

Les mesures prises en pré-test et post-test proviennent d'un contexte bien différent du contexte thérapeutique, soit l'administration de soins. Ce n'est pas réaliste pour les préposés aux bénéficiaires d'investir autant de temps et d'attention à l'heure du repas en institution pour un résident. Leur charge de travail est lourde et le temps accordé à la prise de contact avec l'aînée est plus limité. Si Mme D. avait été observée dans une situation de loisir thérapeutique, les comparaisons auraient pu être plus valides. Aussi, l'instrument utilisé pour les mesures en pré-test et en post-test était moins précis et rempli par un seul observateur, sur le champ.

Dans un même ordre d'idées, le devis utilisé pour le projet était de type pré-expérimental et comportait évidemment certaines limites au niveau de l'attribution des résultats et des facteurs modérateurs qui n'ont pas nécessairement été identifiés et évalués. De plus, la validité de l'instrument de mesure principal constitue un autre désavantage méthodologique, étant donné qu'il s'agissait d'une grille d'observation « maison », bien qu'inspirée des différentes grilles dans la littérature pour d'autres clientèles. Malgré une définition opérationnelle des comportements, la grille d'observation était également exigeante pour les observateurs et nécessitait une discussion clinique. En effet, beaucoup de variables étaient à considérer en même temps et l'évaluation à partir d'une cotation pouvait devenir subjective par moment.

Finalement, le but du projet aurait davantage été atteint si les interventions avaient été plus rapprochées et plus nombreuses. Les contraintes de temps et le contexte universitaire ne permettaient pas un investissement plus grand dans l'application du projet.

## Recommandations

À la lecture des avantages et des désavantages expliqués dans la section précédente, quelques recommandations peuvent être retenues pour une prochaine implantation d'un programme de zoothérapie.

En premier lieu, la formation en zoothérapie demeure un atout incontournable pour l'animateur désirant utiliser un animal. Bien connaître la base en comportement canin et les notions concernant leur application thérapeutique en activité au moment du travail avec le chien est indispensable au bon fonctionnement des interventions et à la sécurité de toutes les parties. De plus, l'intervenant doit bénéficier également d'une rétroaction et d'une supervision clinique, ce qui fut le cas dans la mise en place du projet.

En second lieu, le fait que les aînés atteints de la DTA n'interagissent presque plus avec leur environnement révèle l'importance de l'accompagnement, de l'encadrement et de la stimulation par un intervenant qualifié. Pour que l'aîné en retire un bienfait, l'activité de zoothérapie doit être introduite par un intervenant qui connaît la clientèle, qui sait évaluer la disponibilité de l'aîné dans « l'ici et le maintenant » et qui sait évaluer les capacités et les besoins de celui-ci. Si l'animateur d'un tel projet n'a pas de formation théorique sur la clientèle aînée souffrant de déficits cognitifs, il est recommandé de s'outiller et de suivre des cours en gérontologie.

En troisième lieu, implanter un projet doté d'un devis méthodologique plus solide appuierait, de façon plus rigoureuse et valide, la collecte et l'analyse des données. Investir plus de temps dans l'implantation serait une recommandation à cet effet. Ce temps pourrait aussi être investi dans une recension plus poussée d'études concernant la clientèle et les interventions qui leur sont fournies pour briser leur isolement social.

En dernier lieu, offrir des séances d'intervention plus rapprochées dans le temps maximiserait les contacts sociaux chez l'aîné participant.

## Conclusion

En définitive, nous avons compris que la DTA est une affection dégénérative qui touche de plus en plus de gens, à mesure que la population vieillit. Les milieux de soins sont confrontés à cette problématique et aux conséquences des atteintes cognitives comme des conduites déficitaires ou des comportements perturbateurs. Nous l'avons vu, le personnel soignant est le premier interpellé par la problématique de l'isolement social des personnes âgées atteintes de la DTA et le repli sur soi de l'aîné n'optimise pas les soins et son actualisation. Plus la maladie réduit les capacités fonctionnelles et cognitives de l'individu, plus celui-ci est à risque de s'isoler, de se replier sur soi et de devenir grabataire et inerte. Il devient alors

pénible pour la famille et les intervenants d'entrer en contact et d'avoir des interactions sociales avec l'ainé. De plus, cet isolement social ne fait que détériorer le sentiment d'identité de l'ainé et sa propension à s'exprimer.

Nous avons toutefois appris que la zoothérapie est une solution pour pallier à ce déficit important et pour aider l'ainée à sortir de son mutisme. Il était de ce fait intéressant de mettre en place une intervention individualisée, assistée par l'animal et dont nous connaissons les vertus thérapeutiques. Briser l'isolement social et amener l'ainée à interagir davantage avec son environnement de façon adaptée étaient le but et les objectifs du programme qui s'est déroulé dans un CHSLD de Montréal, auprès de Mme D. En visionnant les interventions enregistrées, nous avons observé une augmentation de la fréquence des comportements sociaux à l'intérieur des séances de zoothérapie.

Les résultats nous ont permis de conclure que l'animal, l'intervenant et l'interaction de ces deux acteurs avec l'ainée forment une triade thérapeutique qui permet de briser l'isolement et de favoriser des contacts sociaux. L'intervention ayant été bénéfique à la qualité de vie de Mme D., le service de loisirs thérapeutiques a décidé de l'inscrire au programme de zoothérapie faisant déjà partie du programme de promotion de la qualité de vie de l'établissement.

La zoothérapie s'avère donc une alternative d'intervention intéressante pour cette clientèle difficilement joignable, et une avenue que nous devons continuer d'explorer et d'appuyer de façon scientifique.

## Animateur

Ce projet nous tient vraiment à cœur, c'est pourquoi en plus d'écrire ce présent article, nous l'avons également animé. Pour nous soutenir professionnellement dans cette démarche, une formation de deux cours en gérontologie, une formation universitaire en psycho-éducation de même qu'une formation de 56 heures chez Zoothérapie Québec ont été très importantes. C'est donc avec un très grand intérêt, une passion pour la zoothérapie de même qu'une longue expérience en loisirs thérapeutiques, auprès de la clientèle âgée, que nous avons mené ce projet.

Cet article est le compte rendu de stage de Mme Régine Hétu, candidate à la maîtrise en psychoéducation. Mme Hétu est également intervenante en zoothérapie pour Zoothérapie Québec, et ce, depuis 2009. Elle nous livre, dans cet article, une synthèse de son travail auprès de personnes âgées vivant en hébergement.

## Au sujet de Zoothérapie Québec et de l'auteure :

Animée et guidée par des valeurs sociales et communautaires et sans intention d'en tirer profit, Zoothérapie Québec agit comme chef de file de son secteur d'activité : la création et la mise en œuvre de services diversifiés et novateurs qui misent sur le potentiel de la relation humain chien afin de répondre aux besoins actuels et éventuels de ses clients et partenaires.

Mme Hétu a été touchée par la clientèle aînée. Pour cette raison, elle a voulu étudier les impacts d'une approche alternative pour stimuler les habiletés de communication et briser l'isolement des aînés souffrant de la démence de type Alzheimer. Le projet « Main dans la patte » s'inscrivait alors dans un contexte d'apprentissage et devait permettre d'appuyer un peu plus les données sur les bienfaits de la zoothérapie sur cette clientèle.

## RÉFÉRENCES

- Anderson, R. K., Hart, B. L., & Hart, L. A. (1984). *The pet connection: Its influence on our health and quality of life*. Minneapolis: Center to Study Human-Animal Relationships and Environments.
- Asplund, K. (1991). *The experience of meaning in the case of patients in the terminal stage of dementia of the Alzheimer type: Interpretation of non-verbal communication and ethical demands*. Umea University Medical Dissertation, Suisse.
- Asplund, K., Melin, E., & Norberg, A. (1986). *Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia. An exploratory study*. Umea University Medical Dissertation, Suisse.
- Barbieux, D. (2004). *Communiquer avec des personnes âgées de type Alzheimer*. Repéré à <http://www.mieux-etre.org/Validation.html>.
- Baun, M.-M., & McCabe, B. W. (2003). Companion animals and persons with dementia of the Alzheimer's type. *American Behavioral Scientist*, 47(1).
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (2006). *GER-3045D - Déficits cognitifs et vieillissement*. Document inédit, Université de Montréal.

- Bernatchez, A. (2000). Les bienfaits de la thérapie assistée par l'animal auprès d'une population de personnes âgées atteintes de la démence de type Alzheimer. *L'Accolade*, 4(1).
- Bernatchez, A., & Brousseau, C. (2006). La zoothérapie. Dans Voyer et al. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Beyersdorfer, P. S., & Birkenhauer, D. M. (1990). The therapeutic use of pets on an Alzheimer's unit. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 5(13).
- Bouchard, C., & Delbourg, C. (1995). *Les effets bénéfiques des animaux sur notre santé*. Paris : Éditions Albin Michel.
- Boucharlat, M., Myslinski, M., & Tribet, J. (2008). Le soutien psychologique assisté par l'animal à des personnes atteintes de pathologies démentielles sévères. *L'Encéphale*, 34(2).
- Buckwalter, K. C., Kongable, L. G., & Stolley, J. M. (1989). The effects of pet therapy on the social behavior of institutionalized Alzheimer's clients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(4).
- Cappeliez, P., Landreville, P., & Vézina, J. (1994). *Psychologie gérontologique*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur ltée.
- Connor, I., Pulsford, D., & Rushforth, D. (2000). Woodlands therapy: An ethnographic analysis of a small-group therapeutic activity for people with moderate or severe dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3).
- Cusack, O., & Smith, E. (1984). *Pets and the elderly: the therapeutic bond*. New York : The Haworth Press Inc.
- Dubé, M., & Lemieux, C. (1998). *Personnes âgées atteintes de déficits cognitifs. Manuel d'intervention*. Laboratoire de gérontologie, UQTR.
- Fogle, B. (1981). *Interrelations between people and pets*. Illinois : Charles C. Thomas.
- Gendron, M. (2008). *Le mystère Alzheimer : l'accompagnement, une voie de compassion*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- Jansson, L., & Norberg, A. (1991). *Expressive facial behavior in patients with severe dementia of the Alzheimer type. A comparison between unstructured naturalistic judgements and analytic assessments by means of the facial action coding system*. Umea University Medical Dissertation, Suisse.
- Martin, F. (1998). *La zoothérapie de A à Zoothérapie Québec*. Montréal : Zoothérapie Québec.
- Monat, A. (2006). La stimulation cognitive au quotidien. Dans Voyer et al. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Phaneuf, M. (2007). *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Canada : Les Éditions de la Chenelière.
- Secall, A. (2003). *La personne âgée*. Cadre infirmier, CHU Montpellier.
- Turner, F. J. (1992). *Mental health and the elderly*. New York: McMillan inc.
- Turner, D. C., & Wilson, C. C. (1998). *Companion animals in human health*. Californie : Sage Publications Inc.
- Voyer, P., et al. (2006). Les démences. Dans Voyer et al. (2006), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Zoothérapie Québec. (2009). *Programme de formation en zoothérapie*.

