

La G⁺érontoise

Comprendre et intervenir face aux problèmes de santé mentale
chez les personnes âgées



DANS CE NUMÉRO

- P.6** > Continuum d'interventions de participation sociale des aînés : Approches innovantes pour favoriser un vieillissement en santé dans la communauté
- P.14** > Le mésusage d'alcool : un problème sous-estimé, sous-évalué et sous-traité chez les personnes âgées
- P.21** > Odette Roy en entrevue avec Francine Lincourt Éthier
- P.29** > Le désir de mourir des personnes âgées : le comprendre pour mieux intervenir
- P.36** > Les milieux d'hébergement novateurs pour les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs : Partie 2
- P.42** > Soins infirmiers pour les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs : principes d'intervention

AQiiG⁺

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériatrie

La Gérotoise

AQiiG

CP 89022 - CSP Malec
Montréal (Québec) H9C 2Z3
Site web : www.aqiig.org
Courriel : info@aqiig.org

La Gérotoise : communications@aqiig.org
Publicité : coordination@aqiig.org
Téléphone : 514.360.7273 poste 3120

Présidente de l'AQIIG

Huguette Bleau
presidente@aqiig.org

Rédaction

Rédactrice en chef
Ginette Labbé

Comité de la revue

Angélique Paquette
Ginette Labbé
Huguette Bleau
Louise Francoeur
Odette Roy

Révision linguistique

Solange Bleau
Membres du comité de la revue

**Création graphique
et mise en page**
L'ASSOCIÉ

Dépôt légal

3^e trimestre 2022
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 gérontologie (AQIIG).

Cette revue est destinée à toute personne intéressée par le domaine des soins infirmiers. Elle présente les résultats de différentes recherches réalisées en sciences infirmières et autres secteurs d'activités connexes, des projets cliniques, des expériences vécues et la gestion dans les milieux de soins ainsi que des travaux d'étudiantes et étudiants universitaires. S'ajoutent les chroniques *Entrevue* et *J'ai lu* offrant d'autres facettes du soin.

Tous les articles peuvent être reproduits en partie ou en entier à condition d'en spécifier la source. Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

Pour soumettre un article, écrire à info@aqiig.org à l'attention de la rédactrice en chef Madame Ginette Labbé.

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 gratuite

La Gérotoise numérique est diffusée gratuitement aux infirmières et infirmiers, aux institutions d'enseignement et de recherche, ainsi qu'aux établissements de santé, et ce, au Québec, dans les autres provinces canadiennes et à l'international.

Pour obtenir la revue, consulter le site internet www.aqiig.org ou pour s'abonner communiquer par courriel à info@aqiig.org.

Sommaire

- 4 Mot de la présidente
- 5 Mot de la rédactrice en chef

INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE

- 6 **Continuum d'interventions de participation sociale des aînés : Approches innovantes pour favoriser un vieillissement en santé dans la communauté** - Mélanie Levasseur, erg., Ph. D. et Agathe Prieur Chaintré, inf. diplômée d'état (France)

TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL

- 14 **Le mésusage d'alcool : un problème sous-estimé, sous-évalué et sous-traité chez les personnes âgées** - Claire Page, inf., Ph. D.

ENTREVUE

- 21 Odette Roy en entrevue avec Francine Lincourt Éthier

LE DÉSIR DE MOURIR

- 29 **Le désir de mourir des personnes âgées : le comprendre pour mieux intervenir** - Sylvie Lapierre, Ph. D.

LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT NOVATEURS

- 36 **Les milieux d'hébergement novateurs pour les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs : Partie 2** - Philippe Voyer, inf., Ph. D., Émilie Allaire, M.A., Anne-Marie Veillette, M.A. et Camille Savoie, inf., Ph. D. (c)

LES TROUBLES COGNITIFS

- 42 **Soins infirmiers pour les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs : principes d'intervention** - Sylvie Rey, inf., DESS santé mentale, M. Sc., Ph. D. et Steeven Bernier, inf., DESS santé mentale, M. Sc., M.A.

J'AI LU

- 49 **À quoi voit-on qu'on a vieilli?** - *Philosophie magazine*, édition de décembre 2021-janvier 2022

Mot de la présidente



Chères lectrices et chers lecteurs,

Ça bouge à l'AQIIG! Les membres du conseil d'administration ont tenu une rencontre estivale concernant l'évaluation de notre planification 2020-2023; il y eut aussi une discussion sur le rôle et les enjeux de l'AQIIG dans les années à venir. Plusieurs constats et certaines décisions ont émergé.

D'abord, notre comité scientifique brillamment mené par Madame Francine Lincourt Éthier changera de présidente en décembre prochain. Une membre honoraire de l'AQIIG au long parcours cesse son implication à l'AQIIG. Nous la remercions grandement pour tout. D'ailleurs, vous êtes invités à lire son entrevue dans la présente édition. Du même souffle, nous félicitons et remercions Madame Carole Dagenais d'avoir accepté de prendre la relève et soyez assurés qu'elle y appliquera la grande rigueur et le même enthousiasme que nous lui connaissons.

Avant ce départ et cette nomination, la Journée scientifique du 27 octobre prochain, en mode virtuel, vous rejoint partout. Le thème est : **La santé et le bien-être des aînés des Premiers Peuples : mieux comprendre pour mieux soigner**. Des formatrices autochtones et non autochtones discuteront entre autres de sécurisation culturelle et de compétence culturelle. De plus, en début et en fin de journée, Monsieur Sandro Echaquan, infirmier praticien en soins de première ligne et professeur à l'Université de Montréal, partagera ses réflexions sur ce thème. Soyez des nôtres! En 2023, surveillez la **suite de la Journée thématique sur les soins de plaies par Chantal Labrecque**.

Puis, constatant l'intérêt grandissant des autrices et auteurs pour la qualité de notre revue et, disons-le, la sous-utilisation de cet outil pour la pérennité financière de l'Association, **sachez que dorénavant il y aura une large diffusion gratuite des deux éditions annuelles de La Gérontoise** accessibles sur notre site Web et par envoi courriel. Ainsi, l'intérêt publicitaire permettra, nous l'espérons, de rehausser l'offre des bourses d'études à nos membres. Les membres continueront de bénéficier de réductions pour nos formations et celles-ci ne verront pas leurs tarifs majorés. Il en va de même pour les frais d'adhésion.

Nous annonçons la nomination de Madame Ginette Labbé au poste de rédactrice en chef de la revue, poste qu'elle assumait par intérim avec brio. Nous la félicitons et la remercions d'avoir accepté ce poste qui s'ajoute à celui de la présidence du comité de la revue. La présente édition s'intéresse aux défis de vieillir en santé mentale et des problèmes rencontrés.

Nous maintenons notre implication quant aux enjeux importants de la profession en étant membre de l'Alliance pour le futur des soins infirmiers en lien avec les recommandations des États généraux tenus en mai 2021 ainsi que membre de la Coalition pour des ratios sécuritaires en santé. Nous vous invitons à nous suivre sur notre page Facebook ou notre site Web pour plus de détails.

Votre soutien en tant que membres et participants à nos activités de formation ainsi qu'à titre de partenaires et commanditaires est important. Nous vous en sommes reconnaissants.

Merci d'être là pour l'AQIIG!

A handwritten signature in black ink that reads "Huguette Bleau". The signature is fluid and cursive.

Huguette Bleau, Ph.D.
Infirmière retraitée | Présidente

Mot de la rédactrice en chef



Chers lecteurs et lectrices,

Enfin nous soufflons un peu, les mesures sanitaires sont levées. Mais je crois que nous devons demeurer vigilants car le coronavirus est un petit cachotier. Il peut nous attendre au détour du chemin. Je vous présente la revue *La Gérontoise* de l'automne 2022. Nous abordons la santé mentale chez les aînés.

En entretien, Francine Lincourt Éthier nous parle de l'évolution de la santé mentale chez les aînés au cours des cinquante dernières années, ses espoirs et sa vision de la santé mentale de demain. Mélanie Levasseur présente des approches innovantes pour favoriser un vieillissement en santé dans la communauté. Claire Page nous fait réaliser que la consommation d'alcool chez les aînés est un problème sous-estimé, sous-évalué et sous-traité. Sylvie Lapierre analyse des études sur le désir de mourir et le suicide chez la personne âgée. Philippe Voyer continue sa présentation du nouveau paradigme d'un milieu de vie novateur donnant plus de place à la liberté, à la participation sociale et à l'autonomie répondant aux besoins particuliers des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs. Sylvie Rey présente les principes généraux d'intervention que les infirmières doivent considérer pour agir auprès des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Le *J'ai lu* nous fait découvrir une revue philosophique abordant la question : *À quoi voit-on qu'on a vieilli?* On y aborde le vieillissement, ce qui nous amène à réfléchir à notre propre vieillissement.

Au printemps 2023, le comité a choisi comme thème les Premiers Peuples. Vous êtes un membre d'une communauté ou/et travaillez auprès d'eux et voulez partager votre expérience, nous faire découvrir la culture afin de donner des soins de qualité auprès des personnes âgées des Premiers Peuples. Contactez-nous au info@aqiig.org si vous désirez soumettre un article.

À l'automne 2023, le comité de rédaction est à la recherche d'auteurs et d'autrices qui se spécialisent en soins de première ligne chez les aînés. Vous avez une expertise spécifique aux soins à domicile et désirez la partager. Contactez-nous.

Bonne lecture!

Ginette Labbé, inf. clinicienne retraitée
Rédactrice en chef



CONTINUUM D'INTERVENTIONS DE PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS : APPROCHES INNOVANTES POUR FAVORISER UN VIEILLISSEMENT EN SANTÉ DANS LA COMMUNAUTÉ

MÉLANIE LEVASSEUR, erg., Ph. D.

AGATHE PRIEUR CHAINTRÉ, inf. DIPLÔMÉE D'ÉTAT (FRANCE)

Essentielle pour promouvoir la santé, incluant la santé mentale, et prévenir les incapacités, la participation sociale est néanmoins restreinte pour environ la moitié des Québécois âgés. Bien que généralement ciblées par les professionnels de la santé incluant les infirmières, peu d'interventions efficaces favorisant réellement la participation sociale atteignent des populations vulnérables et sont mises en œuvre au Québec. Des études préalables ont montré la faisabilité et les effets positifs d'interventions prometteuses et complémentaires dont l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC; intervention individuelle de participation dans la communauté avec des bénévoles) et des environnements inclusifs (intervention populationnelle sur les politiques, les services et les structures et incluant pour rompre avec l'âgisme). Optimisé et mis en œuvre à travers le Québec, ces interventions représentent une des voies les plus prometteuses pour soutenir les pratiques de participation sociale actuelles et permettre aux aînés de mieux vieillir, et ce, en étant en santé plus longtemps.

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population québécoise est un des plus importants défis nécessitant des interventions innovantes et efficaces sur les déterminants de la santé et impliquant la contribution de tous les professionnels de la santé, incluant les infirmières. Définie par l'implication d'une personne dans les activités qui lui procurent des interactions avec les autres (Levasseur et al., 2010) dans la communauté, dans la vie communautaire et dans des milieux partagés et importants, de façon évolutive, selon le temps disponible et en fonction de ce qui est désiré et significatif pour elle (Levasseur et al., 2021), la participation sociale est modifiable (Abu-Rayya, 2006) et constitue un important déterminant d'un vieillissement actif et en santé. Une meilleure participation sociale est associée à plusieurs résultats positives de santé (Bath et Deeg, 2005) dont une indépendance fonctionnelle supérieure (Levasseur et al., 2011), une satisfaction envers la vie accrue (Levasseur et al., 2008), des séjours plus courts à l'hôpital (Newall et al., 2015) et une réduction du risque de morbidité (Berkman et al., 2000) et même de mortalité

(Nygqvist et al., 2014). Influençant ainsi la santé mentale, c'est-à-dire un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2001), la participation sociale est facilitée lorsque les capacités de la personne et son environnement sont optimisés (Fougeyrollas et al., 1998). En présence de bonnes capacités d'adaptation ou d'un environnement accessible et favorisant les interactions, la participation sociale est accrue et la personne est davantage intégrée dans sa communauté, exerce son pouvoir d'agir, jouit du respect, de l'estime d'autrui et entretient des relations solidaires et affectueuses (Maier et Klumb, 2005). **Afin d'améliorer la participation sociale des aînés, il importe d'intervenir selon un continuum d'interventions incluant à la fois une perspective populationnelle, en créant des environnements favorables et inclusifs pour les aînés en général, et une perspective individuelle, en offrant aux aînés en perte d'autonomie un accompagnement personnalisé qui considère leurs besoins sociaux**

et fonctionnels. Ce continuum cible ainsi l'ensemble des aînés, de la population générale à ceux à risque ou ayant des incapacités.

D'une perspective populationnelle, il importe d'agir tant au niveau des individus que de leurs environnements (Gouvernement du Québec, 2008) et de mieux connaître l'influence des composantes clés, c'est-à-dire les politiques, les services et les structures, notamment l'accessibilité des ressources, les opportunités de participation sociale, le soutien communautaire et le niveau de défavorisation matérielle et sociale des quartiers (Levasseur et al., 2012a). Les aînés vivant dans des environnements inclusifs sont plus susceptibles de participer socialement au sein de leur communauté, incluant en milieu rural (Clément et al., 2018). La santé et la participation sociale des aînés sont aussi mitigées par l'âgisme, c'est-à-dire des stéréotypes (pensées), des préjugés (sentiments) et la discrimination (actions) selon l'âge implicite ou explicite, que ce soit dirigé envers soi-même, entre les personnes ou de la part des institutions (Organisation mondiale de la santé [World Health Organization], 2021). Ces limitations engendrent des conséquences à la fois pour les individus et la collectivité et sont présentes dans notre société, surtout lors de la pandémie (Fraser et al., 2020). Afin de mieux guider les politiques, les services et les structures en vue de réduire les inégalités et d'améliorer la santé et le bien-être des populations vieillissantes (OMS, 2007), il importe de promouvoir l'entraide et la création d'environnements inclusifs et favorables à la participation sociale, c'est-à-dire adaptés aux capacités et aux besoins des aînés.

Pour optimiser les interventions individuelles, des efforts considérables ont été consentis pour consolider le réseau intégré de services à la prévention de la perte d'autonomie (Beland et al., 2006; Hébert, 2004) et favoriser l'arrimage entre les différents établissements de santé et communautaires. Ces efforts ont contribué à l'amélioration de l'accessibilité et de la satisfaction envers les services (Beland et al., 2006), permettant aux aînés en grande perte d'autonomie d'avoir une meilleure satisfaction de leur besoins (Dubuc et al., 2011). Les interventions des professionnels de la santé portent toutefois principalement sur les activités courantes et, rarement, sur les activités sociales et de loisirs (Levasseur et al., 2014; Turcotte et al., 2015). De plus, la continuité des services présente certaines lacunes, notamment pour le suivi à long terme et pour l'utilisation des ressources communautaires (Nikolova et al., 2011). Pourtant, les organismes communautaires offrent une vaste gamme de services et d'activités complémentaires et ont pour mission, entre autres, d'encourager les contacts sociaux et de briser les situations d'isolement des aînés en perte d'autonomie. Afin de répondre aux besoins sociaux et fonctionnels des personnes âgées en perte d'autonomie, un

accompagnement personnalisé, c'est-à-dire qui reconnaît chaque aîné comme une personne unique et à part entière (Office des personnes handicapées du Québec, 2009) dans un contexte social spécifique, doit être privilégié. L'accompagnement personnalisé qui permet d'adapter les interventions à l'individu, selon un mode précis et préventif, a montré son efficacité et permettrait d'optimiser les interventions pour répondre aux besoins sociaux et fonctionnels des aînés (Restall et al., 2003). Selon une recension systématique des interventions de participation sociale (Raymond et al., 2013), l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC; Annexe 1) est la seule intervention d'accompagnement personnalisée et en partenariat permettant de favoriser la participation sociale des personnes ayant une autonomie fonctionnelle diminuée. Actuellement principalement disponible dans le cadre de projets de recherche, l'APIC consiste en un suivi hebdomadaire de trois heures réalisé par un accompagnateur non professionnel qui est rémunéré, formé et supervisé. Lors du suivi personnalisé, l'accompagnateur stimule la personne à accomplir des activités de participation sociale qui sont significatives, mais difficiles pour elle. Cette bonification des visites amicales, une intervention actuellement offerte à plusieurs aînés du Québec, permet de compléter et de prolonger les interventions des professionnels de la santé qui sont, le plus souvent, temporaires et principalement axées sur l'indépendance dans les activités courantes et la sécurité à domicile, et qui ne répondent que partiellement aux besoins de participation sociale des personnes en perte d'autonomie. Expérimenté avec succès au Québec, l'APIC a été initialement développé auprès d'adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC). Puisqu'il existe d'importantes similitudes entre les besoins des personnes avec un TCC (Lefebvre et Levert, 2012) et des personnes âgées en perte d'autonomie (Levasseur et al., 2014; Turcotte et al., 2015), l'APIC nécessitait d'être adapté et expérimenté auprès d'aînés (Levasseur et al., 2016), incluant ceux ayant des troubles de santé mentale (Aubin, 2018) pour vérifier son efficacité (Levasseur et al., 2018).

En bref, en regard des connaissances actuelles, il importe de développer, d'évaluer et d'implanter un continuum d'interventions favorisant la participation sociale des aînés, et ce, d'une perspective populationnelle et individuelle. Ainsi, en présence d'environnements inclusifs (Pellerito, 2006), l'APIC pourrait réduire de façon significative les coûts du système de santé (Levasseur et al., 2007), optimiser la trajectoire de vie comme déterminant d'un vieillissement actif et satisfaisant et ajouter de la qualité aux dernières années de vie. Enfin, en outillant les aînés en lien avec leur santé et leur participation sociale, il pourrait aussi favoriser une utilisation optimale des ressources privées et communautaires déjà disponibles. **La recherche doit ainsi poursuivre le développement**

et l'évaluation d'un continuum d'interventions et d'approches innovantes de santé complémentaires au réseau intégré de services à la prévention de la perte d'autonomie et développées pour répondre aux besoins sociaux et fonctionnels, souvent complexes et évolutifs, des aînés.

PRÉSENTATION DE DEUX VOLETS DU CONTINUUM D'INTERVENTIONS DE PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS

Issu d'expériences cliniques en milieu communautaire et en santé publique, d'études sur l'importance des activités de participation sociale pour la qualité de vie des aînés, de recherches épidémiologiques d'envergure utilisant la géomatique, de formation en promotion de la santé des aînés et de réseautage auprès d'équipes en émergence travaillant sur des environnements inclusifs incluant sur l'âgisme, un continuum d'interventions de participation sociale des aînés a été développé. De ce continuum, deux volets seront ici présentés : l'APIC, une intervention individuelle et les environnements inclusifs, une intervention populationnelle.

Volet 1. Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC)

Les travaux de notre équipe ont permis d'adapter l'APIC aux aînés en perte d'autonomie, d'explorer sa faisabilité, ses effets et de documenter son implantation au sein d'une Communauté bienveillante en milieu rural, c'est-à-dire un endroit où ils se sentent bienvenus, respectés et soignés (Nguyen et Levasseur, Soumis pour publication). Lorsque mis en œuvre par des accompagnateurs rémunérés, l'APIC est réalisable (Levasseur et al., s. d.; Piché et al., 2019) et permet d'accroître la mobilité, la participation sociale, les loisirs et l'espace de déplacement d'aînés en perte d'autonomie fonctionnelle (Levasseur et al., 2016). Douze mois après la fin de l'intervention, leur qualité de vie globale et sa dimension liée à la santé et au fonctionnement s'était aussi améliorée et leur aire de déplacements s'était maintenue (Gagnon et Levasseur, s. d.; Pigeon et al., 2019). Lorsqu'adapté et expérimenté auprès d'aînés ayant une atteinte visuelle, l'APIC permet une amélioration de leur participation sociale, de leurs loisirs et de leur qualité de vie (Pigeon et al., 2020). Une adaptation de cette intervention a été réalisée auprès d'immigrants âgés (Cherif et al., 2021). Implanté au sein d'une Communauté bienveillante en milieu rural et offert par des citoyens-bénévoles, l'APIC est non seulement priorisé par les partenaires (Clément et al. 2018), mais présente des bienfaits pour la participation sociale, l'accès au transport, le bien-être et le pouvoir d'agir des aînés (Lacerte et al., 2021). Un essai clinique à répartition aléatoire actuellement

en cours permettra d'évaluer le rapport coût-utilité et les effets de l'APIC sur la santé, la participation sociale, la satisfaction envers la vie et l'utilisation des services de santé et d'aide à domicile d'aînés en perte d'autonomie dans deux régions métropolitaines et dans deux régions urbaines du Québec (Levasseur et al., 2018). Les résultats préliminaires de ce volet soutiennent que l'APIC a un effet positif sur la santé mentale et sur la satisfaction envers la vie des aînés (Gobeil et al., 2020). Des adaptations technologiques (ex. : portefeuille électronique et site Internet facilitant respectivement le suivi des activités et l'identification des ressources) et intergénérationnelles (ex. : soutien des jumelages d'aînés avec des personnes d'autres générations) ont aussi été débutées lors de la pandémie et sont actuellement poursuivies grâce à une recherche-action (Levasseur et al., 2022) qui permettra de susciter un engagement important des principaux acteurs concernés et de planifier un changement social, et ce, selon un processus itératif. Actuellement implanté dans cinq régions du Québec, l'APIC favorise une intégration accrue des services publics et une utilisation optimale des ressources de la communauté, assurera un maintien ou une amélioration de la santé et de la participation sociale des aînés et, ultimement, leur permettra de mieux vieillir plus longtemps.

Volet 2. Environnements inclusifs

Les travaux de ce volet ont déjà permis de développer un Indice du potentiel de participation sociale et de mieux comprendre comment les caractéristiques environnementales favorisent la santé et la participation sociale. Afin de poursuivre ces travaux, nous identifions notamment les composantes clés qui favorisent le mieux la santé positive, la participation sociale et l'équité en santé et documentons la planification d'une revitalisation inclusive d'un centre-ville. Selon nos travaux préliminaires, un Canadien âgé sur quatre souhaiterait participer davantage et il existe des inégalités de participation sociale selon le genre et les milieux métropolitains, urbains et ruraux, notamment liées à la disponibilité des activités et du transport (Naud et al., 2019a), mais aussi à la convivialité des villes et des quartiers ainsi qu'à l'accueil et à l'ouverture des habitants (Naud et al., 2019b). La proximité des ressources, le soutien social, le transport et la sécurité du voisinage sont aussi importants pour la mobilité et la participation sociale des aînés (Levasseur et al., 2012b). Des analyses secondaires de la banque de données NuAge ont permis de montrer que, même si la fréquence de réalisation des activités sociales est similaire pour les aînés résidants en milieu métropolitain, urbain et rural, les facteurs environnementaux associés diffèrent (Levasseur et al., 2015). Pour l'ensemble des milieux, une participation sociale plus fréquente des aînés est associée

au fait d'avoir un permis de conduire et de vivre à proximité des ressources. En milieu métropolitain, l'utilisation du transport en commun et un réseau social de qualité sont toutefois associés à une participation sociale plus fréquente des aînés, tandis qu'en milieu rural, le fait d'avoir des enfants dans le voisinage et d'y vivre depuis vingt ans ou plus important (Levasseur et al., 2015). Une convivialité accrue de l'environnement à l'égard des Canadiens âgés est associée aux municipalités métropolitaines, à une proportion supérieure d'aînés, à une défavorisation matérielle inférieure et à une démarche Municipalité amie des aînés avancée (St-Pierre et al., 2022). La santé, la participation sociale et l'équité en santé d'Estriens âgés seraient positivement influencées par la nature, une offre d'activités variées, des moyens de communication efficaces et des mesures favorisant l'équité, notamment en facilitant l'accessibilité et la réalisation équitable d'activités importantes (Maclure et al., Soumis pour publication). Selon une étude de cas réalisée à St-Bruno-de-Montarville et à Sainte-Julie, ces deux municipalités québécoises favorisaient le vieillissement actif en assurant la **proximité** (ex. : réseaux et ressources du voisinage et écoute active des besoins des aînés) et la **transversalité** (ex. espaces et opportunités intergénérationnelles et politiques unifiées et complémentaires) (McNeil-Gauthier et al., s. d.). En présence d'un bon sentiment d'appartenance à la communauté, la résilience (c'est-à-dire la capacité à faire face à l'adversité (Campbell-Sills et Stein, 2007)) des Estriens âgés a une influence accrue sur leur participation sociale (Levasseur et al., 2017). Lorsque les ressources sont limitées, la participation sociale est moins fréquente chez les Québécois âgés peu importe leurs capacités, mais elle croît lorsque les ressources et les capacités des Québécois âgés augmentent (Levasseur et al. 2011). Les travaux sur ce volet se poursuivent pour mieux comprendre ce qui explique que les résidents de cinq municipalités estriennes (Levasseur, 2020) et canadiennes (Levasseur, 2022) présentaient une santé positive, une participation sociale, une équité en santé supérieure et qu'une proportion de la variance de la participation sociale des aînés est attribuable aux municipalités. Pour favoriser la poursuite du développement d'environnements inclusifs, une recherche action est aussi en cours auprès d'acteurs clés de la planification d'une revitalisation inclusive d'un centre-ville (Braverman et al., 2022). Ce volet améliorera les connaissances sur les environnements inclusifs et permettra aux aînés, ainsi qu'aux différents acteurs du milieu, d'être mobilisés dans le développement global de leur environnement, incluant dans l'optimisation de municipalités ou de centres-villes favorables et inclusifs pour tous.