## À la recherche d'auteurs

Vous avez réalisé un projet spécial dans votre établissement et voulez le faire connaître...

Vous vivez une expérience en santé communautaire et voulez la partager...

Vous travaillez actuellement à un projet de recherche et aimeriez publier vos résultats...

Vous voulez proposer des sujets cliniques d'intérêt...

N'hésitez pas à nous rejoindre pour nous soumettre vos articles. Nous sommes toujours à la recherche de nouvelles idées de publication qui répondent aux besoins de nos lecteurs et augmentent les connaissances.

Courriel de l'Association : [info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org)





# Félicitations à Sylvie Lafrenière



Toutes nos félicitations à Sylvie Lafrenière  
Récipiendaire du Prix Florence 2014 - Excellence des soins

Mme Sylvie Lafrenière est actuellement conseillère en soins spécialisés pour la clientèle personnes âgées au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Mme Lafrenière est reconnue par tous comme étant une référence dans les approches face aux soins aux personnes âgées et à leur famille. Elle a su concilier la pratique clinique et la recherche depuis plusieurs années. Tout comme le souligne l'OIIQ (2014), elle est reconnue tant pour son leadership et son dévouement que pour sa rigueur éthique et scientifique. Elle a parfait sa formation par des certifications en nursing familial et en soins infirmiers gériatologiques.


De plus, Mme Lafrenière a su développer, depuis 2007, plusieurs programmes de formation portant sur le delirium et le déclin fonctionnel. Elle a été également responsable du développement clinique du programme d'*Optimisation des soins aux personnes âgées* (OPTIMAH) portant sur l'amélioration des soins aux aînés en prévenant la perte d'autonomie et les complications iatrogéniques. Par le fait même, elle est à l'origine du concept de l'évaluation et du suivi des Signes « AÎNÉES » également adoptés par le MSSS.

Par cette reconnaissance, Mme Lafrenière devient un exemple à suivre.



**CHARLAND + GAMACHE**  
SERVICES CONSEILS, SOINS DE SANTÉ inc.


**NOTRE PROFESSION SE TRANSFORME,  
FAITES-EN AUTANT!**

**FORMATIONS ACCRÉDITÉES ET UNITÉS D'ÉDUCATION CONTINUE OCTROYÉES** 

**FORMATIONS OFFERTES**

- Examen physique général ou spécifique à un système tel musculo-squelettique, cardio-vasculaire, respiratoire, gynécologique ou autre adapté à tout type de clientèle
- Prévention et gestion des chutes et évaluation clinique post chute
- MPOC : Connaissances essentielles et prise en charge
- Le soin à la personne âgée et les déficits cognitifs : un défi quotidien
- Plaie de pression : connaissances essentielles et sa prise en charge

CONSULTEZ NOTRE SITE INTERNET RÉGULIÈREMENT POUR LES FORMATIONS DISPONIBLES!

**T 1-855-806-2089 CHARLANDGAMACHE.COM** 

# La physiothérapie et l'ostéopathie, des services professionnels auprès de la population gériatrique

## [Première partie : la physiothérapie]

Annie Brongel,  
physiothérapeute

### « Le mouvement, c'est la vie et la vie c'est le mouvement! »

A.T. Still, fondateur de l'ostéopathie (1882-1917)

Tout corps qui reste en mouvement et toute structure mobile permettent à l'individu de rester en vie. Au contraire, une structure du corps qui devient immobile peut entraîner une rigidité, une fibrose et limiter le mouvement.

Les soins en gériatrie ont un rôle important dans le domaine des services de réhabilitation dans notre société. Les baby-boomers, ainsi que ceux qui sont plus âgés, nécessitent des soins, des attentions particulières, de l'enseignement, des exercices adaptés ou toute autre activité. Bref, ils ont besoin de certains outils pour optimiser leur autonomie et maximiser le niveau de confiance en eux-mêmes.

Cet article, divisé en deux parties, désire clarifier le rôle de la physiothérapie et de l'ostéopathie dans les soins offerts aux aînés. Les personnes âgées présentant des difficultés fonctionnelles peuvent recevoir de l'aide dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), les hôpitaux, les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et dans les cliniques privées. Plusieurs personnes peuvent avoir besoin de soins en physiothérapie et en ostéopathie : accidentés de la route, du travail, soins post-chirurgie, personnes souffrant de maladie dégénérative, déconditionnement général, atteintes articulaires telles que la tendinite ou la capsulite. Les personnes âgées représentent environ 10 à 15 % de la clientèle. Le travail réalisé auprès d'eux vise à favoriser le maintien de leur autonomie grâce à un bon soutien en clinique.

### La clientèle gériatrique

La clientèle gériatrique peut bénéficier des traitements en physiothérapie ou en ostéopathie. Dans notre société nord-américaine, la population est vieillissante. Plus elle avance en âge et plus elle est susceptible de développer des douleurs de toutes sortes, que ce soit l'arthrose, les raideurs musculaires, les sténoses ou toute autre atteinte. De plus, la douleur chronique affecte entre 18 et 29 % des adultes canadiens (Moulin, 2002). Ces souffrances d'origine diverses sont une des grandes raisons de consultation médicale, car elles affectent tout le fonctionnement de l'individu. C'est un des problèmes qui touche le plus la qualité de vie des gens (Phillips, 2003).

### La douleur chez les aînés

Un effet important de la douleur, lorsqu'elle perdure, est le ralentissement ou l'arrêt des activités physiques qui deviennent difficiles à faire. Plus la sédentarité s'installe et plus il sera difficile d'en sortir, particulièrement pour les aînés. Des raideurs articulaires et musculaires, une diminution de force musculaire, de l'équilibre et bien d'autres atteintes musculo-squelettiques peuvent s'installer ou bien s'aggraver si elles étaient déjà présentes. Les rôles du physiothérapeute et de l'ostéopathe sont alors d'identifier les causes pouvant entraîner la douleur puis tenter par la suite de briser cette boucle de souffrance. Ce cercle vicieux infernal fait que, plus la douleur est grande, moins l'individu bouge et plus grande encore elle sera lorsqu'il lui sera nécessaire de bouger. Briser ce cycle aide les gens à reprendre leurs activités et à rester indépendants le plus longtemps possible.

Ainsi, il y a plusieurs clients qui vont en consultation après une opération pour un remplacement de genou ou de hanche. Après leur opération, ils débutent leur réhabilitation à l'hôpital et sont ensuite transférés dans un centre de réhabilitation où ils reçoivent quelques visites à la maison d'un ou d'une physiothérapeute du CLSC. L'orientation et le type de traitement dépendront de plusieurs facteurs : leur état physique, leur situation sociale, l'aide à la maison de même que la présence d'escaliers ou autre contrainte. Après ce long processus, certaines personnes peuvent avoir encore besoin de traitements qui leur permettront de gagner plus d'autonomie, et même d'augmenter leur qualité de vie par la diminution de douleur.

## L'évaluation en physiothérapie

La physiothérapie est une discipline de la santé qui touche la prévention et la promotion de la santé, l'évaluation, le diagnostic, le traitement et la réadaptation des déficiences et des incapacités touchant différents systèmes, soit neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire (OPPQ). Le rôle du physiothérapeute est d'évaluer la fonction du membre en question, comme l'épaule, le coude, le genou. Il pourra aussi déterminer l'amplitude articulaire, la force musculaire, la flexibilité ainsi que la fonction générale de la personne qui permet, par exemple, de garder l'équilibre ou de monter avec aisance les escaliers. Un bilan neurologique peut également être effectué au besoin. Par la suite, un plan de traitement est élaboré ainsi qu'un programme d'exercices afin de maximiser l'indépendance de la personne et de favoriser le mouvement.

## Évaluation subjective

Lorsque le spécialiste reçoit une nouvelle personne âgée en clinique, il commence toujours par un questionnaire afin de mieux comprendre le but de la visite. Pour certains âgés, la visite chez un physiothérapeute est initiée par eux-mêmes alors que pour d'autres, c'est leur médecin qui leur a demandé d'aller en clinique pour une consultation. Le professionnel questionnera s'il s'agit d'une blessure infligée suite à une chute, des conséquences d'une opération, d'une perte d'autonomie, d'un manque d'équilibre, d'une maladie dégénérative, de l'arthrose ou encore des suites d'un AVC. Des questions sont également posées sur l'historique de santé, les médicaments qu'ils prennent ou les soins reçus auparavant.

En parallèle avec ces questions, les résultats des examens médicaux, des radiographies, des résonnances magnétiques ou des scans sont très utiles à connaître.

Une grande importance est accordée au niveau de l'activité physique actuelle qui indique si cette personne est très active, peu active ou est plutôt sédentaire. Il est fréquemment observé que les personnes âgées manquent de motivation, d'encadrement ou de connaissances relativement à l'activité physique. Pour répondre à cette lacune, il faut faire comprendre que les exercices physiques, ainsi qu'une meilleure hygiène posturale, permettent d'améliorer leur état physique général, et ce, malgré la présence de douleurs, de raideurs ou de la maladie dégénérative qui influent sur leur condition actuelle.

## Évaluation objective

Cette première phase d'évaluation subjective est suivie d'une évaluation physique, plus objective, qui permet de mieux connaître les déficiences de la personne âgée. Si le problème est articulaire au genou, à la hanche, à la cheville ou à l'épaule, un goniomètre est utilisé pour mesurer l'amplitude et l'angle de l'articulation atteinte dans toutes ses directions. Cet appareil aide à comparer le côté atteint et le côté non atteint. De cette façon, ces mesures peuvent être utilisées comme référence pour des besoins futurs.

La force et l'endurance musculaire sont aussi vérifiées. Cette évaluation sert également à sensibiliser les personnes âgées au fait qu'il est essentiel de maintenir une bonne forme physique pour éviter les faiblesses, avoir une meilleure tolérance aux activités quotidiennes ou réduire les spasmes. Trop souvent, en effet, un muscle faible qui se fait imposer des charges trop exigeantes peut créer des spasmes très douloureux. La personne pourra par la suite ressentir plus de facilité à compléter ses transferts de la position couchée à la position assise, ou bien de la position assise à la position debout. Elle pourra tout autant constater qu'elle a plus d'énergie pour compléter ses activités quotidiennes.

Certains tests fonctionnels peuvent aussi être faits. Ils consistent, entre autres, à demander à la personne âgée de tenter de s'accroupir, de marcher, de monter ou descendre des marches, de se lever d'une chaise ou du lit. Cette évaluation fonctionnelle dépeint concrètement la façon dont la personne se déplace à la maison. Ces aînés sont très heureux, au moment de la réévaluation de leur capacité dans des activités fonctionnelles, quand ils réalisent combien les mouvements si pénibles ont été grandement facilités par les traitements et les exercices. En réalité, ils expriment souvent un sourire, une appréciation ou même un « wow » bien senti pour souligner la joie qu'engendre leur « nouvel état ».