CONCLUSION

Actuellement non-offertes aux aînés, les interventions du présent programme de recherche, dont l'APIC et les environnements inclusifs, ont un potentiel élevé de retombées individuelles et sociétales. Puisque ce programme s'appuie sur un important partenariat multidisciplinaire, les interventions implantées optimiseront l'arrimage entre le réseau public et les ressources communautaires. Plus spécifiquement, en favorisant une intégration accrue des services publics et une utilisation optimale des ressources de la communauté, l'APIC pourrait permettre une amélioration importante de la participation sociale des aînés ayant des incapacités et, ultimement, le maintien ou l'augmentation de leur santé globale et aussi mentale. En guidant les décideurs des municipalités, les projets de recherche-action permettront la création d'environnements favorables à la participation sociale des aînés, et ce, dans les municipalités et les centres-villes. Enfin, grâce à l'implication de divers professionnels de la santé dont les infirmières, il sera possible de favoriser autrement la santé et la participation sociale des Québécois âgés.

Annexe 1 : Détails sur l'intervention d'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC)

L'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) est un programme « sur mesure » d'accompagnement hebdomadaire et régulier (environ 3 heures par semaine) par des personnes de la communauté, formées à la problématique TCC et à une approche de communication personnalisée, et supervisée par un intervenant professionnel. Les accompagnateurs encouragent chaque personne à se fixer des buts qui sont importants pour elle et à accomplir ses activités de la vie quotidienne (AVQ) et de loisirs afin qu'elle devienne le plus autonome et satisfaite possible de son intégration dans la communauté et de sa participation sociale. Pour y arriver, elle apprend donc, avec l'aide de l'accompagnateur, à mobiliser ses ressources personnelles et celles de son environnement. Les résultats préliminaires du projet original après un an indiquent que les participants sont plus satisfaits au plan de la gestion de leurs AVQ et de leurs loisirs. Ils se disent plus positifs face à la vie, font une réflexion constructive sur leur propre projet de vie et ressentent une amélioration de leur bien-être psychologique alors que leurs proches se sentent davantage soutenus dans leur rôle d'aidant. Les résultats préliminaires tendent également à montrer le maintien de ces acquis à travers le temps. Un second projet est en cours afin d'évaluer les effets à plus long terme de l'APIC auprès des participants TCC modérés à sévères initiaux et de le piloter auprès d'adultes (18 ans et plus) ayant un TCC léger avec séquelles persistantes six mois post-trauma. Quelques participants sont âgés de 65 ans et plus. Les résultats préliminaires de ce projet en cours serviront d'ancrage pour l'adaptation initiale de l'APIC auprès d'une clientèle âgée de 65 ans et plus et en perte d'autonomie. Cette adaptation sera poursuivie et documentée tout au long de l'étude proposée, en fonction des besoins particuliers de cette clientèle. L'intervention est centrée sur les besoins particuliers, fait appel aux forces et habiletés des personnes en fonction de leur contexte de vie, et implique que les accompagnateurs soient à l'écoute de leurs besoins et de ce qu'elles vivent. L'APIC offre un accompagnement personnalisé centré sur les objectifs et un projet pour lequel la personne est motivée. Ainsi, l'APIC reconnaît la personne comme un acteur compétent en contexte et favorise son autodétermination et son autonomie. Selon les besoins des personnes, certaines peuvent nécessiter un accompagnement plus soutenu alors que d'autres choisiront un accompagnement plus léger, c'est-à-dire sur une moins longue période de temps ou encore à un rythme moins intensif.

Formation des accompagnateurs : La formation originale de l'APIC est de cinq jours et comprend deux jours de cours théoriques sur le traumatisme crânien et ses effets physiques, psychologiques, de communication et sociaux; une journée de participation à des interventions à domicile ou dans la communauté avec un ergothérapeute, un éducateur spécialisé, un psychoéducateur ou un orthopédagogue; et deux jours de participation à des activités sociales offertes par un organisme impliqué auprès des personnes TCC. Pour l'étude proposée auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, cette formation sera adaptée et inclura des cours théoriques spécifiques sur le vieillissement et la promotion de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées ainsi que la participation à des activités sociales offertes par des organismes communautaires visant le maintien dans la communauté des personnes âgées. En cours d'intervention, les accompagnateurs rédigent un journal de bord hebdomadaire afin de consigner les activités réalisées en fonction de l'objectif de l'accompagné, les difficultés rencontrées, les impressions, etc. Le journal de bord permet au Comité de gestion et de partenariat (CGP) d'encadrer l'accompagnateur et de documenter les retombées de l'APIC.

Formation des accompagnateurs : La formation originale de l'APIC est de cinq jours et comprend deux jours de cours théoriques sur le traumatisme crânien et ses effets physiques, psychologiques, de communication et sociaux; une journée de participation à des interventions à domicile ou dans la communauté avec un ergothérapeute, un éducateur spécialisé, un psychoéducateur ou un orthopédagogue; et deux jours de participation à des activités sociales offertes par un organisme impliqué auprès des personnes TCC. Pour l'étude proposée auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, cette formation sera adaptée et inclura des cours théoriques spécifiques sur le vieillissement et la promotion de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées ainsi que la participation à des activités sociales offertes par des organismes communautaires visant le maintien dans la communauté des personnes âgées. En cours d'intervention, les accompagnateurs rédigent un journal de bord hebdomadaire afin de consigner les activités réalisées en fonction de l'objectif de l'accompagné, les difficultés rencontrées, les impressions, etc. Le journal de bord permet au Comité de gestion et de partenariat (CGP) d'encadrer l'accompagnateur et de documenter les retombées de l'APIC.

Références

1. Abu-Rayya, H. (2006). Depression and social involvement among elders. *The Internet Journal of Health*, 5(1), 1-6. <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/10692>
2. Aubin, G. (2018). L'accompagnement personnalisé pour l'intégration communautaire des aînés vivant avec un problème de santé mentale : Facilitateurs et obstacles selon les partenaires. *Vie et vieillissement*, 15(3), 68-76.
3. Bath, P. A. et Deeg, D. J. (2005). Social engagement and health outcomes among older people: Introduction to a special section. *European Journal of Ageing*, 2(1), 24-30. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0019-4>
4. Beland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A. M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A. P. et Dallaire, L. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(4), 367-373. <https://doi.org/10.1093/gerona/61.4.367>
5. Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. et, & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
6. Braverman, L., Lacasse-Bédard, J., Sharek, M., Ndjaboue, R., Lord, S., Généreux, M. et Levasseur, M. (2022, mai 17). *Participation sociale des personnes aînées et revitalisation inclusive du centre-ville de Sherbrooke (Québec, Canada)*.
7. Clément, A. P., Djilas, D., Vinet, T., Aubin, A., Demers, K. et Levasseur, M. (2018). Identification and feasibility of social participation initiatives reducing isolation and involving rural older adults Canadians in the development of their community. *Ageing Clinical and Experimental Research*, 30(7), 845-859. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0849-x>
8. Cherif, B., Couturier, Y. et Levasseur, M. (2021, juin 14). *Favoriser la participation sociale d'immigrants âgés ayant une déficience visuelle grâce à un Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC)*.
9. Dubuc, N., Dubois, M. F., Raiche, M., Gueye, N. R. et Hébert, R. (2011). Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: Does integrated services delivery make a difference? *BMC Geriatrics*, 11(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-67>
10. Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Dion, S. A. et St-Michel, G. (1998). Social consequences of long-term impairments and disabilities: Conceptual approach and assessment of handicap. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21(2), 127-141. <https://doi.org/10.1097/00004356-199806000-00002>
11. Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., Garcia, L., Taler, V., CCNA Social Inclusion and Stigma Working Group, Andrew, M., Bayly, M., Bethell, J., Chasteen, A., Elliot, V., Herron, R., Itzhak, I., Kortzman, A., Maxwell, C., McGilton, K., ... Tougas, F. (2020). Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? *Age and Ageing*, 49(5), 692-695. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>
12. Gagnon, K. et Levasseur, M. (2022). *Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) d'aînés ayant des incapacités : Exploration de l'expérience et de son influence 12 mois plus tard [Personalized citizen assistance for social participation (APIC) of older adults with disabilities: Exploration of the experience and its influence 12 months later]*. *Érudit*, 28(1), 55-71. <https://doi.org/10.7202/1089856ar>
13. Gobeil, J., Dubois, M.-F., Maisonneuve, C. et Levasseur, M. (2020, février 5). *Effets de l'APIC sur le parcours de vie d'aînés ayant des incapacités : Perspectives croisées d'aînés accompagnés et d'accompagnateurs bénévoles*.
14. Gouvernement du Québec. (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-216-01.pdf>
15. Hébert, R. (2004). PRISMA: Un modèle novateur pour l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie. Dans R. Hébert, A. Tourigny, & M. Gagnon (Dir), *Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie (PRISMA) : Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Edisem.
16. Lacerte, J., Provencher, V. et Levasseur, M. (2021). *L'émergence des bienfaits chez les aînés de l'Accompagnement personnalisé (APIC) en contexte bénévole : Résultats d'une étude de cas multiples*. 4e Colloque franco-latino-américain de recherche sur le handicap. Ville de Québec.
17. Lefebvre, H. et Levert, M.-J. (2012). Les proches de personnes ayant un traumatisme crânien ont-ils des besoins particuliers ? Une étude internationale Québec-France. *Développement humain, handicap et changement social*, 19(3), 87-100. <https://doi.org/10.7202/1086815ar>

Auteures



MÉLANIE LEVASSEUR, erg., Ph. D.

Mélanie Levasseur est ergothérapeute, directrice de la recherche et professeure titulaire à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke, et chercheure au Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Elle détient un doctorat en sciences cliniques de l'Université de Sherbrooke et a aussi réalisé un stage postdoctoral en promotion de la santé à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal. Professeure Levasseur est une Nouvelle investigatrice des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC; bourse salariale #360880; 2017-2022) et une chercheuse Sénior des Fonds de la recherche du Québec Santé (#298996; 2021-2025). Financé par un volet Fondation des IRSC, son programme de recherche cible le développement et l'évaluation d'un continuum d'interventions innovantes pour favoriser la participation sociale des aînés. <http://mlevasseur.recherche.usherbrooke.ca>

ORCID: 0000-0002-5914-0708

CIHR PIN: 126 315



AGATHE PRIEUR CHAINTRÉ, inf. DIPLÔMÉE D'ÉTAT (FRANCE)

Infirmière de formation ayant pratiqué auprès des aînés en France, Agathe Prieur Chaintre poursuit sa formation en gérontologie à l'Université de Sherbrooke. Elle est également coordinatrice de recherche pour l'APIC à Sherbrooke.

18. Levasseur, M. (2020, octobre 22). *Communities best fostering positive health, social participation and health equity in aging Eastern Townshippers*.
19. Levasseur, M. (2022, juin 16). *Influence of municipalities to support the health, social participation and health equity of older Canadians: Findings from the CLSA*. <https://www.clsa-elcv.ca/webinar-videos>
20. Levasseur, M., Cohen, A. A., Dubois, M.-F., Généreux, M., Richard, L., Therrien, F.-H. et Payette, H. (2015). Environmental factors associated with social participation of older adults living in metropolitan, urban and rural areas, from the NuAge study. *American Journal of Public Health*, 105(8), 1718-1725. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302415>
21. Levasseur, M., Desroches, J., Généreux, M., Vanasse, A., Beaulac, C., Paquet, E., Chabot, E. et Gosselin, L. (2012b, novembre 14). *Neighbourhood environment, mobility and social participation in older adults: Results from a scoping study*.
22. Levasseur, M., Desrosiers, J. et St-Cyr Tribble, D. (2007). Comparing the Disability Creation Process and International Classification of Functioning, Disability and Health models. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(ICF special issue), 233-242. <https://doi.org/doi:10.1177/000841740707405502>
23. Levasseur, M., Desrosiers, J. et St-Cyr Tribble, D. (2008). Subjective quality-of-life predictors for older adults with physical disabilities. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 87(10), 830-841. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e318186b5bd>
24. Levasseur, M., Dubois, M.-F., Filiatrault, J., Vasiladiis, H.-M., Lacasse-Bédard, J., Tourigny, A., Levert, M.-J., Gabaude, C., Lefebvre, H., Berger, V. et Eymard, C. (2018). Effect of personalised citizen assistance for social participation (APIC) on older adults' health and social participation: Study protocol for a pragmatic multicentre randomised controlled trial (RCT). *BMJ Open*, 8(3), e018676-e018676. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018676>

25. Levasseur, M., Filiatrault, J., Maisonneuve, C., Aubin, G., Gagnon, C., Vasiliadis, H.-M. et Levert, M.-J. (2022, juin 4). *L'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) en pandémie : Une recherche-action pour favoriser la santé durable et la participation sociale des aîné(e)s*. <https://event.fourwaves.com/fr/4econgresrechercheadaptationreadaptation/pages/a39baf9b-46dc-4202-9f7c-ea06095c0f94>
26. Levasseur, M., Gauvin, L., Richard, L., Kestens, Y., Daniel, M., Payette, H. et NuAge Study Group. (2011). Associations between perceived proximity to neighborhood resources, disability, and social participation among community-dwelling older adults: Results from the VoisiNuAge study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(12), 1979-1986. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.06.035>
27. Levasseur, M., Larivière, N., Royer, N., Desrosiers, J., Landreville, P., Voyer, P., Champoux, N., Carboneau, H. et Sévigny, A. (2014). Match between needs and services for participation of older adults receiving home care: Appraisals and challenges. *Leadership in Health Services*, 27(3), 204-223. <https://doi.org/10.1108/LHS-07-2013-0030>
28. Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.-Y., Tourigny, A., Couturier, Y. et Carboneau, H. (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC): A promising intervention for increasing mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.001>
29. Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Lacerte, J., Carboneau, H. et Therriault, P.-Y. (s. d.). *Adaptation of the Personalized citizen assistance for social participation (APIC) in older adults having disabilities: A feasible intervention to foster social and leisure activities in society* [document soumis pour publication].
30. Levasseur, M., Lussier-Therrien, M., Biron, M. L., Raymond, É., Castonguay, J., Naud, D., Fortier, M., Sévigny, A., Houde, S. et Tremblay, L. (2021). Scoping study of definitions of social participation: Update, co-construction of an interdisciplinary consensual definition, and exploration of the influence of international health policies. *Age and Ageing*, 51(2), afab215. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab215>
31. Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. et Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141-2149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>
32. Levasseur, M., Roy, M., Michallet, B., St-Hilaire, F., Maltais, D. et Généreux, M. (2017). Associations between resilience, community belonging and social participation among community-dwelling older adults: Results from the Eastern Townships Population Health Survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(12), 2422-2432. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.03.025>
33. Levasseur, M., Vanasse, A., Courteau, J., Généreux, M., Cohen, A. et Kestens, Y. (2012a). Favoriser la participation sociale et la santé de la population vieillissante grâce aux enquêtes populationnelles et à la géomatique : Un exemple d'une initiative méthodologique possible. *Médecine Sciences Amérique (Numéro spécial de la FMSS de l'Université de Sherbrooke thème porteur « vieillissement »)*, 1(4), 55-61. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>
34. Maclure, M., Bouffard, A., Morin, M.-K., Renaud, C., Tessier-Buisson, I. et Levasseur, M. (s. d.). Importance de la nature, des opportunités d'activités, de leur accessibilité et de leur publicisation pour favoriser la santé positive, la participation sociale et l'équité en santé d'Estriens âgés [document soumis pour publication].
35. Maier, H. et Klumb, P. L. (2005). Social participation and survival at older ages: Is the effect driven by activity content or context. *European Journal of Ageing*, 2, 31-39. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0018-5>
36. McNeil-Gauthier, A.-L., Milot, D.-M. et Levasseur, M. (s. d.). How environments can foster positive health, social participation, and health equity in older adults through increased proximity and transversality: Results from a case study of two Canadian municipalities [document soumis pour publication]. *Canadian Journal of Public Health*.
37. Naud, D., Généreux, M., Bruneau, J.-F., Alauzet, A. et Levasseur, M. (2019a). Social participation in older women and men: Differences in community activities and barriers according to region and population size in Canada. *BMC Public Health*, 19(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7462-1>
38. Naud, D., Hamel, M., Caron, M., Cardin, V., D. -Roux, M.-H. et Levasseur, M. (2019b). Caractéristiques environnementales favorisant la participation sociale : Une enquête auprès d'aînés québécois. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 39(1), 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000138>
39. Newall, N., McArthur, J. et Menec, V. (2015). A longitudinal examination of social participation, loneliness, and use of physician and hospital services. *Journal of Aging and Health*, 27(3), 500-518. <https://doi.org/10.1177/0898264314552420>
40. Nikolova, R., Demers, L., Bédard, F. et Giroux, F. (2011). Transitions in the functional status of disabled community-living older adults over a 3-year follow-up period. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1), 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.11.003>
41. Nyqvist, F., Pape, B., Pellfolk, T., Forsman, A. K. et Wahlbeck, K. (2014). Structural and Cognitive Aspects of Social Capital and All-Cause Mortality: A Meta-Analysis of Cohort Studies. *Social Indicators Research*, 116(2), 545-566. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0288-9>
42. Office des personnes handicapées du Québec. (2009). À part entière : Pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées. www.ophq.gouv.qc.ca/apartentiere. Consultée le 21 janvier 2011.
43. Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Santé mentale : Renforcement de la promotion de la santé mentale*.
44. Organisation mondiale de la santé. (2007). *Guide mondial des villes-amies des aînés*. Éditions de l'OMS. <http://site.ebrary.com/id/10214521>
45. Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Global report on ageism*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
46. Pellerito, J. M. (2006). *Driver rehabilitation and community mobility: Principles and practice*. Elsevier Mosby.
47. Piché, L., Arseneault, S., Leblanc, M., Croteau, N. et Levasseur, M. (2019). Pré-implantation de L'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) : Adaptabilité, collaboration et financement, les déterminants d'une implantation réussie. *La revue canadienne du vieillissement*, 38(3), 315-327. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000059>
48. Pigeon, C., Boulianne, R. et Levasseur, M. (2019). Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) et changements de la mobilité chez des aînés en perte d'autonomie. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 5(2), 65-86. <https://doi.org/10.13096/rfr.e.v5n2.113>
49. Pigeon, C., Gobeil, J. et Levasseur, M. (2020, février 5). *Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) : Favoriser l'inclusion à un âge avancé par des activités sociales et de loisirs*.
50. Raymond, É., Sévigny, A., Tourigny, A., Vézina, A., Verreault, R. et Guilbert-Couture, A. (2013). On the track of evaluated programs targeting the social participation of seniors: A typology proposal. *Ageing and Society*, 33(2), 267-296. <https://doi.org/10.1017/S0144686X11001152>
51. Restall, G., Ripat, J. et Stern, M. (2003). A framework of strategies for client-centered practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 103-112. <https://doi.org/10.1177/000841740307000206>
52. St-Pierre, C., Braverman, L., Dubois, M.-F. et Levasseur, M. (2022). Convivialité des municipalités canadiennes à l'égard des aînés : Portrait et facteurs associés. *Canadian Journal of Public Health*, 113, 579-588. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00617-9>
53. Turcotte, P.-L., Larivière, N., Desrosiers, J., Landreville, P., Voyer, P., Champoux, N., Carboneau, H., Sévigny, A., Carrier, A. et Levasseur, M. (2015). Participation needs of older adults having disabilities and receiving home care: Met needs concern mainly daily activities, while unmet needs involve mostly social activities. *BMC Geriatrics*, 15(95), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0077-1>

SÉRIE WEBINAIRES

2022-2023

AQiiG 

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQiIG) est heureuse de vous présenter la programmation de sa **série de webinaires 2022-2023**. Encore cette année, nous vous proposons sept webinaires accrédités sur des sujets d'intérêt pour les infirmières et infirmiers ou tout autre professionnel de la santé.

Que vous soyez membre ou non de l'association, vous pouvez participer! Chacun des webinaires est d'une durée d'une heure, ils sont plus faciles à intégrer à votre horaire de travail. Si vous le désirez, vous pouvez obtenir une attestation à la suite de votre participation.

Tous les webinaires de la série sont disponibles en rediffusion. Pour plus d'informations, [cliquez ici!](#)

6 AVRIL 2022
12 H À 13 H

LA TÉLÉMÉDECINE ET LES
PERSONNES ÂGÉES : LES
DERNIÈRES TENDANCES DE
LA MODE TÉLÉ-MÉDICALE

Par Mahmoud Nadar

20 AVRIL 2022
12 H À 13 H

DILEMMES ÉTHIQUES VÉCUS PAR
DES INFIRMIÈRES QUÉBÉCOISES
FACE À L'AIDE MÉDICALE À
MOURIR : RÉSULTATS D'UNE
THÉORISATION ANCRÉE

Par Maude Hébert

25 MAI 2022
12 H À 13 H

DÉMYSTIFIER LA DÉPRESSION ET
LES TROUBLES ANXIEUX CHEZ LA
PERSONNE ÂGÉE : DES PISTES
D'INTERVENTIONS

Par Sylvie Rey

8 JUIN 2022
12 H À 13 H

LA PRESSION MONTE! RELEVER LES
DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE DE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE POUR
PROTÉGER LE CŒUR, LES VAISSEAUX,
MAIS AUSSI... LE CERVEAU

Par André Michaud

21 SEPT. 2022
12 H À 13 H

POLYMÉDICATION ET LA SAINE
GESTION DES MÉDICAMENTS
CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Par Nicole Ouellet

7 DÉC. 2022
12 H À 13 H

L'AÎNÉ VILLAGEOIS : SECRETS
ET DÉFIS DU VIEILLIR ET DU
PRENDRE SOIN EN RURALITÉ

Par Dre Michèle Morin

15 FÉV. 2023
12 H À 13 H

QUAND SCIENCE ET ART SE
RENCONTRENT POUR HUMANISER LES
SOINS AUX PERSONNES PRÉSENTANT
DES ATTEINTES COGNITIVES

Par France Cloutier



LE MÉSUSAGE D'ALCOOL : UN PROBLÈME SOUS-ESTIMÉ, SOUS-ÉVALUÉ ET SOUS-TRAITÉ CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

CLAIRE PAGE, inf., Ph. D.

En raison de son accessibilité et de la prévalence élevée de sa consommation, l'alcool est la substance qui représente le plus grand risque pour la santé des personnes âgées et qui entraîne la plus grande gamme de méfaits dans ce groupe de la population. Cet article aborde la problématique particulière d'un usage d'alcool à risque ou nocif chez les aîné.e.s.

INTRODUCTION

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la plupart des personnes âgées ont une bonne santé mentale. En 2017-2018, les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* indiquaient qu'environ 72 % des personnes âgées de 65 ans et plus percevaient leur santé mentale comme étant très bonne ou excellente (Agence de santé publique du Canada, 2020). C'était le cas de 68,5 % des adultes âgés de 20 à 64 ans. Par contre, au-delà de 85 ans, seulement 63 % déclarait être en bonne ou très bonne santé mentale. Alors que près de 20 % de la population québécoise est atteinte de troubles mentaux (Lesage et Émond, 2012), c'est le cas d'environ 15 % des personnes âgées de 60 ans dans le monde (Organisation mondiale de la santé, 2017). Les maladies mentales les plus courantes chez les aîné.e.s canadiens sont les troubles anxieux et de l'humeur, les troubles cognitifs et mentaux dus à une affection médicale, l'abus de substances et les troubles psychotiques. La consommation d'alcool chez les aîné.e.s est un problème sous-estimé, sous-évalué et sous-traité. Les infirmières jouent un rôle essentiel dans la sensibilisation des personnes âgées aux liens entre l'usage d'alcool et la santé. Elles doivent contribuer au dépistage de la consommation à risque ou nocive et favoriser l'accès aux soins et traitements requis qui, souvent, sont moins disponibles pour les personnes âgées que pour les plus jeunes.

TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL

M. Georges, 79 ans, possède un chalet de rêve. Agréable et bon vivant, il adore y recevoir ses enfants et amis. L'offre généreuse de bières, de vins et de spiritueux est devenue quasi quotidienne. Sa fille Nicole vous demande : « Dites-moi, il faut combien de verres par jour pour pouvoir dire qu'une personne est alcoolique? »

Les repères changent et il peut devenir difficile de se situer. Dans la dernière version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* [DSM-5] publié par l'Association américaine de psychiatrie [APA] (APA, 2015), les diagnostics Abus de substances et Dépendance ont été retirés et remplacés par *Troubles liés à une substance*. Plus précisément, le *Trouble de l'usage de l'alcool* est défini comme un « mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative » (p. 583). Le diagnostic ne peut être établi qu'en présence, d'au moins deux critères (tableau 1), durant une période d'au moins 12 mois. La gravité du trouble varie selon le nombre de critères (figure 1). Il n'y a donc pas de seuil défini par un nombre précis de consommations qui permettrait de conclure qu'une personne est alcoolique. Par ailleurs, outre le nombre de verres, le risque varie considérablement en fonction de l'âge de la personne, de ses problèmes de santé physique et mentale, de sa médication et de son histoire de santé (Kuerbis et al., 2014).