L'équilibre est par ailleurs un élément essentiel à évaluer lorsqu'il s'agit d'un client âgé. Une série de tests peut être complétée pour avoir une meilleure appréciation du niveau d'équilibre. L'enseignement est prodigué pour leur montrer à prévenir les chutes et avoir un meilleur niveau fonctionnel dans le cours des activités quotidiennes et domestiques. Une série d'exercices progressifs peut aussi être partagée pour que les personnes atteintes puissent poursuivre la réadaptation à la maison.

La flexibilité est un autre aspect essentiel à évaluer auprès d'une personne âgée. Trop souvent, un manque de flexibilité contribue à une perte de fonction, à l'installation d'une douleur, de crampes musculaires, de raideurs ou à un manque de mobilité. L'importance de faire des exercices d'assouplissement pour améliorer leur état est largement soulignée.

La palpation des régions douloureuses, des structures atteintes tout comme les tensions musculaires, est la dernière partie de l'évaluation objective. Cette démarche permet à la fois de mieux comprendre la source du problème tout en faisant réaliser à la personne qu'elle a une accumulation de tensions musculaires nécessitant une attention particulière. Les massages, la chaleur et certains exercices viseront à réduire ces tensions musculaires.

## Analyse des données (basée sur les résultats de l'évaluation subjective et objective)

La compilation et l'analyse des diverses informations obtenues à l'évaluation aident à mieux cerner les motifs de consultation en physiothérapie. Les obstacles identifiés peuvent être très diversifiés. La douleur, l'œdème, la

mobilité articulaire réduite, la faiblesse, les atteintes neurologiques, les problèmes d'équilibre, de motivation, de flexibilité réduite et de tensions musculaires en sont quelques exemples.

## Plan d'action et intervention

Il est important d'identifier une liste de problèmes à traiter, pour être capable de décider quand et comment intervenir correctement pour avoir des résultats bénéfiques pour la personne âgée. Voici quelques exemples et la façon dont ils peuvent être traités.

### 1. Douleur

Il y a plusieurs interventions à faire pour obtenir de bons résultats et réduire la douleur chez une personne âgée. Il faut, dans un premier temps, connaître les facteurs responsables de l'augmentation de la douleur chez un individu. Ainsi, le besoin d'améliorer la posture que ce soit en position statique ou dynamique, de même que la façon dont sont effectués les déplacements, donne une bonne idée de la douleur qui peut survenir. Plusieurs conseils sont donnés afin de bouger en mettant le moins de stress possible sur les régions atteintes; parmi ceux-ci, mettre de la glace ou de la chaleur en considérant si la personne est en crise aiguë ou chronique, recevoir des massages, faire une série d'exercices, ou être simplement plus active. Il faut également rappeler que toutes les petites choses faites dans une journée peuvent améliorer ou détériorer le niveau de douleur. Une meilleure conscience de ce fait cible les facteurs qui le réduisent, tout en permettant de se sentir mieux, d'avoir une meilleure qualité de vie et un sommeil plus réparateur.

### 2. Œdème

L'œdème peut se dévoiler suite à une surcharge d'activité, à une mauvaise technique pendant un mouvement répétitif ou simplement lorsqu'une maladie, comme une ostéo-arthrite ou une arthrite rhumatoïde, est dans sa phase aiguë et inflammatoire. Il est important d'indiquer aux personnes âgées, aux prises avec des atteintes similaires, qu'en présence d'un accroissement de l'inflammation, elles pourront constater une augmentation de douleur simultanément. Les traitements viseront à réduire l'inflammation de façon prioritaire. Il y a beaucoup d'enseignement à faire afin de réduire les facteurs contributifs à la phase inflammatoire. Les compresses de glace sont une façon très efficace de réduire l'inflammation. Dix à quinze minutes d'exposition dans la zone affectée sont conseillées tout en s'assurant que la

glace soit entourée d'une serviette humide. Cette technique offre un meilleur résultat et évite que la personne âgée se « brûle » au niveau cutané. Parfois, certaines personnes ont des prescriptions pour des médicaments visant à réduire l'inflammation. Si le médecin les a fortement suggérées, elles seront encouragées à les prendre.

### 3. Amplitude articulaire réduite

Un manque de mobilité articulaire est souvent une source de fonction réduite de douleur, de compensation au niveau des tissus mous, de difficulté à faire des transferts ou à se mobiliser. En physiothérapie, plusieurs approches sont utilisées pour améliorer l'amplitude articulaire et réduire les tensions tissulaires qui peuvent contribuer à une mobilité réduite. Les mobilisations sont en général faites avec douceur. Cependant, il est possible que dans certains cas, une plus grande pression doit être appliquée pour permettre une amélioration progressive du niveau de la mobilité disponible. Ces mobilisations peuvent être appliquées à toutes les articulations au niveau du corps humain.

Il est primordial de faire attention aux contre-indications. L'ostéoporose, le cancer ou des fractures sont des exemples où le physiothérapeute doit s'assurer que le traitement sera possible, bénéfique et sécuritaire. Les évaluations de la mobilité articulaire qui sont faites par la suite seront appréciées par la personne. En effet, ces mesures objectives auront le pouvoir de les encourager à poursuivre les traitements ou à continuer leurs exercices à domicile.

### 4. Faiblesse

La faiblesse est un état souvent remarqué chez les personnes âgées qui viennent consulter en clinique. Cet affaiblissement peut provenir de plusieurs origines, qu'elle soit dégénérative, postopératoire, arthritique, consécutive à un déconditionnement ou à des habitudes inadéquates et répétées. À ces occasions, le rôle de la physiothérapeute sera principalement de rappeler à l'ainé l'importance de s'adonner à la pratique d'exercices quotidiens. La physiothérapie ne possède pas la qualité directe d'accroître la force. Cette partie de la réadaptation est du ressort même de l'ainé. Pour ces raisons, il est primordial de suggérer des exercices fonctionnels, car ils sont plus simples à exécuter. La personne pourra voir ainsi un lien direct entre les exercices pratiqués et la facilité accrue dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.

### 5. Perte de flexibilité

En vieillissant, les muscles deviennent moins flexibles et peuvent avoir tendance à s'affaiblir plus rapidement si aucune approche particulière n'est établie rapidement. Le manque de flexibilité peut générer des douleurs compensatoires, conduire à une posture inadéquate de même que rendre pénible l'exécution des activités quotidiennes. De ce fait, il est fondamental d'inclure cet aspect à l'intérieur d'un programme d'exercices offert aux personnes âgées. Pour tout exercice suggéré aux aînés, il est essentiel que le mouvement ou le maintien d'une position donnée soit pratiqué en clinique afin d'y apporter les corrections sur place. De cette manière, il évite que la personne âgée accomplisse ses exercices incorrectement à la maison, ce qui pourrait aggraver la blessure, voire en créer une nouvelle. La personne est habituellement encouragée quand elle réalise tout le progrès accompli lors de la prise de nouvelles mesures objectives.

### 6. Équilibre réduit

Il est indispensable que toute présence de trouble quant à l'équilibre soit communiquée à l'équipe. De cette façon, les probabilités de risque de chutes peuvent être réduites. Une grande proportion de personnes âgées est plus à risque de fractures ou de blessures à la tête lors d'une chute. Des exercices et des conseils visant l'amélioration de l'état général de la personne âgée, afin d'accroître l'équilibre, peuvent être offerts. Par exemple, certains aînés ont besoin de marchette ou de canne pour se sentir plus en confiance lors de leurs déplacements. Parfois la personne âgée vient consulter parce qu'elle désire simplement apprendre à ajuster et à utiliser une aide technique tels une canne, un tripode ou une marchette.

## 7. Tensions musculaires et spasmes

Tel que mentionné plus tôt, l'évaluation peut soulever la présence de tensions, raideurs ou de spasmes musculaires. Ces signes et symptômes peuvent être le résultat de plusieurs causes : une douleur, une limitation articulaire, une posture inadéquate en position statique, assise, ou debout ou bien une mécanique inadaptée lors des déplacements.

Ces manifestations cliniques peuvent s'améliorer grâce à :

- des étirements,
- des renforcements,
- des techniques de relâchement myofascial,
- des massages,
- de la glace ou de la chaleur,
- et bien sûr, de l'enseignement préventif.

## 8. Atteintes neurologiques

Les aînés se présentant avec des signes et des symptômes neurologiques tels qu'engourdissements, picotements, réflexes anormaux, faiblesse, endurance musculaire réduite, doivent se faire évaluer préalablement afin d'avoir un point de référence pour une évaluation future. La cause sous-jacente aux manifestations cliniques d'origine neurologique peut être très variée selon les personnes, que ce soit une sténose, de l'arthrose, une dégénérescence discale, un AVC, de la sclérose en plaque, etc. La liste de probabilités est longue. L'objectif ultime consiste à l'identification de la cause des problèmes neurologiques afin d'offrir un plan de traitement dans le meilleur de nos connaissances professionnelles. Évidemment, certains exercices ont pour but de maintenir ou d'améliorer l'état de la personne âgée aux prises avec ces atteintes.

## 9. Sous-motivation

Bien évidemment, les problèmes énumérés précédemment, dans le contenu du plan d'action et d'intervention, peuvent tous agir comme barrières pour la réalisation d'activités journalières. Pour cette raison, il est préférable de s'inquiéter de l'état moral de la personne âgée. Lorsqu'une personne est souffrante et qu'elle ne peut accomplir autant d'activités qu'elle le souhaiterait, le risque est grand que son niveau de motivation en souffre. Encore une fois, il est essentiel de parler à la personne âgée en ce qui concerne les bénéfices d'être plus actif, assidu avec son plan d'exercices et de bouger davantage. Parfois, il est

plus efficace de partager ces informations avec un membre de sa famille. Fréquemment, cette personne est prête à s'engager pour guider ou motiver l'aîné à se mobiliser et à respecter le plan suggéré pour la maison.

Accroître la mobilisation permettra, entre autres, d'améliorer la condition respiratoire, l'endurance, de tonifier et de stimuler la musculature, de même que de ressentir une « bonne fatigue » qui permet de mieux dormir. Comme nous le mentionnons souvent aux personnes âgées que nous rencontrons : « le corps a été fait pour bouger » et nous professons selon ce dicton.

## Conclusion

Tout ce qui est énoncé dans cet article est un survol des services offerts aux personnes âgées en ce qui concerne la physiothérapie. Ces professionnels de la santé sont formés pour évaluer les besoins de chacun et, ainsi, bâtir un plan de traitement pour chaque personne.

## Références

Moulin. (2002). Repéré à <http://www.douleurchronique.org>.

Phillips, C. (2003). Prise en charge de la douleur : réflexions sur l'économie de la santé et de la qualité de vie. *Drugs*, 63, 47-50.



**Souper conférence de l'AQiiG  
Québec 20 novembre 2014 à 17h**

**Consentement et droit de refuser  
pour une personne âgée.**

**Conférence offerte par  
Nancy LACHANCE, T.S., M.a.p.,**

Réservation via le formulaire en ligne  
sur le site internet de l'AQiiG  
L'inscription comprend la présentation,  
le souper-buffet, le stationnement et  
une coupe de vin.