Tableau 1 – Critères d'un Trouble de l'usage de l'alcool (APA, 2015, p. 583)

1. Alcool souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.
3. Beaucoup de temps passé pour se procurer l'alcool, le consommer et récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse, fort désir ou besoin pressant de consommer.
5. Consommation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures.
6. Consommation continue malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Activités sociales, professionnelles ou de loisir abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Consommation dans des situations où cela peut être dangereux.
9. Usage poursuivi malgré que la personne sache avoir des problèmes physiques ou psychologiques causés ou exacerbés par l'alcool.
10. Tolérance (besoin de quantités plus grandes pour obtenir le même effet).
11. Symptômes de sevrage (agitation, tachycardie, tremblements, etc.)

Figure 1 - Gravité du trouble l'usage de l'alcool

		
2-3 critères : trouble léger	4-5 critères : trouble modéré	6+ critères : trouble grave

NORMES D'UNE CONSOMMATION À FAIBLE RISQUE

M. Thomas, 80 ans, vous dit : « Je tolère bien l'alcool. J'ai de l'expérience dans le domaine, croyez-moi. Un tout petit verre de vin et puis quoi? Ça me rend joyeux, ça me détend. Jamais vous ne me verrez saoul. Et puis, c'est bon pour la santé. J'en suis la preuve! Quelques oublis? Peut-être! C'est normal à mon âge. »

M. Thomas affiche plusieurs fausses croyances très répandues. Le « tout petit verre de vin » dont il parle dépasse sans doute largement les recommandations canadiennes

d'alcool à faible risque diffusée par Educ'Alcool (2007) (tableau 2). Comme bien des gens, il surestime le « verre standard » recommandé, de même que le nombre de verres (Cochrane Canada, 2021). Il est certainement peu disposé à compter ses verres. M. Thomas croit qu'une consommation excessive en est une qui ne cause pas de problèmes ou de comportements d'ébriété. Il croit à tort que seulement une très forte consommation comporte quelques risques et que son niveau de tolérance élevé entraîne moins de conséquences négatives.

Tableau 2 – Verre standard (alcool pur : 13,5 g / 17 ml)

			
Bière 5 % - 340 ml	Vin 12 % - 140 ml	Vin fortifié 20 % - 85 ml	Spiritueux 40 % - 45 ml

En réalité, les changements physiologiques normaux du vieillissement (ex. : diminution d'eau dans le corps et de la masse musculaire, ralentissement du métabolisme et de la filtration de l'alcool, etc.), diminuent la tolérance à l'alcool. En général, quand une personne âgée de plus de 65 ans consomme la même quantité d'alcool qu'une personne plus jeune, son alcoolémie est de 30 à 40 % plus élevée (Flint et al., 2018).

Comme bien des gens, M. Thomas maximise les effets positifs de l'alcool (ex. : « Ça me détend. Ça me rend de bonne humeur. C'est bon pour la santé. ») (Cochrane Canada, 2021). Il minimise les méfaits de sa consommation ou les attribue à l'âge (ex. : « C'est normal à mon âge... un petit oubli! »), un déni lui permettant d'éviter de s'interroger ou de se culpabiliser pour ses excès.

Les normes d'une consommation à faible risque s'appuient sur des méta-analyses et des revues systématiques des écrits portant sur le lien entre la consommation d'alcool, le risque de décès et les bénéfices possibles. En fait, même en petite quantité, l'alcool comporte des risques réels pour la santé physique et mentale (tableau 3). Compte tenu des risques particuliers de l'alcool chez les aîné.e.s, les chercheurs de la **Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées** [CCSMPA] (2019) a révisé à la baisse les limites d'une consommation d'alcool à faible risque (tableau 4).

Tableau 3 – Risques associés à l’alcool





- Blessures (chutes, accidents de la route)
- Sédation et troubles du sommeil
- Troubles sexuels
- Événements cardiovasculaires, diabète, cirrhose, démences, incontinence, décès prématuré. etc.
- Cancers (bouche, pharynx, larynx, œsophage, colon-rectum, foie et sein chez les femmes)
- Augmentation de la consommation de tabac
- Perturbation de la qualité et de la quantité de l'alimentation, carence en thiamine
- Dépression et décès par suicide
- Atteinte cognitive : compromet les possibilités de compensation du déclin cognitif lié à l'âge
- Interactions nuisibles avec les médicaments (ex. : benzodiazépines et alcool agissent principalement sur les mêmes neurotransmetteurs GABA)
- Conséquences sociales (ex. : tensions familiales, isolement, problèmes financiers, maltraitance et exploitation par les aidants, itinérance, criminalité, etc.)

DÉPISTAGE

Une collègue vous rapporte le cas de Mme Fleury, 75 ans. Durant son hospitalisation pour une fracture à la hanche causée par une chute, la dame a présenté un délirium tremens. Votre collègue vous dit : « Ça ne m'est jamais passé par la tête que Mme Fleury puisse consommer de l'alcool! »

Quand on pense à une personne qui a des problèmes de consommation, c'est rarement une personne âgée qui nous vient à l'esprit. Il se peut que votre collègue associe l'image d'une personne âgée, une femme par surcroît, à la sagesse ou à une bonne grand-mère. L'idéalisation de l'image d'une personne âgée peut expliquer son oubli de vérifier les habitudes de consommation de la dame. Cela peut arriver même en présence de signes pouvant indiquer une consommation à risque, comme des chutes, la dénutrition, des troubles de la mémoire, une hygiène corporelle négligée ou d'autres changements. De plus, ces signes peuvent facilement être confondus avec ceux du vieillissement « normal ». Il arrive également que certaines infirmières soient gênées ou mal à l'aise d'aborder le sujet, tandis que la personne peut cacher ou minimiser sa consommation en raison de la honte ou du déni.

Tableau 4 – Limites d'une consommation d'alcool à faible risque

Limites actuelles recommandées par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances [CCDUS] pour l'ensemble de la population		Nouvelles limites proposées pour les aîné.e.s proposées par la Coalition canadiennes pour la santé mentale des personnes âgées [CCSMPA]	
			
2 par jour 10 par semaine 3 à la même occasion	3 par jour 15 par semaine 4 à la même occasion	1 par jour 5 par semaine	1 ou 2 par jour 7 par semaine
Pas tous les jours ni dans certaines circonstances : conduite auto, prise de médicaments, consommation de cannabis ou d'autres substances, activités physiques dangereuses, maladie grave, difficulté contrôler sa consommation.		Pas dans certaines circonstances : maladie physique ou mentale grave, problème de consommation de substances, prise de médicaments ou drogues qui interagissent avec l'alcool, conduite d'un véhicule ou opération de la machinerie; sport ou activité physique; ou lors de prises de décisions importantes, avoir en charge d'autres personnes	

Les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015-2016 indiquent que la consommation d'alcool a tendance à diminuer avec l'âge (Bergeron et al., 2020). En effet, 86 % des personnes âgées de 50 à 64 ans consomment de l'alcool. C'est le cas de 82 % chez les 65 à 69 ans, de 77 % chez les 70 à 74 ans et de 67 % chez les personnes de plus de 75 ans. Cette consommation moins importante peut s'expliquer par un taux de mortalité prématuré chez les buveurs de longue date, des problèmes médicaux qui réduisent le besoin de consommer ou l'accessibilité à l'alcool, un transfert sur un autre type d'abus (ex. : benzodiazépines) ou, parfois, la prise de conscience du problème. **Chez les personnes de 65 ans et plus qui consomment de l'alcool, 27 % des hommes et 16 % des femmes dépassent au moins une des limites de consommation à faible risque chez les adultes. Le tiers (33 %) dépasse une des limites proposées par la CCSMPA pour les aîné.e.s.**

Étant donné la prévalence élevée et les conséquences négatives de la consommation d'alcool à risque chez les aîné.e.s, les habitudes de consommation dans ce groupe devraient être évaluées périodiquement afin de permettre une intervention précoce et de prévenir l'aggravation du problème. L'évaluation doit être faite lors des examens physiques de routine ou d'événements comme une hospitalisation, et encore plus souvent si on sait que

la consommation dépasse les limites recommandées. Elle peut être complétée par des résultats à des tests standardisés, bien qu'il n'y ait pas de consensus sur les outils de dépistage les plus appropriés (tableau 5). En général, les outils conçus spécifiquement pour les personnes âgées donnent de meilleurs résultats que ceux conçus pour la population générale (CCSMPA, 2019).

Tableau 5 - Outils de dépistage

CAGE [Cut down, Annoyed, Guilty, Eye Opener]
AUDIT : Dépistage des troubles liés à l'utilisation de l'alcool [Alcohol Use Disorders Identification Test] et AUDIT C : version abrégée
DÉBA-Alcool [Dépistage, Évaluation du Besoin d'Aide]
Échelle de prédiction de la sévérité du sevrage de l'alcool [PAWSS - Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale]
Grille d'évaluation du sevrage de l'alcool [CIWA-Ar]
Questionnaire abrégé sur l'alcoolisme du Michigan - version gériatrique [SMAS-T-GT : Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric]*
Indicateur du mésusage de l'alcool chez les personnes âgées [SAMI - Senior Alcohol Misuse Indicator] *

* Conçu spécifiquement pour les aînés.e.s

CYCLE DE LA DÉPENDANCE

Une collègue vous dit à propos de M. Normand : « C'est sûr qu'il allait faire une cirrhose du foie. Il le savait. On lui a dit 100 fois qu'il ne pouvait pas continuer de boire comme ça. Sa femme, ses enfants, tous l'ont supplié d'arrêter! Il avait juste à arrêter! L'alcoolisme est une maladie volontaire! Quel gâchis! À 67 ans, une cirrhose décompensée! Toute cette peine qu'il fait vivre à sa famille. »

Le trouble lié à l'usage de l'alcool suscite parfois du mépris, un jugement moral à l'égard de la personne ou du blâme chez les professionnels de la santé. Il peut s'ensuivre une diminution de la qualité des soins. Il importe donc de comprendre comment une personne peut glisser dans le piège d'une consommation incontrôlable.

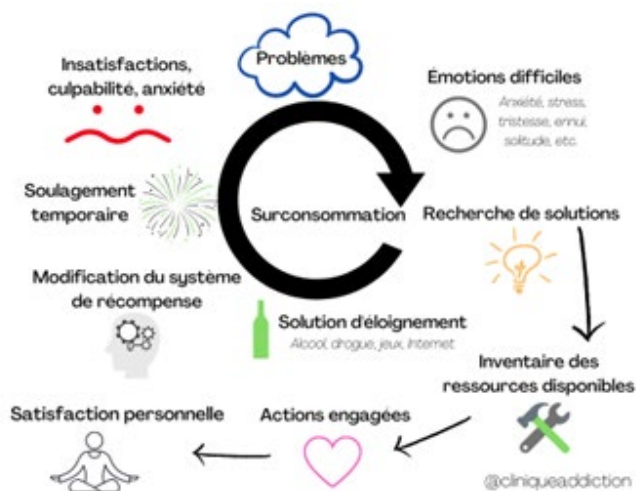
Le facteur génétique explique 40 à 60 % de la variance du trouble de l'usage de l'alcool (Lalonde et Pinard, 2016). Plus les membres dans la famille sont nombreux à avoir le problème et plus leurs problèmes sont graves, plus le risque est élevé. Aussi, la consommation d'alcool est tellement valorisée socialement, que la personne abstinent se sent obligée de se justifier ou elle est vue

comme rabat-joie. De plus, une perte de statut social lors de la retraite professionnelle, la diminution d'obligations qui obligent de moins consommer et les excès moins remarqués peuvent contribuer au problème (Kuerbis et Sacco, 2012). Il en est de même pour les changements liés à des pertes (ex. : conjoint, amis, capacités physiques, permis de conduire, etc.), et l'usage de l'alcool comme automédication pour soulager la douleur chronique.

Pour le psychologue américain Stanton Peele, la toxicomanie (substances, jeux, achats compulsifs ou autres) dépend en grande partie des conditions sociales dans lesquelles les individus évoluent (Desjardins, 2021). La dépendance survient lorsque la substance n'est pas tant consommée pour le plaisir que pour endormir une détresse. Pour Peele, la personne est piégée dans « le cycle de l'assuétude ». Son modèle, adapté par l'organisme canadien de réadaptation en toxicomanie, devient le cycle de la dépendance (figure 2). Premièrement, la personne cherche un soulagement aux émotions désagréables suscitées par les problèmes qu'elle rencontre. La voie favorable consiste à faire l'inventaire de ses ressources et à s'engager dans des actions lui permettant de régler les problèmes et de renforcer ainsi son estime de soi.