# La physiothérapie et l'ostéopathie, des services professionnels auprès de la population gériatrique

## [Deuxième partie : l'ostéopathie]

**Marie-Pier Garceau,**  
physiothérapeute, D.O.

L'ostéopathie est une « médecine manuelle » préventive et curative qui a pour but thérapeutique de rétablir la mobilité et les fonctions de l'organisme en traitant les causes des douleurs, des symptômes et des troubles fonctionnels (Ostéopathie Québec, 2014). L'ostéopathe peut être vu comme un horloger du corps humain.

L'objectif de l'ostéopathe est de remettre en mouvement les structures du corps telles que les os, articulations, ligaments, muscles, tendons, organes, viscères, sutures crâniennes et autres qui sont en restriction. Cette remise en mouvement permet une libération de la circulation sanguine et lymphatique tout en favorisant les échanges métaboliques entre les différents systèmes du corps humain (Ostéopathie Québec, 2014).

Selon les principes inspirés de Andrew Taylor Still, (1892-1917) un des fondateurs de l'ostéopathie, il est recommandé d'évaluer le corps en globalité afin de trouver la région du blocage et de relâcher les structures impliquées, grâce à différentes techniques manuelles, permettant ainsi au corps de retrouver toutes ses fonctions. L'autorégulation est un des principes de l'ostéopathie qui veut que le corps, s'il est exempt de tout blocage, possède la fonction de se réparer par lui-même.

Pour l'ostéopathe, tout le corps est interrelié; un blocage peut donc avoir une répercussion locale, régionale ou à distance. C'est pour cette raison que la globalité du corps fait partie également des principes de l'ostéopathie. L'ostéopathe qui travaille au Québec le fait dans les cliniques privées, et tout comme le physiothérapeute, vise l'indépendance de sa clientèle par la diminution de la douleur et l'augmentation de la fonction du corps.

Toutes les populations, y compris la clientèle gériatrique, bénéficient des évaluations et traitements en ostéopathie.

### L'évaluation subjective

À l'aide de questions spécifiques, l'ostéopathe récolte toutes les informations concernant le mécanisme de blessure, la région et l'intensité de la douleur, en plus de rechercher les mouvements qui accroissent ou diminuent la douleur. L'ostéopathie évalue la mobilité du système musculosquelettique, mais également celle des organes et viscères. Pour cela, lors de l'anamnèse, des questions spécifiques sont posées à la personne âgée concernant les différents systèmes : cardiaque, respiratoire, digestif. Les réponses recueillies peuvent donner des indications de régions à vérifier lors de l'évaluation objective. Par exemple, une personne mentionnant avoir souffert de nombreuses pneumonies pourra se présenter avec une rigidité thoracique ainsi qu'avec des tensions cervicales en raison des attaches des poumons à l'ossature.

Une autre question très importante est reliée aux antécédents touchant les blessures et les chirurgies. La présence de cicatrices peut entraîner une rigidité importante et limiter le mouvement de plusieurs structures.

À la fin de l'évaluation subjective, les objectifs sont déterminés dans le but de mettre en place le plan de traitement pour la personne âgée et possiblement, le programme d'exercices à exécuter à la maison. Ainsi, pour l'ainé voulant être apte à monter et descendre les escaliers, l'ostéopathe élaborera un programme basé sur cet exercice ou sur le renforcement du muscle quadriceps facilitant ce type d'activité quotidienne.

## L'évaluation objective

L'évaluation objective débute par l'examen de la posture qui peut donner beaucoup d'indications sur les zones de tension. À l'aide de l'image (A), nous pouvons constater qu'une posture normale implique que l'effet de la gravité applique une force adéquate sur la structure osseuse. Une posture antérieure, telle que visualisée dans l'image (C), aura pour effet d'augmenter la tension dans la région lombaire. Or, une posture postérieure, démontrée dans l'image (D) causera une augmentation de la pression sur la région abdominale, donc sur les organes internes.

Par la suite, l'évaluation de la démarche fournira beaucoup de renseignements sur la mobilité globale. Pour ce faire, l'ostéopathe étudie le mouvement de tout le corps, ce qui inclut le balancement des bras, la rotation du tronc, le mouvement du bassin, la mobilité des genoux, la mobilité des chevilles ou la position des pieds.

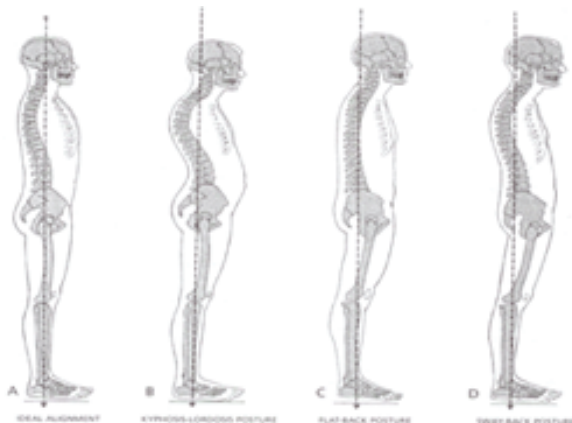


Image pour la posture tirée de : [www.democritique.org/cerveau/maintien\\_de\\_posture.svg.xhtml](http://www.democritique.org/cerveau/maintien_de_posture.svg.xhtml)

Vient ensuite une évaluation spécifique des différents membres et régions du corps par des tests spécifiques, telle que décrite en physiothérapie. En ostéopathie, sont évalués également la position, la mobilité et la qualité des tissus du corps, dont les viscères et les organes. À la suite des tests et des observations décrits précédemment, des régions spécifiques sont ciblées par l'ostéopathe qui procédera alors à l'évaluation des organes et viscères concernés. Cette évaluation est réalisée grâce à la palpation fine du spécialiste qui est à l'écoute des tissus.

Comme signalé précédemment, la douleur peut avoir une origine locale, régionale, à distance ou référée. Le but de l'évaluation globale de

la personne âgée est de dresser une liste des blocages ou des restrictions dans le corps. À l'aide de cette liste, l'ostéopathe détermine la priorité de traitement selon l'importance du blocage ou de la restriction. Alors, un blocage plus important sera traité en premier, car celui-ci pourra faciliter le relâchement des structures avoisinantes.

Voici un exemple de douleur référée :

Madame Tremblay, 74 ans, se présente à la clinique avec une douleur au pied droit. Après une évaluation précise, plusieurs compensations sont notées qui découlent d'un iliaque droit bloqué en position antérieure :

- iliaque droit antérieur;
- jambe paraissant plus longue à droite;
- fémur en rotation externe, ce qui peut causer une irritation du nerf obturateur interne et le nerf du carré fémoral;
- tibia droit en rotation interne;
- pied plat à droite;
- lésion secondaire cuboïde droite située dans le pied (en position basse);
- scaphoïde (pied) en rotation externe;
- contraction du muscle tibial postérieur.

Dans ce cas, la douleur vient de la contraction du muscle tibial postérieur, mais en réalité la source de la douleur vient de l'iliaque bloqué antérieur. Il est donc essentiel de le traiter en premier afin de relâcher les autres structures.

## Le traitement

Après avoir fait la liste des blocages et des restrictions fonctionnelles, l'ostéopathe peut faire son plan de traitement. Ce plan de traitement est propre à chaque individu et évolutif à chaque rencontre.

Les buts recherchés dans tout plan de traitement sont :

- diminuer la douleur par la cryothérapie (froid), l'éducation à l'ainé, l'éducation posturale;
- augmenter la vitalité globale ou locale de l'individu par des techniques ostéopathiques crânio-sacrées;
- augmenter l'amplitude articulaire par des exercices d'amplitude articulaire, des étirements musculaires, des mobilisations articulaires;
- augmenter la mobilité articulaire par des mobilisations articulaires, des étirements musculaires, etc.;

- augmenter la mobilité viscérale par des techniques ostéopathiques viscérales;
- augmenter la flexibilité musculaire par des techniques de relâchement myofascial ou des étirements musculaires;
- augmenter la force musculaire par des exercices de renforcement musculaire, l'éducation concernant la fréquence et l'intensité de l'exercice, etc.;
- augmenter les capacités pour la réalisation des activités de la vie quotidienne par des exercices fonctionnels tel que monter des escaliers.

- la mobilité,
- la force et l'endurance musculaire
- l'équilibre
- la santé cardiorespiratoire.

L'effet général des traitements sera surtout d'apporter une motivation rehaussée et une attitude dynamique quant à son état de santé. L'objectif vise à permettre à la personne âgée d'avoir une qualité de vie améliorée et de favoriser le retour aux activités normales de chaque individu. Le but recherché des physiothérapeutes et des ostéopathes est avant tout de respecter cette prémisse : « le mouvement, c'est la vie ».

## Conclusion

Chaque individu est unique et mérite une attention particulière. La personne âgée peut recevoir des traitements dans différents milieux, que ce soit les services de réadaptation des CLSC, des centres hospitaliers ou ceux en milieu privé. Plusieurs facteurs pourront amener une personne âgée à opter pour un service ou un autre. Le délai d'attente ainsi que des déplacements trop longs en sont quelques exemples.

Même si la personne âgée a besoin de traitements en clinique, il est certain qu'elle bénéficiera d'un plan d'exercices à réaliser à domicile. L'ensemble des traitements et du plan d'exercice permettront à l'aîné de constater l'amélioration générale de :

## Note

1. Cet article, tout comme le précédent, a été écrit par deux professionnelles de la Clinique Concordia Physio Sport de Brossard. Ce regroupement, associé maintenant avec les Cliniques de réadaptation CBI, comprend huit cliniques privées dans la grande région de Montréal dont deux situées sur la Rive-Sud.

## Références

Moulin. (2002). Repéré à <http://www.douleurchronique.org>.

Phillips, C. (2003). Prise en charge de la douleur : réflexions sur l'économie de la santé et de la qualité de vie. *Drugs*, 63, 47-50.

Ostéopathie Québec. (2014). Repéré à <http://www.osteopathiequebec.ca/osteopathie.htm>

# Mire

Formation Conseil inc.

581 996-3774  
www.mireformation.ca

## FORMATIONS OFFERTES PRINTEMPS 2014

Soins en fin de vie

Notes au dossier (3.5h) / Dysphagie et alimentation(3.5h)

Soin des plaies

SCPD : Prévenir et intervenir

(Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence)

FORMEZ VOTRE GROUPE ET NOUS NOUS DÉPLACERONS DANS VOTRE CENTRE À LA DATE QUI VOUS CONVIENT

PRIX DES FORMATIONS 125\$ (7H)

Reconnues comme activités de formation continue OIIAQ et OIIQ



# La Belle Visite : créer des liens pour se souvenir

F. Vinit,  
Ph. D. professeure,  
Département de psychologie, UQAM. Directrice psychosociale de *Jovia*

Le programme *La Belle Visite* a été développé par l'organisme *Jovia*<sup>1</sup> dans les centres gériatriques de Montréal et de Québec. L'activité consiste à présenter la visite d'un duo d'artistes appartenant à la famille Labelle. Les personnages sont habillés avec élégance, digne d'une sortie d'importance et renvoient à l'univers des célébrités d'Hollywood autant qu'à des référents de la culture québécoise. Par leur visite dans l'espace intime de la chambre de l'aîné en perte d'autonomie, et en adéquation avec les références données par les personnes de liaison de l'établissement, les artistes cherchent à toucher des personnes isolées ou incapables de participer aux autres activités.

Le programme est basé sur une rencontre personnalisée, respectant l'état cognitif, physique et émotionnel du résident. Toutes les ressources artistiques (musique, danse, improvisation, etc.) sont mises au service du lien créé avec l'aîné. L'intention de la rencontre est que l'éveil sensoriel amené par la musique, le toucher ou la mise en scène de certains éléments biographiques génère davantage de vie et de sens pour l'individu.

Nous présenterons les principes de la théorie de la réminiscence dont s'inspire le programme avant d'exposer des exemples concrets d'intervention en expliquant les motifs.

## 1. Repères autour de l'idée de réminiscence

Dans un texte de Platon devenu célèbre, Socrate démontre à son jeune élève Ménon qu'il sait des choses qu'il ne croyait pas savoir. Connue sous le nom de « théorie de la réminiscence », cette posture philosophique invite à remettre en cause ce que l'on pense connaître tout en s'ouvrant à la possibilité de savoir des choses qu'on ne soupçonnait pas.

Sous des formes plus littéraires, d'autres auteurs ont illustré à leur manière ce fonctionnement de l'esprit en le mettant en lien avec la mémoire et en montrant comment, au détour d'une sensation, tout un monde oublié pouvait sortir de son apparent oubli. À travers le goût de la madeleine qu'il déguste en prenant le thé, c'est ainsi tout l'univers de son enfance à Cambrai en 1913 qui surgit pour Proust (1999). Ce sont ici les impressions sensorielles qui remanient un souvenir passé avec quantité de petits détails signifiants. Si l'empreinte affective et gustative de la madeleine est un levier puissant, c'est justement parce que le narrateur a déjà vécu la sensation de la pâtisserie fondant dans sa bouche lorsqu'il rendait visite à sa tante au temps de sa jeunesse.

La mémoire n'est donc pas seulement la capacité à évoquer des informations, mais également celle d'entrer en contact, tout en les réinventant, avec des moments de notre histoire qui nous ont touchés et qui ont fait du sens pour nous. Dans le domaine de la gérontologie, la réminiscence est définie comme « l'utilisation du rappel des événements, pensées et émotions passés afin de faciliter l'adaptation aux circonstances actuelles » (McCloskey, 2000). Elle consiste à solliciter des événements de la mémoire autobiographique, le plus souvent des souvenirs de mémoire à long terme, à travers un médium sensoriel, le toucher d'un objet (un rouleau à pâte, un vêtement, etc.), l'écoute d'une musique ou l'évocation d'un thème général illustré par des images (le mariage, l'été, la messe, etc.). Si le but est de permettre un réamorçage cognitif, celui-ci n'est donc pas sollicité directement, mais s'appuie sur des registres engageant le corps en relation avec l'esprit et les sens.

D'un point de vue humaniste, cette conception de la mémoire montre que les souvenirs ne sont pas des informations isolées, mais constituent l'étoffe

même de l'existence de l'individu. Les diverses empreintes que ces souvenirs ont eues tout au long de la vie de la personne sont à la base de son identité. Pour le dire autrement, nous empruntons nos empreintes, c'est-à-dire que notre mémoire, en tout cas dans sa dimension la plus existentielle, n'est pas un disque dur qui nous serait extérieur et qu'il serait possible de réactiver, mais se tisse dans les gestes, les postures et autres situations concrètes de la vie. La phénoménologie disait déjà combien le corps n'est pas un objet physique placé devant d'autres, mais le vecteur de notre être au monde, le moyen par lequel nous sommes invités constamment à agir, résonner, vibrer avec ce qui nous entoure (Merleau Ponty, 1945). Notre identité est donc étroitement liée aux récits que nous nous faisons des divers éléments de notre existence. L'être humain est un être de dialogue il se dit dans le lien à l'autre. Paul Ricoeur écrivait à ce propos combien l'activité de raconter une histoire est en étroite résonance avec l'inscription temporelle de notre existence humaine : « Le temps devient temps humain dans la mesure où il est articulé sur un mode narratif » (Ricoeur, 1983, p. 105).

Dans la recherche en psychologie, la narration a effectivement été reliée à la construction de l'identité (McAdams, 1995). La relecture de vie, comme processus mental permettant de métaboliser des événements de vie non résolus, est souvent notée chez les personnes vieillissantes ou celles se rapprochant de la mort (Butler, 1963).

## La réminiscence auprès des personnes âgées

Dans les centres gériatriques, la thérapie par la réminiscence a été ainsi développée sous la forme d'une série d'ateliers portant sur un thème (l'été, Halloween, etc.) ou sur des objets les évoquant (chapeau de paille, pot de confitures, etc.) auxquels les résidents participent accompagnés par un membre de leur famille ou par un soignant. Elle peut également être une approche sous-jacente à toute la philosophie de soin, les soignants profitant des activités de la vie de tous les jours pour inciter le résident à se raconter. Ainsi, la brosse à cheveux utilisée pendant la toilette, les vêtements durant l'habillage peuvent devenir des prétextes à dialoguer avec la personne, à chanter avec elle ou à évoquer des souvenirs signifiants.

Une méta-analyse portant sur quatre recherches utilisant la thérapie de réminiscence a été faite par Woods, Spector, Jones, Orrell et Davies (2005). Bien que les approches ayant recours à la réminiscence soient très hétérogènes dans ce

qu'elles utilisent, les conclusions notent un effet significatif sur la mémoire autobiographique, ainsi que sur les signes de dépression perdurant plusieurs semaines après l'intervention. L'effet sur les troubles du comportement semble restreint à la seule durée de la séance. En revanche, la complicité et la meilleure connaissance des résidents par les soignants apparaissent comme des facteurs bénéfiques.

La présentation de cet article ne vise pas à valider la théorie de la réminiscence, pour laquelle d'autres données probantes seraient nécessaires, mais à l'illustrer à travers l'exemple de *La Belle Visite*, qui s'inspire largement de cette approche.

## 2. Utilisation de l'humour à *La Belle Visite*

Depuis plus de quarante ans, l'humour suscite un intérêt croissant dans la recherche scientifique autant sur la scène sociale où prolifère l'industrie de l'humour que dans les livres de vulgarisation sur ce thème. Le concept reste cependant complexe à définir. Il désigne un état d'esprit positif par rapport aux circonstances de la vie, et est aussi vu comme la faculté de repérer l'aspect humoristique d'un contexte donné ou de le favoriser à travers ses propres interventions. Envisagé comme une ressource interne (trait de personnalité) ou comme un élément trouvé dans l'environnement (films, livres, autres individus), l'humour agit comme un facteur de résilience (Jourdan-Ionescu, 1984).

Le rire et l'humour entraînent également une modification dans la perception d'une situation difficile, en ayant un « effet tampon » sur les répercussions négatives du stress (Nezlek & Derks, 2001). L'humour utilisé comme stratégie de « coping » facilite l'adaptation à la maladie et améliore l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle (Wanser, Sparks, & Frymer, 2009; Marziali, Mc Donald, & Donahue, 2008). Dans le domaine du soin, il est perçu comme une compétence relationnelle favorisant le lien avec le patient et son suivi du traitement (Bombeck & Berger, 2008).

Parmi les possibilités d'intégrer l'humour en milieu de soin, la figure du clown thérapeutique a été développée depuis les années 1980, principalement en secteur pédiatrique (Koller & Gryski, 2008; Vinit, 2007). Le clown thérapeutique a fait l'objet de quelques recherches quant aux bénéfices d'une visite sur la diminution de l'anxiété préopératoire (Vagnoli, 2005), dans l'accompagnement des patients atteints de cancer (Oppenheim, 1997) ou encore dans les retombées de leur intervention

au niveau des compétences relationnelles des soignants (Masetti, 2001).

## L'humour utilisé par *La Belle Visite*

Le modèle de *La Belle Visite* s'inscrit dans la lignée de l'utilisation de l'humour en milieu de soin, mais ne cherche pas seulement à faire rire. Les membres de la famille Labelle, composée de frères, soeurs, fiancés, et autres, sont des personnages inspirés du contexte historique et culturel des années 1930 à 1950. Si la technique de jeu utilisée par les artistes est basée sur le théâtre physique et clownesque, le concept proposé cherche avant tout à créer un lien et, à travers lui, à favoriser le rappel de souvenirs signifiants. Les personnages de la famille Labelle viennent voir les résidents des centres d'hébergement ou des départements de gériatrie une fois par semaine ou tous les quinze jours. Ces derniers sont ciblés dans chaque établissement par la personne de liaison, responsable de faire le pont entre les artistes et la clientèle pouvant le mieux bénéficier de leur présence.

Existant depuis maintenant trois ans à Montréal et Québec, le programme de *La Belle Visite* cible particulièrement les résidents ayant peu de visites, ceux ne pouvant participer aux autres activités de l'établissement (notamment pour des raisons de déplacements physiques ou de troubles cognitifs) ou présentant un tableau clinique à tendance dépressive (ennui, isolement, tristesse). Elle est particulièrement utilisée avec les résidents ayant des déficits cognitifs et des manifestations comportementales qui y sont associés (errance, agitation vespérale, etc.).

Par exemple, Mme J. nous demande, dès que nous la croisons dans le corridor, si nous avons appris « Over the Rainbow » comme nous lui avons promis la semaine dernière. Chérie et Alfred la raccompagne jusqu'à sa chambre en chantant avec elle. Apprenant que son meilleur souvenir de Las Vegas était le bruit des pièces d'argent tombant de la machine à sous, Chérie et Alfred, pour intégrer Mme M. qui a un problème d'audition, jouent la scène dans la chambre. Ils changent la monnaie pesante pour des billets plus légers et partent voir le spectacle de l'Hawaïen John Ho, le tout, orchestré par Mme J.

Ce petit extrait du rapport des artistes de *La Belle Visite* illustre la façon dont le programme fonctionne. À travers leurs costumes, leur jeu sur les coutumes de l'époque, et leur bagage musical, les artistes viennent stimuler la mémoire ancienne des résidents tout en leur donnant l'occasion de créer un moment significatif dans le moment

présent. Le souvenir est évoqué, mais surtout rejoué ici et maintenant et ce, sous plusieurs angles.