L'option défavorable consiste à se procurer un soulagement rapide en consommant une substance ou en s'adonnant à d'autres activités addictives. Il s'ensuit des changements dans la façon dont le cerveau agit sur le système de récompense. Le système de récompense nous permet d'assurer notre survie. Par exemple, on boit de l'eau pour éteindre notre soif. La dopamine libérée entraîne un soulagement, les endorphines prolongent le bien-être, puis une réaction bloquant l'effet du glutamate procure une sensation d'apaisement. Il en est de même pour la faim ou la reproduction de l'espèce. Le plaisir procuré par ces actions incite la personne à les répéter. Le soulagement procuré par l'alcool ne dure qu'un moment. Aucun problème n'est réglé. Il s'ensuit de l'insatisfaction et de la culpabilité. Or, le seuil de récompense devient de plus en plus difficile à atteindre. La libération de dopamine produite par l'alcool est beaucoup plus importante et rapide que celle obtenue naturellement. La sensation de bien-être est beaucoup plus puissante. Puis, la personne tombe graduellement dans le côté obscur de la consommation. Elle consomme non plus pour le plaisir ni par choix, mais pour éviter le mal-être. Elle en vient à avoir besoin de la drogue pour fonctionner normalement. Plus la durée et la fréquence de l'exposition sont élevées, plus les dommages sont importants et durables, et plus le sevrage est long et douloureux. Donc, une personne ayant un problème de dépendance est avant tout une personne souffrante.

Figure 2 - Le cycle de la dépendance (Desjardins, 2021)



INTERVENTIONS

Mme Xavier, 78 ans, s'est mise à boire un petit verre de whisky tous les soirs à 20 h. Elle avait de plus en plus hâte à ce moment de réconfort et de détente que lui apportait son élixir. Peu à peu, la quantité et la fréquence du « petit verre » ont doublé et triplé. Quant à M. Simon, il consomme de l'alcool à toute heure du jour. Il vous dit : « Je sais que j'ai un problème. Vous savez, j'ai 79 ans. Ce n'est pas comme si j'avais la vie devant moi ! » Son fils vous dit : « Vous n'allez quand même pas lui enlever son dernier plaisir ! » Comment pourriez-vous aider Mme Xavier et M. Simon ?

L'apparition de la consommation à risque d'alcool de Mme Xavier est tardive tandis que celle de M. Simon est précoce. La consommation à apparition tardive, plus souvent observée chez les femmes, tend à survenir en réaction à des moments difficiles. La consommation à apparition précoce, c'est-à-dire qui a été présente la majeure partie de la vie adulte, a une prédominance masculine et sa prédisposition génétique est plus importante. Le pronostic est généralement moins favorable en raison d'un mauvais état de santé physique et mentale, de tentatives vaines de cesser de boire, de problèmes sur les plans familial, conjugal, social, financier et parfois judiciaire. La personne dont le début de la consommation est tardif a généralement des habiletés d'adaptation autres que la consommation d'alcool ou d'autres substances, un réseau de soutien social plus fort, une meilleure santé et une plus grande stabilité dans tous les aspects de sa vie. Elle a donc plus de chances de se rétablir.

Pour certains soignants, il est illogique de s'attendre à ce que des personnes âgées modifient leurs habitudes de consommation. Pourtant, lorsque les programmes sont adaptés pour les aîné.e.s, ils sont aussi efficaces sinon plus que chez les plus jeunes (CCSMPA, 2019; Kuerbis et al., 2014). De plus, **concevoir l'alcool comme l'un des derniers plaisirs ou banaliser le problème, équivaut à nier le mal-être de la personne qui consomme non plus par plaisir mais pour soulager sa souffrance.**

Toutes les interventions visant à promouvoir le vieillissement réussi peuvent contribuer à prévenir la consommation problématique d'alcool. La qualité de la relation entre le client et le soignant détermine le succès des interventions tentées auprès des aîné.e.s dont la consommation est à risque. Le soutien, l'espoir, l'écoute, l'acceptation et la bienveillance sont essentiels. Les personnes âgées s'engageront davantage si elles perçoivent un intérêt réel de la part du soignant (Kuerbis et al., 2014). En général, elles préfèrent les traitements structurés mais flexibles, un soutien personnalisé offert par un personnel sensible aux enjeux propres aux aînés. Elles apprécient les documents rédigés en gros caractères (ex. : *Ce que les personnes âgées doivent savoir au sujet de la consommation d'alcool* - CCSMPA, 2020).

Lorsque le problème est léger ou modéré, les études ont démontré qu'une simple mise en garde pouvait être efficace. Une à cinq sessions de counseling d'une durée de 5 à 20 minutes, suivies de quelques appels de relance, seraient aussi efficaces que des interventions de counseling plus longues. Les thèmes pouvant être abordés lors de ces sessions sont présentés dans le tableau 6.

Tableau 6 - Thèmes à aborder

- Directives de consommation à faible risque et rétroaction sur la consommation actuelle de la personne;
- Effets possibles de l'alcool sur la santé et le bien-être chez les aîné.e.s;
- Interaction entre l'alcool et les médicaments;
- Avantages de réduire ou de cesser sa consommation;
- Moyens pour réduire la consommation (tableau 7);
- Explications à partir d'une brochure pédagogique sur l'alcool, le vieillissement et les saines habitudes de vie;
- Outils d'autogestion en version papier ou numérique (auto-évaluation, bilan, objectifs, plan, journal, etc.);
- Ressources d'aide et programmes de traitement, et façon d'y accéder.

Tableau 7 - Conseils pratiques

- Ne pas prendre plus d'un verre d'alcool par heure;
- Siroter les boissons plutôt que de les avaler ou de les engloutir;
- Alternier les boissons alcoolisées et non alcoolisées;
- Diluer la boisson alcoolisée dans un liquide non alcoolisé;
- Se donner un répit de 20 minutes entre les consommations;
- Prendre un repas complet avant de boire;
- Éviter les éléments déclencheurs (ex. : gens ou lieux incitant à consommer beaucoup d'alcool);
- Remplacer sa boisson favorite par une autre moins aimée;
- Activités saines pour contrer la solitude, l'ennui ou l'anxiété.

Le traitement des personnes ayant un trouble grave de l'usage de l'alcool, comme M. Simon, devrait viser l'abstinence plutôt que la réduction de leur consommation. Bien que le traitement nécessite généralement le recours à des ressources spécialisées, plusieurs interventions peuvent être mises en œuvre par l'infirmière en plus de celles présentées dans la situation précédente.

M. Simon doit reprendre du pouvoir sur sa vie et rebâtir un équilibre satisfaisant par rapport à sa santé physique et mentale, son bien-être, son estime de soi, sa façon d'être avec les autres et ses occupations. L'approche doit être globale et la réadaptation progressive. La rechute doit être vue non pas comme un échec, mais comme une étape prévisible.

À cause de leurs problèmes de santé concomitants et de leur santé fragile, les personnes âgées sont susceptibles de présenter des symptômes de sevrage (tremblements, anxiété, tachycardie, diaphorèse, etc.) plus graves que les plus jeunes. Le sevrage risque d'entraîner des complications, soit des convulsions, un delirium tremens, des hallucinations et même la mort. L'arrêt soudain de la consommation d'alcool est donc déconseillé, même en cas de faible consommation. Une diminution progressive, lente et personnalisée est recommandée. Elle peut prendre de quelques jours à plusieurs semaines (CCSMPA, 2019).

M. Simon reconnaît sa consommation excessive d'alcool. S'il est prêt à envisager de la réduire ou de la cesser, il est possible de l'aider en l'encourageant à se faire un plan personnel pour y arriver (ex. : se fixer un objectif : quand, où et avec qui il consommera de l'alcool). Des guides pratiques d'autogestion peuvent lui être proposés (ex. : *Alcool : connaître ses limites* (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019)). L'entretien motivationnel peut contribuer à renforcer son

désir intrinsèque de changer. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les personnes qui ont un trouble grave de l'usage de l'alcool sont davantage enclines à envisager un changement que celles dont le problème est plus léger (CCSMPA, 2019).

Des données montrent l'efficacité de certaines approches plus spécialisées lorsqu'elles sont utilisées auprès des personnes âgées, mais d'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats. Notamment, les groupes de soutien en 12 étapes des Alcooliques Anonymes, où les pairs partagent leur vécu, se soutiennent, s'échangent des renseignements et s'inspirent de modèles de sobriété, aident de nombreuses personnes à demeurer sobres. L'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale [TCC] individuelle ou de groupe a été démontrée dans quelques études ciblant les personnes âgées (Kuerbis et al., 2014). La TCC est une méthode structurée qui aide la personne à modifier sa façon de penser et ses comportements de façon à faire de meilleurs choix. Les programmes fondés sur la gestion des contingences est une autre stratégie complémentaire pouvant être utile. Il s'agit de renforcer le comportement attendu. Par exemple, de l'argent ou d'autres récompenses seraient remis à la personne lors de résultats négatifs à des tests urinaires de dépistage.

Aucun médicament ne peut garantir la sobriété ou la consommation à faible risque. Par contre, il a été montré que la naltrexone, un antagoniste des opioïdes, était efficace pour réduire la sensation de manque et prévenir une rechute chez les buveurs qui s'adonnent à des beuveries. L'acamprosate, qui favorise l'abstinence dans les débuts est utilisé dans le but de parvenir à la sobriété et non pour réduire la consommation d'alcool. Un supplément quotidien de thiamine est recommandé chez les grands consommateurs d'alcool pour prévenir le syndrome de Wernicke-Korsakoff et l'encéphalopathie de Wernicke. Il va de soi que les soins et traitements des problèmes de santé physique ou mentale doivent être poursuivis sans égard à la diminution ou à la cessation de la consommation d'alcool.

CONCLUSION

Bien que l'usage d'alcool soit moins fréquent chez les aîné.e.s que chez les plus jeunes, ses effets sont plus néfastes. Les infirmières jouent un rôle essentiel dans la sensibilisation des personnes âgées aux liens entre l'usage d'alcool et la santé. Elles doivent avoir les compétences et les connaissances requises pour intégrer les soins relatifs à l'usage de substances aux soins de santé généraux. Elles peuvent s'appuyer sur les lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les

personnes âgées (CCSMPA, 2019) pour préciser leur rôle et leurs actions en fonction de l'endroit où elles se situent sur le continuum de soins des personnes âgées. Il importe de contribuer à augmenter l'accès à des services et à des programmes de traitement spécialement conçus pour aider les personnes âgées ayant une consommation à risque ou un trouble lié à l'usage de substances.

Auteure



CLAIRE PAGE, inf., Ph. D.

Après avoir œuvré durant 13 années comme infirmière dans le domaine de la santé mentale et des soins psychiatriques, Claire Page a occupé un poste de professeure à l'UQAR de 1992 à 2015. En 2016, elle a créé la plateforme Professionnels Avertis, dont le but est de dispenser de la formation en ligne en santé mentale. Elle souhaite ainsi transmettre des connaissances qui contribuent à lutter contre la stigmatisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de leurs proches.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. (2020). Vieillesse et maladies chroniques. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/diseases-and-conditions/aging-chronic-diseases/canadian-seniors-report_2021-fra.pdf
2. American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (Traduction française par M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi et al., 5ème éd.). Paris : Elsevier Masson.
3. Bergeron, C.D., April, N., Morin, R., Hamel, D. et Dubé, M. (2020). Portrait statistique – La consommation d'alcool chez les personnes aînées au Québec. Institut national de la santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2680_portrait_statistique_consommation_alcool_aines.pdf
4. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2019). *Alcool: connaître ses limites – Guide pratique d'évaluation de sa consommation d'alcool*. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-08/CCSA-Knowing-Your-Limits-with-Alcohol-Guide-2019-fr_0.pdf
5. Coalition canadiennes pour la santé mentale des personnes âgées. (2019). *Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées*. https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Alcohol_Use_Disorder_FR.pdf
6. Cochrane Canada. (2021). *Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : résumé des données probantes sur la compréhension et la perception des directives de consommation d'alcool*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.
7. Desjardins, V. (2021). *Pourquoi j'ai une dépendance? Clinque d'addiction – Services spécialisés de soutien et d'accompagnement en dépendance*. <https://cliniqueaddiction.com/pourquoi-j'ai-une-dependance/>
8. Éduc'alcool. (2007). Les niveaux de consommation d'alcool à faible risque 2 • 3 • 4 • 0. Bibliothèque et archives nationales du Québec. <https://www.educalcool.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Alcool-a%CC%80-faible-risque-2340.pdf>
9. Flint, A., Merali, Z et Vaccarino, F. (dir.). (2018). *Consommation de substances au Canada : Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement*, Ottawa (Ontario), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances [CCDUS]. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Substance-Use-and-Aging-Report-2018-fr.pdf>
10. Kuerbis, A. et Sacco, P. (2012). The impact of retirement on the drinking patterns of older adults : a review. *Addictive Behaviors*, 37(5), 587–595. doi:10.1016/j.addbeh.2012.01.022
11. Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer et Moore, A.A. (2014). Substance abuse among older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3) : 629-654. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4146436/pdf/nihms617152.pdf>
12. Lalonde, P. et Pinard, G.F. (dir.). (2016). *Psychiatrie clinique. Approche bio-psycho-sociale*. Tome I – Introduction à psychiatrie, déterminants bio-psycho-sociaux, syndromes cliniques et organisation des soins (4e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
13. Lesage, A. et Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Institut national de la santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf
14. Organisation mondiale de la santé. (2017). Santé mentale et vieillissement. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/mental-health-of-older-adults>

ODETTE ROY EN ENTREVUE AVEC FRANCINE LINCOURT ÉTHIER : UNE VISION DU SOIN EN SANTÉ MENTALE RÉSOLUMENT TOURNÉE VERS L'HUMAIN ET L'AVENIR



Francine Lincourt Éthier a un parcours remarquable comme infirmière dans le domaine de la santé mentale. Elle y a exercé un leadership dans les domaines de la clinique, de la gestion et de la formation. Cette collègue continue d'exercer un regard à la fois critique et avisé sur la prestation des soins et services aux personnes âgées et le développement des pratiques infirmières.

Retraitée depuis quelques années du réseau de la santé, elle poursuit son engagement au sein de l'AQIIG dont elle a présidé les orientations durant dix ans. Préoccupée par tout ce qui touche le développement des savoirs en soins, elle poursuit son implication au sein du comité scientifique de la formation de l'AQIIG. En reconnaissance de cette contribution exceptionnelle, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG), en mai dernier, lui décernait le titre de membre honoraire.

La revue *La Gérontoise* a sollicité Francine Lincourt Éthier pour un entretien. Ultimement, l'équipe de la revue souhaitait s'enquérir de sa vision d'avenir des soins aux personnes âgées et tout particulièrement en ce qui a trait à la santé mentale.

Je l'ai rencontrée, à l'ombre de ses vignes et de son jardinet qu'elle chérit tant. Écrit à quatre mains, cet article retrace les points saillants de cet échange résolument tourné vers l'avenir...

1. AU COURS DES 50 DERNIÈRES ANNÉES, LE SYSTÈME DE SANTÉ A CONNU DES RÉFORMES DANS LES SOINS ET LES SERVICES AUX PERSONNES. EN PASSANT DE LA PSYCHIATRIE À LA SANTÉ MENTALE, C'EST L'ENSEMBLE DES SOINS ET SERVICES AUX PERSONNES QUI S'EST LITTÉRALEMENT TRANSFORMÉ. À LA LUMIÈRE DE VOTRE EXPÉRIENCE, QUELS SONT LES PRINCIPAUX CHANGEMENTS QUI ONT EXERCÉ UNE INFLUENCE SUR LA CONCEPTION DE LA MALADIE MENTALE, SES INSTITUTIONS ET, PAR CONSÉQUENT, LA PERSONNE SOignée AINSI QUE LE TRAVAIL DES SOIGNANTS PARTICULIÈREMENT CELUI DE L'INFIRMIÈRE ?

Au début de ma carrière on parlait peu de la psychiatrie/santé mentale. Il faut se reporter au début des années 1970, les soins psychiatriques se concentraient

principalement dans les milieux hospitaliers. La maladie mentale était carrément un sujet tabou dans la société et dans de nombreuses familles. Le fait même de mentionner que l'on travaillait dans le domaine était perçu comme si nous avions nous-même des problèmes (rire). Ceci illustre remarquablement les nombreux stigmates du temps entourant la maladie mentale. « St-Jean-de-Dieu », devenu l'Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine et par la suite l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, ou encore « Robert Giffard » à Québec maintenant nommé l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, le choix du nom des établissements reflète en quelque sorte l'évolution de leur mission, mais aussi le changement entourant les soins en santé mentale.

Dans les années 80, on assiste à la création des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des centres d'accueil d'hébergement. Nos connaissances

scientifiques connaissent un essor en regard des principales pathologies qui affectent les personnes âgées. On parle de plus en plus de démences, de problèmes de comportements, d'anxiété et de dépression. À cette époque, se développe la spécialisation et certains établissements font appel à des infirmières psychiatriques¹ pour former les équipes soignantes à mieux répondre aux besoins de cette clientèle et tout particulièrement celle vivant en hébergement. Dans cette même décennie, on connaît une véritable effervescence de soins et services offerts qui se déclinent à travers la création de services de gériatrie, de services de psychogériatrie/gérontopsychiatrie, d'hôpitaux et de centres de jour et d'équipes interdisciplinaires ambulatoires et à domicile.

Dans les services de psychogériatrie/gérontopsychiatrie, on y évalue, diagnostique et traite les différents types de démence avec ou sans problème de comportement, la dépression, l'anxiété, mais aussi l'apparition tardive d'une maladie mentale liée, par exemple, à un trouble bipolaire ou schizophrénique associé à des troubles cognitifs. La société québécoise évolue et on assiste littéralement à un changement de paradigme face à la santé mentale.

Ce bref rappel historique permet de mieux comprendre le contexte dans lequel s'est imposé le changement en termes de connaissances scientifiques fondées sur la recherche et de meilleures pratiques pour mieux soigner les personnes âgées. Irrémédiablement, les formations des professionnels de la santé plus solides se sont structurées dans le domaine de la santé mentale s'accompagnant de formation continue tout aussi pertinentes tout au long du cheminement professionnel.

Dans ces mêmes années, la formation universitaire des infirmières travaillant auprès de ces clientèles en santé mentale, progresse significativement. Dans cette même foulée, les études de deuxième cycle en sciences infirmières connaîtront un véritable essor permettant de donner des soins à la fine pointe de la recherche auprès des clientèles de gériatrie et de santé mentale. Par exemple, ce sont les Louise Lévesque, Francine Ducharme qui marqueront de façon significative les recherches dans le domaine et qui, à leur tour, inspireront les générations de chercheurs comme Véronique Dubé, Anne Bourbonnais, Philippe Voyer et bien d'autres. Il en est de même de l'influence des leaders cliniciennes comme Olivette Soucy, Louise Francoeur, Ginette Henri, Linda Thibault, Monique Bourque, Charlene Joyal pour ne nommer que celles-ci. Par ailleurs, je ne peux m'empêcher de souligner le rôle qu'a joué et continue de jouer l'AQIIG dans la transmission du savoir infirmier, et ce, depuis 1984.

Cette question a aussi éveillé mon intérêt à revisiter ce qu'est la santé mentale. Depuis les quinze dernières

années la santé mentale est de plus en plus présente dans les discours publics. Avec la pandémie, nous continuons d'assister à un quasi tsunami entourant la préoccupation sur la santé mentale de la population, des plus jeunes, mais aussi des plus âgés. La santé mentale est présente quotidiennement dans les médias.

Mais qu'est-ce que la santé mentale? L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme une composante de la santé. Il y a quelques années, l'OMS proposait une définition simple que j'ai gardée dans mes notes personnelles : « *Une personne en santé mentale est capable de s'adapter, à court, moyen ou long terme, aux diverses situations de la vie, faites de joies et de frustrations, de moments heureux et difficiles, de problèmes à résoudre. Elle éprouve un sentiment de bien-être avec elle-même et de plaisir dans ses relations aux autres.* » Cette note fait encore écho.

À travers mon expérience personnelle et aussi professionnelle, je suis en mesure d'apprécier la justesse de ce que représente la santé mentale comme étant : *un état de bien-être physique, mental et social qui fluctue au cours de la vie sur un continuum tout comme la santé physique.* Cette proposition revêt une importance encore plus significative chez les aînés qui doivent s'adapter à de nombreux changements au niveau de leur santé, de leurs revenus, de la perte d'êtres chers, ceux et celles qui vivent de la solitude et quelquefois de la maltraitance...

Régulièrement notre santé mentale est mise à l'épreuve par différents événements comme des changements de travail, des ruptures, des maladies aiguës ou chroniques, des deuils et autres événements, ou encore par des changements dans les conditions de vie économiques, sociales, culturelles et autres...

Habituellement, les personnes âgées s'adaptent à ces situations, mais il arrive aussi que les difficultés soient telles que certaines sont incapables d'y faire face. Si la situation perdure, si on vit un stress qui dépasse nos capacités d'adaptation, on peut alors développer un problème de santé mentale. Rassurons-nous! On peut prévenir, on peut aider à rétablir cet équilibre fragilisé et on peut soigner le trouble mental qui peut se développer. Nul doute, les domaines de la promotion et la prévention en santé mentale revêtent une importance majeure et, définitivement, constituent les défis actuels et futurs!

Quand je regarde l'évolution des quarante dernières années je ne peux faire autrement que d'apprécier l'évolution de la pratique infirmière au Québec qui est, sans contredit, notable.

¹ Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé, sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

Dans ma pratique infirmière, les modèles de soins infirmiers, comme ceux de V. Henderson et C. Roy, la loi 90 et les plans thérapeutiques infirmiers ont mis de l'avant l'importance fondamentale de l'autonomie infirmière dans son jugement clinique à travers les activités de l'évaluation de la condition physique et mentale, plus complètes et spécifiques avec des outils validés. L'infirmière, qu'elle soit clinicienne, clinicienne spécialisée ou encore praticienne spécialisée notamment en première ligne (IPSPL) ou en santé mentale, chacune, dans son domaine de compétences, a un rôle à jouer en respect de ses obligations professionnelles et en collaboration avec d'autres professionnels de la santé.

2. DANS NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ « EN REFONDATION », QUELS SONT LES PRINCIPAUX DÉFIS QUI CONCERNENT LA PRESTATION DE SOINS À LA CLIENTÈLE ÂGÉE, POUR LESQUELS LES ASSOCIATIONS INFIRMIÈRES, LES SYNDICATS ET AUTRES INSTANCES DOIVENT DEMEURER ATTENTIFS ET EXERCER UNE INFLUENCE POLITIQUE AUPRÈS DES GOUVERNEMENTS ET DES DÉCIDEURS ?

Je ne serai pas originale sur ce point. Comme plusieurs je crois qu'il faut mettre l'accent sur la qualité de l'exercice de la pratique infirmière. Il nous faut rapidement prioriser la création d'environnements de travail sains et favorables à des soins humanistes. Le questionnement autour des ratios personnes soignées/infirmières fait du sens. Un juste équilibre entre la charge de travail, l'autonomie professionnelle et la prestation de soins répondants aux besoins des personnes âgées sont des éléments cruciaux pour la qualité des soins à la clientèle tout autant que des facteurs d'attraction et de rétention du personnel infirmier.

La « refondation » du système de santé doit reposer sur un socle solide en ce qui a trait aux infirmières et considérer un ensemble d'ingrédients notamment :

- Le rehaussement de la formation initiale de l'infirmière car les besoins de santé des personnes âgées sont complexes;
- La reconnaissance du travail des infirmières dans tous ses aspects comme « porte d'entrée du système » et aussi d'une précieuse clé dans la prestation globale de soins et de services;
- Le rehaussement des ressources financières pour des soins et services à domicile et l'adéquation judicieuse entre les services à offrir, les soins à donner et les besoins des aînés;
- L'augmentation du nombre d'infirmières praticiennes spécialisées et d'infirmières cliniciennes spécialisées en CHSLD et en soins à

domicile;

- L'optimisation des nouvelles technologies tout au long du continuum de soins et de services;
- La reconnaissance du rôle indispensable des proches aidants ou des personnes significatives auprès des aînés. Leur donner de la place dans les équipes de soins même dans les épisodes de pandémie;
- L'optimisation de la collaboration interprofessionnelle et le décloisonnement des chasses gardées à saveur corporative;
- La mise en place de conditions de travail pour des environnements de pratiques contrant l'épuisement, la détresse émotionnelle, le burnout, et la désaffection de la profession.

Je l'affirme à nouveau, l'AQIIG exerce un rôle majeur dans le développement des soins aux personnes âgées par son soutien à des projets de recherche et aussi dans la transmission du savoir infirmier, et ce, depuis 1984. Avec le recul, je suis en mesure d'apprécier jusqu'à quel point la transmission des savoirs infirmiers et la « vulgarisation de ces savoirs » ont eu un impact majeur sur l'accessibilité des savoirs, mais aussi ont permis de faire l'acceptation « des différences ».

Ce sont autant de réalités qui font partie désormais des défis pour les infirmières d'aujourd'hui et de demain. Par exemple, on se préoccupe de plus en plus du bien-être des proches-aidants ainsi que des soignants. La récente crise sanitaire en a permis une illustration quotidienne. On retient le besoin immense de soutien émotionnel pour les personnes âgées, les proches-aidants vivant à domicile, en hébergement ou en RPA, mais aussi pour l'ensemble des équipes soignantes. Cette période pandémique a définitivement laissé, pour plusieurs, de lourds traumatismes émotionnels, autant de terrains propices au développement de l'anxiété, de repli sur soi, d'isolement, de burnout et de dépression.