Tous les talents artistiques sont mis au service du récit qui se construit : la parole à travers la narration sollicitée chez le résident, mais aussi les registres non verbaux (geste, refrain de chanson, rythme, etc.) Le bruit des pièces de monnaie n'est pas seulement un phénomène acoustique, mais est aussi un élément affectif ayant créé un certain état chez le voyageur qui s'est rendu à Las Vegas. La personne qui peut évoquer ce détail le voit être réactualisé devant elle à travers le jeu des artistes. La ville prend forme avec ses machines à sous, son ambiance et ses symboles caractéristiques. Le résident peut non seulement regarder la scène, mais aussi la modifier à son gré à travers les ajouts qu'il évoque. La relation établie avec les personnages de la famille Labelle reste le centre de l'intervention, mais cette relation est l'occasion d'un dialogue permettant l'émergence de souvenirs significatifs. *La Belle Visite* s'inscrit donc en continuité avec la théorie de la réminiscence en montrant combien la cognition n'est pas séparable des sensations et des émotions, combien l'affectivité est une composante essentielle de la mémoire.

## 3. Une intervention personnalisée

Les éléments qui permettent le réamorçage du souvenir et, avec lui, l'intérêt et l'éveil du résident ne sont pas toujours reliés à des thématiques précises, mais s'ancrent fondamentalement dans le quotidien. La façon de saluer par exemple en retirant son chapeau, en esquissant un pas de côté avec son parapluie, en retirant ses gants ou en invitant à un baise-main, est autant de manières d'entrer en contact avec le résident. On observe une légère surprise chez l'aîné qui se voit aborder de cette manière. Le geste appelle souvent chez lui un changement de posture et un début d'ouverture à la relation proposée. L'effet de surprise (dans le sens d'un décalage par rapport à ce qui est habituellement fait dans le centre) couplé à la familiarité du geste (qui a été un référent précis d'une époque, d'une forme de politesse) sert d'amorce à la relation.

La galanterie était également un code très important de l'éducation des résidents rencontrés dans les centres. Il n'est donc pas rare que le simple fait de faire un baise-main à un des personnages de *La Belle visite*, sollicite un éclat dans le regard d'un aîné ou le fasse se redresser

dans une posture d'homme fier de sa prestance. Les artistes ont étudié les conventions existant à l'époque (conseils dans le maintien, la démarche, la façon de regarder l'autre, etc.) tout en sollicitant également l'avis et l'aide des aînés qu'ils visitent.

Avec les clientèles issues de communautés culturelles, les artistes développent un vocabulaire en italien, espagnol ou yiddish, ou apprennent des chansons en créole ou en portugais afin de rencontrer le résident dans ses référents affectifs. La langue maternelle et les repères culturels propres à sa communauté sont ici les portes d'entrée privilégiées pour le rejoindre.

Ainsi Mme G. aime répéter aux membres de la famille Labelle, semaine après semaine, la recette des boulettes de viande à la portugaise. Le récit des différents ingrédients de ce plat devient le rituel de chacune des rencontres avec les artistes. Une fois la relation installée par ce rituel culinaire, d'autres registres peuvent s'ouvrir. La visite peut devenir l'occasion de lui demander certains conseils (sur l'amour, sur la façon d'être une bonne ménagère) ou de partager un moment joyeux autour d'un morceau d'accordéon ou de ukulélé.

#### 4. La chambre du résident : un univers à déployer

En allant visiter les résidents des centres d'hébergement, les artistes de *La Belle Visite* entrent dans leur univers personnel. La chambre, l'intimité de la décoration, des photos et des objets constituent le quotidien des personnes, mais aussi les traces visibles de leur histoire de vie. Ces éléments forment la dernière maison des résidents. Comme le dit Joana Duarte Bernadès (2010) : « la maison abrite et rend possible le processus de la mémoire. Et, parce qu'elle révèle une intimité, soit aux éléments extérieurs, soit aux détails intérieurs, elle fait toujours figure de présent. » (p. 1).

En s'intéressant à un objet de ce décor (décor extérieur ou élément du récit du résident), les artistes ouvrent littéralement un monde : ils permettent à ces objets et à ces bribes de souvenirs d'exister pour le résident, d'être mis en scène et déployés dans leur signification vivante. Ainsi, l'étoffe de velours du pardessus qui est sur leur lit, amène avec elle lorsqu'elle est caressée avec attention, les souvenirs des moments où Madame T. pliait les draps après les journées de lessive à la campagne. À d'autres occasions, elle évoquera le velours de la robe de soirée qu'elle portait au mariage de son frère et qui avait fait tant d'envieuses.

Pour le philosophe Gaston Bachelard (2008), lorsque le temps n'est plus pour dynamiser et solliciter la mémoire, le rapport à l'espace prend un sens fondamental. La chambre du résident est à la fois un coffre ouvert à l'évocation du passé, il devient aussi un lieu fondamental pour retrouver des repères existentiels ou ritualiser la rencontre (et ainsi la rendre sécurisante). Le moment où les artistes attendent sur le seuil que le résident leur permette d'entrer, ou bien lorsque celui-ci les invite à aller dans sa chambre en est un bon exemple. Pénétrer avec son autorisation dans cette pièce est déjà une façon d'entrer en contact avec l'intimité de l'autre. Cela signe une forme de confiance, un début d'ouverture à la relation.

Au contraire, le fait de rester dans l'encadrement de la porte, de ne pas franchir le seuil de cet espace personnel, est un événement rare pour les résidents puisque les soins et l'organisation des centres ont tendance à faire de leur chambre un espace ouvert. Les personnages parleront ou chanteront en maintenant une distance avec le résident, en acceptant de ne pas brusquer ce rapprochement avant que l'hôte ne les invite clairement.

De même, certains résidents regardent ainsi les interventions de la famille Labelle en restant sur le pas de leur porte, tout en observant la scène qui a lieu dans le corridor, sans y prendre part. Cette position d'observateur pourra éventuellement se transformer avec le temps par des incursions progressives dans le jeu développé par les Labelle.

#### 5. Médiation sensorielle et réminiscence

Si la réminiscence peut être sollicitée par des objets présents dans l'environnement auxquels les artistes donnent leur attention, elle peut aussi être activée par les accessoires qu'ils amènent. Ici aussi, il ne s'agit pas tant de l'objet pour lui-même que de la sensation qu'il fait vivre à la personne et ce qu'il déploie comme nouvelle manière d'agir ou de se raconter. Le missel de cuir apporté par Joséphine Labelle est lustré longuement du revers de la paume, générant un chant religieux ou un signe de croix ; le pot de confiture tiré du sac d'un autre personnage est soupesé avant d'amener des confidences sur ce moment de l'automne où tous s'activaient dans les cuisines ; le mouchoir à l'odeur de cannelle évoque les veillées de Noël et les pommes au four qu'on préparait à cette occasion.

Lorsque la médiation n'est pas occasionnée par un objet ou un contact, les artistes peuvent partir de quelques mots, ou d'un élément connu de l'histoire de vie du résident. Pour M. G., qui était garagiste, les artistes décident de mettre en scène, c'est-à-dire de littéralement faire entendre, les différentes sortes de moteurs existant à cette époque. M. G. les aide en validant l'intensité et le rythme de chacun des engins. L'avantage d'un travail artistique en trois dimensions est ici visible puisque l'artiste ne se contente pas de parler d'un élément, mais le restitue dans tout son vécu, il le rend palpable, visible, audible. C'est l'arrière-monde existant pour la personne à travers la sensation qui se manifeste dans l'espace et avec lequel ce dernier peut alors entrer en contact. Le résident n'a pas à faire l'effort de tout dire, il peut regarder ce qui se déploie autour de lui, rectifier un élément, y ajouter un son, une chanson, participer comme il le peut et le veut.

## 6. Faire face à la souffrance

L'accueil de la vérité du résident là où il est, permet aussi aux artistes de faire diversion face à la persistance de certains états. Nouvellement admise dans un centre, Mme L. est extrêmement agitée, et passe son temps à lancer des mouchoirs, serviettes de table et autres tissus sur toutes les personnes qu'elle côtoie.

Joséphine Labelle la rencontre pour la première fois et a droit au même traitement. Elle décide de ne pas s'opposer à ce comportement et de reproduire ce geste vis-à-vis de son partenaire de jeu, Alfred. En poursuivant sur cette piste avec légèreté, une forme d'accordage corporel se crée avec la résidente. Celle-ci sort alors de son registre répétitif pour évoquer les batailles de boule de neige de son enfance, puis décrit en détail les « rides » en « sleigh » en pleine tempête pour aller à la petite école. Voyant que Joséphine la soutient dans ces évocations, qui sont à la fois narratives et physiques, elle finit par lui dire : « Ah! Vous savez de quoi je parle, vous aussi vous étiez là! ».

Le fait d'être deux artistes permet également de varier la position du résident qui peut être tour à tour spectateur de la scène (comme s'il regardait une photo animée de son passé) ou bien y prendre une part active (rejouant son entrée dans l'église au bras de son père le jour de son mariage, chantant l'air joué à l'orgue, etc.). Le duo favorise une identification variée avec l'un ou l'autre des deux personnages, son énergie, son genre ou le monde qu'il évoque. Elle facilite aussi une alternance entre des moments d'actions, de sensations et le maintien de temps de communication. L'un des

deux artistes va souvent se relier physiquement au résident (rythme de son corps ou de sa voix, posture, etc.) afin de créer une alliance avec lui, tandis que l'autre incarne celui sur qui on projette frustration et rejet.

Enfin, la présence des personnages de *La Belle Visite*, sans doute parce que leur technique de jeu est basée sur celle du clown, incarne une forme de vulnérabilité. Ils sont une visite familière, généreuse, joyeusement endimanchée, mais ils sont aussi prompts au dévoilement d'eux-mêmes. Leurs beaux habits tentent de masquer leur air emprunté ou leur timidité, mais n'y parviennent pas tout à fait. Leur présence est ici à mettre en relation avec l'archétype du « clown-trickster » (fripon) qui porte l'ombre collective ou individuelle. Ainsi, il n'est pas rare qu'un résident fasse des confidences aux personnages de la famille Labelle, voire même leur confier son envie de mourir. Les artistes ne cherchent pas à rire, mais d'abord à accueillir, sans s'esquiver devant ce qui est partagé, sans fuir devant l'évocation de la tristesse, de l'injustice ou devant la violence existentielle de la fin de la vie. Dire oui à ce qui est partagé est le premier pas d'une relation qui peut ensuite prendre la voie d'une mise en jeu. En mimant les dernières volontés d'une personne, en exposant dans un tableau la représentation qu'elle se fait de son départ, la mort peut parfois être reconnue davantage tout en prenant un visage plus léger. L'expérience artistique ouvre ainsi un espace de possible au-delà des limitations de l'existence.

À d'autres moments, les artistes peuvent tout simplement accompagner la personne alitée ou en fin de vie par une présence et un rythme doux. Une chanson s'improvise, tel que interpréter un canon à deux voix.

« Une larme coule sur la joue, l'homme s'est mis à respirer plus profondément et des larmes ont coulé sur ses joues. Isabelle a posé sa main sur l'épaule du monsieur tout en continuant de chanter. À la fin de la chanson, les sanglots étaient passés, mais les respirations étaient plus régulières. Nous sommes reparties sur la pointe des pieds. » (Journal de Joséphine Labelle).

## Conclusion

Le récit est à la base de la compréhension de soi. Ce qui fait l'humanité de l'homme ne tient pas seulement dans l'excellence de soins physiques, mais dans la possibilité d'un dialogue où l'on peut se dire et se sentir compris, malgré les pertes cognitives ou l'apparente pauvreté de ce qui est

échangé. Récit mis en corps, en action, en jeu, *La Belle visite* illustre ce besoin de récréation évoquée par le philosophe Vladimir Jankélévitch (1977), « mixture de création et de continuation » permettant à la fois « le confort de l'ancienneté et la joie de la nouveauté » (p. 348). Derrière l'apparente banalité de ces moments de jeu, n'y a-t-il pas ici une question fondamentale adressée à la société contemporaine : comment valorisons-nous le pouvoir de transmission de nos aînés? Comment donnons-nous l'espace pour se dire, y compris à travers le rythme, le silence, l'échange d'onomatopées, à ceux d'entre nous qui ne sont plus insérés dans la vie professionnelle?

Peut-on penser que les résidents sont en quête de récits, pris avec des traces de souvenirs qu'ils cherchent à dire et à se réapproprier? Ricœur (1983) fait de ces bribes d'histoires, des structures pré-narratives équivalentes aux rêves et aux sensations diffuses que le patient apporte dans ses séances d'analyse. Dans le fait de pouvoir les raconter à nouveau à un autre, et, ce faisant en les recréant, du plaisir et du vivant circulent, nourrissant le sentiment d'exister.

Enfin, au regard du personnel qui encadre les résidents, d'autres réflexions peuvent s'ajouter. Dans une étude sur l'impact des clowns thérapeutiques en milieu de soin, Masetti (2001) note la diminution de la perception du stress chez les soignants côtoyant les clowns dans leur service. Une étude de 2001 indique également que le comportement des artistes est inspirant pour le personnel de soin, et qu'ils ont tendance à incorporer dans leur propre pratique ce qu'ils observent de l'interaction entre clown et patient. Un élément similaire existe-t-il dans les interventions de *La Belle Visite*? Quel est l'impact de la présence de ces personnages sur le vécu des soignants? Au-delà de ces différentes observations cliniques, c'est toute une recherche qu'il reste à faire.

## Note

<sup>1</sup> Jovia a pour mission de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des patients hospitalisés, par ses deux programmes de clowns thérapeutiques alliant la complicité, le jeu et l'imaginaire. Jovia chapeaute deux programmes distincts, soit *Dr Clown*, destiné aux enfants hospitalisés et, *La Belle Visite*, destiné aux aînés en perte d'autonomie, en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Tiré de <http://www.jovia.ca/fr/index.php>.

# Pour que vieillir soit gai

## Dans le respect et la dignité



Réservation d'un atelier ou  
d'une conférence : 514 866-6788

- Ateliers et conférences
- Guide d'animation
- Fiches d'information
- Charte de la bientraitance
- Outils promotionnels



[www.fondationemergence.org](http://www.fondationemergence.org)

# Références

## Médiagraphie

<http://www.jovia.ca/fr/labellevisite.php>

## Bibliographie

- Bachelard, G. (2008). *La Poétique de l'espace*. Paris : PUF.
- Bernardès, J. D. (2010). Habiter la mémoire à la frontière de l'oubli : la maison comme seuil. *Conserveries Mémoires*, 7.
- Bumbeck, B., & Berger, M. (2008). *L'humour pour aider à grandir*. Singapour : Éditions Mols.
- Butler, R. N. (1963). A life review, an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Faugeron, P, et al. (2006). Intérêt de la thérapie par la réminiscence chez le sujet âgé souffrant de pathologie démentielle. *Revue française de gérontologie*, 127, 368-370.
- Jankélévitch, V. (1977). *La mort*. Paris : Flammarion.
- Jordan Ionescu, C. (2010). L'humour comme facteur de résilience pour les enfants à risque et leur famille. *Bulletin de psychologie*, 6(510).
- Koller, Donna, & Gyski, Camilla. (2008). The life threatened child and the life enhancing clown: Towards a model of therapeutic clowning. *Evidence Based Complementary Alternative Medecine*, 5(1), 17-25.
- Mc Adams, D. P. (1995). What do we know when we know a person. *Journal of Personality*, 63(3), 365-396.
- Marziali, E, McDonald, L, Donahue, P. (2008). The role of coping humor in the physical and mental health of older adults. *Aging & Mental Health*, 12(6), 713-718.
- Masetti, M. (1998). *Soluções de palhaços, transformações na realidade hospitalar*. Sao Paulo : Pala Athena.
- Masetti, M. (2001). *Boas Misturas : possibilidades de modificações da pratica do profissional de saude a partir do contato com os Doutores da Alegria*. Tese de mestrado Psocologica Social, Pontificia Universidade Catolica de Sao Paulo.
- McCloskey Dochterman, J., & Bulechek, G.M. (2000). *Classifications des interventions de soins infirmiers (CISI, NIC, Iowa Intervention project. 2<sup>e</sup> ed.)*. Paris : Masson.
- Merleau Ponty, M. M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- Nezlek, J., & Derks, P. (2001). Use of humor as a coping mechanism psychological adjustment and social interactions. *Humor: International Journal of Humor Research*, 14, 395-413.
- Oppenheim, D., Simonds, C., & Hartmann, O. (1997). Clowning on children's wards. *The Lancet*, 350, 838-1840.
- Piolino, P. (2006). La mémoire autobiographique : théorie et pratique en neuropsychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 27(3), 1-20.
- Proust, M. (1999). *À la recherche du temps perdu : du côté de chez Swann*. Quarto, Gallimard.
- Ricoeur P. (1983). *Temps et récit, tome 1*. Seuil.
- Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., & Orrell, M. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 29, 93-97.
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Robligio, A., & Messeri, A. (2005). Clowns doctors as a treatment for preoperative anxiety in children. A randomized prospective study. *Pediatrics*, 116, 563-567.
- Van Blerkom, L. (1995). Clown doctors: shaman healers of western medicine. *Medical Anthropology Quaterly*, 9, 462-475.
- Vinit, F. (2007). Le clown thérapeutique en milieu pédiatrique. Bilan d'un programme montréalais. *Perspective Infirmière*, 4(6).
- Wanzer, M.B., Sparks, L., & Frymier, A.B. (2009). Humorous communication within the lives of older adults: the relationships among humor, coping efficacy, age, and life satisfaction. *Health Commun*, 24(2), 128-136.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia (review). The Cochrane Collaboration, in *The Cochrane Library*, Issue 2.

# Baluchon Alzheimer a 15 ans!!!

**Guylaine Martin,**  
directrice de *Baluchon Alzheimer*

L'importance de soutenir les aidants d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer, tout comme celle de développer de nouveaux services communautaires et des programmes d'intervention, n'est plus à démontrer. Il s'agit d'une nécessité si l'on souhaite diminuer leur épuisement et retarder le placement en hébergement. La question centrale est plutôt d'examiner la façon d'offrir des services plus flexibles et plus appropriés aux besoins des familles.

Cette constatation était déjà celle de Marie Gendron lorsqu'elle a envisagé la création de *Baluchon Alzheimer* (BA). Forte de son poste de chercheuse à l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (IUGM), elle était au cœur même de l'action auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs proches. Elle a ciblé trois besoins fondamentaux pour rendre réaliste et réalisable le soutien à domicile de la clientèle atteinte de la maladie soit un besoin de répit, d'accompagnement et de transfert de connaissance.

## Besoin de répit

Une période de long répit d'une durée de 7 à 14 jours est indispensable pour permettre une véritable récupération à l'aidant en plus de prendre un peu de recul et conserver une qualité de vie. Les familles souhaitent garder leur proche atteint de la maladie d'Alzheimer le plus longtemps possible à domicile. Cependant, lorsque les aidants ressentent le besoin d'un repos physique et psychologique de plusieurs jours consécutifs, le seul service qui leur soit offert est celui de l'hébergement temporaire, proposé majoritairement par les centres hospitaliers de soins de longue durée. Or, il s'avère que de nombreuses familles hésitent à faire appel à ce type de service en raison de la difficulté de leur proche à s'adapter simultanément à un nouvel environnement et à de nombreux soignants.

## Besoin d'accompagnement

Le besoin d'accompagnement est nécessaire durant ce long chemin d'aidant afin de valider les perceptions, désamorcer les craintes et augmenter le sentiment de compétence. Les proches aidants rapportent souvent ne pas se sentir en mesure d'évaluer objectivement les différentes facettes de leur situation et celle de leur proche, tant sur le plan des troubles cognitifs que sur le plan de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.

## Besoin de transfert des connaissances

Le transfert de connaissance est important afin d'outiller l'aidant pour faire face aux différents aspects de la maladie. Ainsi, le manque de connaissances sur la maladie et ses effets singuliers sur le comportement de leur proche est souvent à l'origine d'incompréhension et de découragement chez les aidants. En outre, l'expérience clinique a démontré que plusieurs d'entre eux éprouvent de la difficulté à mettre en pratique certaines stratégies apprises à la suite de lectures ou lors de participation à des groupes de soutien. Cela s'explique principalement par l'épuisement et la proximité émotionnelle et affective avec leur proche.

En considérant ces multiples dimensions, *Baluchon Alzheimer*, en tant qu'organisme à but non lucratif créé le 8 avril 1999, souhaite agir. Pour ce faire, il propose deux volets : le répit et l'accompagnement. Entre 1999 et 2002, Mme Gendron avait un double statut : fondatrice et baluchonneuse au sein de cette organisation naissante. Elle a pourtant offert plus de 400 jours de répit en prenant le relais de l'aidant au domicile de la dyade aidée/aidant. Puis, afin de déployer son action dans la région et d'être épaulée dans cette démarche, elle recruta une baluchonneuse originaire du Saguenay. Petit à petit, l'équipe s'est agrandie et le baluchonnage s'est étendu dans la plupart des régions urbaines du Québec. En 2003, des études doctorales en gérontologie emmènent Madame Gendron en Belgique. C'est durant cette

période qu'elle déploie l'antenne de *Baluchon Alzheimer* - Belgique.

Malgré le besoin évident des familles et la volonté de l'équipe de *Baluchon Alzheimer* de développer le concept, la réalité financière de l'organisation demeure précaire. Effectivement, *Baluchon Alzheimer* survit uniquement grâce à des dons privés sans aucune subvention qui pourrait assurer sa viabilité. À plusieurs reprises, l'organisation a été au bord du gouffre financier.

## Essentiel mais tellement vulnérable!

En 2007, rien ne va plus. *Baluchon Alzheimer* a acquis ses lettres de noblesse et a fait la démonstration de sa nécessité et de sa crédibilité. Malgré cela, Mme Gendron doit se rendre à l'évidence. Sans l'apport financier du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), elle devra fermer les portes. Commencent donc des représentations auprès des différents ministres en place qui se concluent finalement par une entente entre le MSSS et *Baluchon Alzheimer*. Celle-ci se traduira, en 2008, par l'octroi de 500 000 \$ pour la mise en place du dispositif de baluchonnage dans toutes les Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) du Québec. Cet investissement est réparti entre chaque ASSS selon l'historique d'utilisation de baluchonnage.

L'arrivée de ce financement public change la donne pour l'organisme. Elle oblige une réorganisation majeure du fonctionnement de *Baluchon Alzheimer* afin de pouvoir répondre à la demande et aux exigences du MSSS. De plus, après avoir porté à bout de bras pendant dix ans l'organisme et assuré sa pérennité, Mme Gendron annonce sa retraite. Elle laisse un organisme bien implanté, avec un rayonnement international, fort de 15 baluchonneuses actives ayant offert plus de 6 000 jours de baluchonnages et un conseil d'administration engagé. Elle quitte donc *Baluchon Alzheimer* en février 2009. Le début d'une nouvelle ère commence.

## La croissance et l'avenir

À partir de janvier 2009, Guylaine Martin prend la relève. Diplômée en gestion et travaillant depuis plus de 10 ans avec la clientèle âgée, le Conseil d'administration lui confie le mandat de structurer l'organisme afin de répondre aux attentes ministérielles et d'assurer une saine gestion de la croissance de l'organisation. Pour répondre aux demandes des ASSS, il est décidé d'élargir l'offre

de service de baluchonnage de 4 à 14 jours, mais sans compromettre la mission initiale de *Baluchon Alzheimer*.

En 2011, le mouvement reçoit le Prix d'Excellence du MSSS à titre d'organisme ayant le plus d'impact dans la société. En 2012, c'est au tour de l'Université McGill de reconnaître l'expertise de l'organisme par l'entremise du Séminaire interdisciplinaire en Gériatrie. Parallèlement à ces honneurs, *Baluchon Alzheimer* tient le cap et manifeste un besoin de validation de son modèle d'intervention.

Cela pousse la directrice de l'organisme à effectuer une demande de subvention au MSSS pour une recherche-action, sous la responsabilité de la chercheuse Francine Ducharme, titulaire de la Chaire de recherche Desjardins. Ce projet de recherche a comme objectif d'évaluer, selon des méthodes scientifiques rigoureuses, les effets de *Baluchon Alzheimer* sur :

- 1) différentes dimensions de la qualité de vie des aidants et des parents âgés atteints de la maladie;
- 2) l'intention d'héberger le parent âgé, la perception de la qualité de vie et du soutien reçu pendant la période d'attente de l'hébergement, le nombre de visites aux salles d'urgence des centres hospitaliers et le nombre d'hospitalisations du parent âgé suite à une visite à l'urgence;
- 3) les compétences acquises des aidants visant leur rôle de soutien après la formation donnée par *Baluchon Alzheimer*.

Les résultats de cette recherche sont attendus en avril 2015.

Dans un même souci de validation, elle fait aussi appel à l'expertise de la chercheuse Sophie Éthier de l'Université Laval. Ce projet vise à documenter l'expérience des baluchonneuses afin de mieux comprendre ce travail particulier dans la perspective d'un modèle théorique basé sur la responsabilité morale des aidants. Plus spécifiquement, l'objectif visé est de :

- 1) spécifier les fondements derrière le choix de ce travail de baluchonnage;
- 2) décrire l'actualisation de leur responsabilité;
- 3) comprendre l'évolution de leur réponse à la responsabilité;
- 4) comprendre comment les baluchonneuses singularisent leur responsabilité;
- 5) documenter la transformation de la relation entre les baluchonneuses et la personne atteinte.

Les résultats de cette recherche devraient être livrés d'ici le 31 mars 2014<sup>1</sup>.

Aujourd'hui *Baluchon Alzheimer* a le vent dans les voiles et est formé d'une équipe de 37 personnes, 27 d'entre elles étant elles-mêmes des baluchonneuses. Nous parcourons 11 des 18 régions administratives du Québec afin de répondre au besoin de répit et d'accompagnement des aidants, essentiel au maintien d'une qualité de vie et d'une dignité pour la dyade. Nous soutenons à distance *Baluchon Alzheimer* - Belgique et travaillons actuellement au développement d'un réseau de collaboration pour l'implantation du baluchonnage en France.

Le cap des 14 000 jours de baluchonnages a été atteint en décembre 2013. Or, dans un contexte où les avis se rejoignent pour déclarer que la maladie d'Alzheimer est devenue un problème de santé publique, que les politiques gouvernementales s'orientent vers le soutien à domicile, *Baluchon Alzheimer* se positionne de plus en plus comme un incontournable, voire un modèle. Notre volonté est de poursuivre notre mission et de veiller à l'amélioration de l'organisation et de la qualité de notre service. Dans la même perspective, nous travaillons sur le développement de nos interventions sur les plans psychologique et social. L'objectif visé est de produire un réel effet bénéfique sur la qualité de vie des personnes atteintes et sur celles de leurs proches aidants pour ainsi réduire des conséquences préjudiciables sur le système de santé.

## **Baluchon Alzheimer a eu 15 ans ce printemps!**

*Baluchon Alzheimer* ne pourrait être ce qu'il est aujourd'hui sans l'investissement et le soutien constant de nombreux acteurs depuis sa création en 1999.

Le 15<sup>e</sup> anniversaire de l'organisme a été l'occasion unique de célébrer ensemble le chemin parcouru, le développement de *Baluchon Alzheimer*, ses valeurs et surtout sa réussite.

Ainsi s'est déroulée le 8 avril dernier au Château Royal à Laval, une célébration mémorable qui a permis à tous ceux appuyant notre cause, de près ou de loin, de se retrouver.

D'ailleurs, nous avons profité de cette soirée chaleureuse et festive pour honorer ses fondateurs et aborder ses perspectives d'avenir, dévoiler sa nouvelle image, son nouveau site Internet ainsi que son équipe actuelle, qui compte maintenant plus de 40 employés.

Nous pouvons conclure avec satisfaction que cet événement fût un succès! En effet, le bilan final de cette journée nous apprend que cette soirée d'anniversaire en l'honneur de *Baluchon Alzheimer* a accueilli plus de 150 personnes, des amis précieux pour nous.

### **Note**

<sup>1</sup>Grégoire, Catherine G., & Éthier, Sophie. (2013). L'expérience morale des baluchonneuses : des aidantes particulières ayant la responsabilité de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Québec : École de service social, Faculté des sciences sociales, Université Laval. Repéré à [http://baluchonalzheimer.com/wp-content/uploads/2014/04/Rapport\\_Sophie-%C3%89thier.pdf](http://baluchonalzheimer.com/wp-content/uploads/2014/04/Rapport_Sophie-%C3%89thier.pdf)

# Chronique : J'ai lu

## Linda Thibeault

Fortinash, Kathleen M., & Holoday Worret, Patricia A. (2013). *Soins Infirmiers, santé mentale et psychiatrie*. Traduction française (dir. Claire Page, Jean-Pierre Bonin et Dominique Houle). Montréal : Chenelière Éducation.

Chapitre 17, Troubles cognitifs : délirium, démence et troubles amnésiques. Kelley, R. A. traduit par Lucie Tremblay.

et Chapitre 26, Les personnes âgées par Linda Thibeault.

Ce livre, portant principalement sur les atteintes affectant la santé mentale, en est à sa seconde édition. Servant fréquemment comme ouvrage de référence aux étudiantes en soins infirmiers, on y retrouve deux chapitres s'intéressant aux aînés.

Mme Lucie Tremblay a participé à cette création, par la traduction et l'adaptation, du chapitre portant sur les atteintes cognitives. Un portrait y est dressé du délirium, des principales démences, des démences réversibles et des troubles amnésiques. Une grande partie du chapitre est consacrée à la démarche de soins et à plusieurs échelles d'évaluation concernant les atteintes neurologiques, les comportements et la capacité fonctionnelle. Des approches de soins et des interventions sont suggérées, comme la psychopharmacothérapie ou l'approche interdisciplinaire. Un exemple de plan de soins et de traitements se retrouve vers la fin de ce chapitre. Ce dernier s'accompagne aussi d'un exemple de cas permettant la révision pour l'infirmière. L'éditeur permet également une utilisation multimédia de ce livre par différents liens web.

Le deuxième chapitre qui nous intéresse a la caractéristique d'être original dans l'édition française et ne se retrouve donc pas dans la version

anglophone. Ce chapitre porte sur les personnes âgées et répond à une demande qui avait été faite à l'éditeur d'avoir un chapitre spécifique sur ce sujet.

Écrit par Mme Linda Thibeault, ce chapitre touche la santé mentale des personnes âgées et complète les différents chapitres qui se retrouvent dans l'ensemble de l'ouvrage. Il soulève les caractéristiques rencontrées chez les aînés.

Découpé de la même manière que le chapitre décrit précédemment, il regroupe les sujets de la détresse et le stress, la dépression, l'anxiété, l'abus de substances, les troubles somatiques, la schizophrénie. Il se termine par les troubles suicidaires. Il présente également à la fin une histoire de cas.

Il est intéressant de noter qu'une plus grande place a été accordée aux personnes âgées dans un tel livre de référence. Il devient un ajout intéressant comme source d'informations pour les enseignants ou toute personne s'intéressant à ces sujets.

La population vieillissante amène tranquillement des changements dans les manuels de référence, mais ces transformations sont encore timides. En effet, dans ce document comportant plus de 840 pages, seulement 59 touchent les personnes plus âgées. Il n'en demeure pas moins qu'il est un très bon livre de référence, récent et adapté à notre réalité québécoise.

L'adaptation de cet ouvrage a valu à Claire Page, Jean-Pierre Bonin et Yvon Brassard, le Prix du ministre de l'Enseignement supérieur de la Recherche et de la Science (Info OIIQ, 29 mai 2014)

# Pour toute communication avec l'Association

4565, chemin Queen Mary,  
Montréal (Québec)  
H3W 1W5

(514) 340-2800, poste 3092 (boîte vocale)  
www.aqiig.org  
info@aqiig.org

## Membres du Conseil d'administration 2013-2014

**Francine Lincourt Éthier**, présidente et  
Directrice des soins infirmiers et des programmes  
à la clientèle - Résidence Angelica  
francine.lincourt.ange@ssss.gouv.qc.ca  
(514) 324-6110, poste 289

**Huguette Bleau**, vice présidente  
hbleau@hotmail.com

**Céline Lagrange**, trésorière  
clag02@hotmail.com

**Olivette Soucy**, secrétaire  
Consultante en soins infirmiers gériatriques  
soucy.olivette@gmail.com  
(514) 504-6279

**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  
agagnon2.csssl@ssss.gouv.qc.ca  
(450) 668-1010, poste 24482

**Johanne Senneville**, membre substitut  
Infirmière clinicienne spécialisée - HMR  
jsenneville.hmr@ssss.gouv.qc.ca  
(514) 252-3400, poste 5291

**Linda Thibeault**, collaboratrice  
Conseillère spécialisée en soins infirmiers en  
psychogériatrie, éditrice de *La Gérontoise*  
nursegirl@live.ca



AQiiG  30 ANS

Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en gériologie