Pour toutes ces raisons, je suis préoccupée par l'état de santé mentale des infirmières sur le terrain. Pour prendre soin des autres, il faut d'abord prendre soin de soi. Avec la charge de travail, le temps supplémentaire obligatoire, les multiples deuils vécus durant la pandémie, les responsabilités familiales et autres, il demeure vital que les décideurs, gestionnaires et autres demeurent à l'affût afin d'être en mesure de réunir des conditions gagnantes afin que les infirmières trouvent un sain équilibre conciliant le travail et la famille.

Définitivement, pour contrer les nombreux effets délétères sur la santé globale, il nous faut, encore et encore,

déployer beaucoup d'écoute, de l'attention pour l'autre, de l'entraide et du respect...

3. NOUS AVONS PARLÉ DES NOMBREUX DÉFIS EN SANTÉ MENTALE POUR LES PERSONNES ÂGÉES. VRAISEMBLABLEMENT, LES DERNIÈRES STATISTIQUES QUÉBÉCOISES RÉVÈLENT UN NOMBRE CROISSANT DE DÉPRESSIONS, DE SUICIDES ET DE MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES.

COMMENT LES INFIRMIÈRES DOIVENT COMPOSER AVEC CES RÉALITÉS DE SOINS EN CROISSANCE ET EXERCER UN LEADERSHIP CLINIQUE AU SEIN DES ÉQUIPES ?

QUELLES SONT LES FORCES EN PRÉSENCE FAVORABLES POUR UN AVENIR PROMETTEUR, ET SUR LESQUELLES NOUS DEVONS MISER PRINCIPALEMENT? MAIS AUSSI QUELLES SONT LES PRINCIPALES CONTRAINTES (OU OBSTACLES) SUSCEPTIBLES DE FREINER OU DE RALENTIR LE CHANGEMENT ET L'AVANCEMENT?

Sur ce point, encore une fois, je ne serai pas, si je peux dire, originale. Urgemment, il faut mettre de l'avant une approche centrée sur le respect des personnes et mettre en place des mécanismes favorisant le dialogue ouvert et constructif entre les différentes instances. Surtout ne pas se limiter à des belles paroles, mais à de l'action avec tout ce que cela comporte de financement, de réorganisation et autres.

Je crois fermement qu'il faut prioriser un ensemble de mesures telles que :

- Une gouvernance en soins infirmiers forte, créative et collaborative;
- Une formation initiale universitaire (DEC-BAC ou BAC);
- Une offre de formation continue en cours d'emploi;
- Un changement de la norme de formation continue en une règle pour le renouvellement du permis d'exercice.

Quant aux forces en présence favorables pour un système de santé plus efficace et efficient, je les traduirai en termes suivants :

- Des infirmières qui se prononcent de plus en plus sur la place publique sur les enjeux de santé et sociétaux à travers leurs associations, regroupements et autres; c'est d'ailleurs ce que fait l'AQIIG de plus en plus souvent;

- **La pandémie a mis en exergue le sous-financement et le manque d'effectifs dans tout le réseau de la santé et tout particulièrement en CHSLD en raison d'une approche hospitalocentriste qui perdure encore;**

- Les besoins en santé mentale des aînés, des proches-aidants et du personnel de la santé sont criants actuellement et tant mieux, on en parle davantage;
- Le rapport des commissaires sur les États généraux de la profession infirmière et des recommandations porteuses de solutions.

Quant aux contraintes, je les résume en termes de sous-financement du réseau de la santé et d'une gouvernance en soins infirmiers réduite quasi à néant dominée par une structure hiérarchisée, avec peu de pouvoir. Véritable obstacle, selon moi, à une prise de décision partagée avec les équipes de terrain et les personnes soignées.

Le message que je souhaite transmettre ici est le suivant. **Il ne faut jamais oublier l'hécatombe laissée par la pandémie dans les CHSLD du Québec. Malheureusement, on semble déjà la reléguer aux oubliettes même si on en subit encore les conséquences à travers le désespoir, les deuils difficiles, la détresse émotionnelle, la culpabilité, etc.**

Pour ces raisons, il nous faut prendre des mesures afin que cette situation ne se reproduise plus. Par conséquent, il m'apparaît important que des mesures concrètes soient prises pour arriver à des solutions pour restreindre la pénurie de personnel dans les différents secteurs d'activités de la santé qui augmente la charge de travail, le stress au travail, le temps supplémentaire obligatoire. Autant d'effets dévastateurs qui affectent la santé mentale des différents intervenants et qui ont un effet sur la qualité des soins offerts. J'ose ici nommer l'utilisation abusive, selon moi, des agences de remplacements et le temps supplémentaire obligatoire. Certains établissements ont réussi à ne pas y avoir recours ou si peu. Pouvons-nous mettre à profit ces réussites partout dans le réseau?

4. LE MONDE CHANGE. LES AVANCÉES SCIENTIFIQUES ET TECHNOLOGIQUES CONTINUENT LITTÉRALEMENT DE TRANSFORMER LA FAÇON DE TRAITER, DE SOIGNER ET D'ACCOMPAGNER LES PERSONNES SOIGNÉES ET LEURS PROCHES AIDANTS. LES PERSONNES SOIGNÉES SONT IMPLIQUÉES DANS LEURS SOINS ET SONT PARTIES PRENANTES DES DÉCISIONS QUI LES CONCERNENT. À LA LUMIÈRE DE

VOTRE EXPÉRIENCE ET AUSSI DES JOURNÉES DE FORMATION MISES DE L'AVANT PAR L'AQIIG, COMMENT CE PARTENARIAT INCONTOURNABLE AVEC LA PERSONNE/PROCHES AIDANTS DOIT-IL FAIRE PARTIE DU SOIN ?

Il va sans dire que ce que l'on appelle maintenant le *Partenariat* devient un incontournable. Il ne faut pas oublier que la formation infirmière, de tout temps, a toujours privilégié cette relation empreinte de respect et de souci de l'autre. Les résultats de recherche en sciences infirmières viennent soutenir l'importance de la relation soignant/soigné et/ou proche-aidant faisant partie intégrante du soin et liée aux résultats de soins chez la personne. Cette relation basée sur un respect mutuel des compétences de chacun affecte directement la nature du soin infirmier et fait en sorte qu'il soit davantage personnalisé.

À titre d'exemple, l'approche de l'infirmière auprès de la personne âgée vise à préserver son autonomie et le maintien de ses capacités résiduelles. Le défi clinique est d'autant plus grand auprès des personnes atteintes de déficits cognitifs, notamment en regard de leur capacité à prendre des décisions. L'infirmière doit donc soutenir l'ainé à décider pour lui-même, promouvoir cette conduite auprès du proche-aidant et adapter ses interventions en fonction du déclin cognitif manifesté par la personne soignée. L'AQIIG, lors de ses colloques ou Journées scientifiques, a déjà offert des sessions de formation sur la relation client-partenaire, sur les différentes pathologies susceptibles d'affecter la capacité de décision de la personne âgée, sur le rôle de la personne proche aidante et de l'importance du travail interdisciplinaire.

5. L'ENSEMBLE DE NOTRE DISCUSSION MET DE L'AVANT LA CONTRIBUTION INFIRMIÈRE DANS LES SOINS DIRECTS À LA POPULATION ET PLUS PARTICULIÈREMENT LES SOINS CLINIQUES BASÉS SUR LA SCIENCE ET L'INNOVATION (SOINS À DOMICILE, SOINS SPÉCIALISÉS, ICS, IPS, ETC.). COMMENT LE LEADERSHIP INFIRMIER PEUT-IL S'EXPRIMER TOUT AU LONG DU CONTINUUM DE SOINS ET SERVICES ?

J'ai la conviction profonde suivante : le leadership infirmier est essentiel pour la reconnaissance du savoir infirmier. Il y a plusieurs années on parlait du leadership infirmier comme étant une qualité individuelle de l'infirmière. On avait du leadership dit « naturel » ou on n'en avait pas! Au fil des années, différents auteurs se sont intéressés à ce concept et progressivement nous avons assisté à l'émergence du leadership infirmier comme étant aussi une compétence professionnelle. C'est ici qu'entre en ligne de

Votre santé financière nous tient à coeur

Nous sommes une institution financière exclusive aux professionnels de la santé

Par notre engagement, notre connaissance fine de votre milieu et notre expertise, nous vous offrons un accompagnement personnalisé et adapté à vos besoins.

www.caissesante.ca



Desjardins
Caisse du Réseau de la santé

compte la formation infirmière; je précise, celle au niveau du baccalauréat et de la maîtrise puisque cette formation contribue au développement des compétences bien sûr cliniques, mais aussi relationnelles, communicationnelles, d'innovations et de changements.

Un leadership clinique exerce une influence sur la personne soignée et ses proches, les membres de l'équipe de soins, les autres professionnels de la santé, en collaboration professionnelle et aussi sur le service, l'organisation ou l'institution. Ce leadership clinique doit faire sa marque et prendre sa place tout au long du continuum de soins et de services, à toutes les clientèles, des plus jeunes aux plus âgées, avec des problèmes de santé physique et/ou mentale, que ce soit à domicile, dans les centres de jour, les hôpitaux de jour, les centres d'hébergement de soins de longue durée, les unités de réadaptation, les hôpitaux généraux et autres...

Le travail de l'infirmière clinicienne, de l'infirmière clinicienne spécialisée et de l'infirmière praticienne spécialisée devrait être considéré comme la pierre angulaire du soin au Québec en collaboration avec les autres professionnels de la santé à condition bien certainement que ces intervenants soient libérés des contraintes organisationnelles de tous ordres afin d'exercer leur plein potentiel clinique et de gestion.

Aussi, il est essentiel, selon moi, que ce leadership infirmier soit appuyé par les différentes instances du réseau de la santé. Maintenant, nous avons une direction nationale des soins et services infirmiers au Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et celle-ci manque nettement de visibilité. Il en est de même pour les directions de soins infirmiers des CIUSSS et CISSS, nous ne les connaissons peu ou pas et elles occupent peu l'espace médiatique interne ou externe. Mon propos ne se veut aucunement accusateur, mais les structures organisationnelles sont définitivement responsables de cette opacité. Ces directions détiennent-elles un pouvoir décisionnel en fonction des responsabilités qui leur sont dévolues par la loi ? Les conditions sont-elles réunies pour qu'elles puissent travailler ensemble, d'une même voix au mieux-être collectif ?

Les facultés en sciences infirmières et les chaires de recherche font un travail colossal dans l'évolution des soins infirmiers de qualité et sécuritaires, des soins qui se veulent à la fine pointe des données probantes et des nouvelles technologies. De plus, le maillage entre les différentes associations infirmières, dont l'AQIIG, l'apport constructif des syndicats en particulier pour des ratios sécuritaires et bien sûr l'OIIQ visent des objectifs communs et travaillent de plus en plus en mode collaboration. D'ailleurs, les 31 recommandations des États généraux de la profession infirmière en 2021 mettent en lumière différentes pistes sur lesquelles nous devons tous travailler ensemble en déployant notre leadership infirmier. Nous avons des leaders compétents, reconnus par leurs pairs et j'espère que nous allons les entendre de plus en plus dans les prises de position et les débats sur les soins et services de santé en faisant valoir le rôle essentiel des infirmières dans le réseau de la santé.

6. COMMENT LES MEMBRES DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN GÉRONTOLOGIE (AQIIG), CEUX ET CELLES PRÉOCCUPÉS PAR LES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES, DOIVENT-ILS SE SENTIR INTERPELLÉS PAR LES DÉFIS EN SANTÉ MENTALE ?

La santé mentale est une dimension incontournable dans les soins et services destinés aux aînés. Que ce soit

dans n'importe quel secteur d'activités du réseau de la santé, les personnes âgées sont présentes tout au long du continuum de soins et de services. Comme le dit si bien Huguette Bleau, la présidente de l'AQIIG, « Si vous ne travaillez pas en obstétrique ou en pédiatrie, vous êtes aux soins aux personnes âgées! ». Nous devons davantage être conscients du rôle que nous avons dans la détection des signes de déséquilibre de l'état de santé mentale de l'aîné, que ce soit un déséquilibre temporaire auquel nous pouvons remédier ou encore un déséquilibre davantage progressif, quelquefois insidieux, qui peut devenir permanent et qui mène inéluctablement vers un trouble de santé mentale.

Suite à l'évaluation infirmière, mettre en commun notre analyse en collaboration interprofessionnelle, offrir et donner les soins et services appropriés et un accompagnement professionnel, chaleureux et bienveillant à la personne âgée et aussi à ses proches. Le contexte pandémique a mis en évidence les besoins qui sont énormes. Plusieurs aînés déjà vulnérables sont devenus plus fragilisés. La vigilance est de mise malgré les nombreuses contraintes présentes dans le réseau. Il faut être disponible envers l'autre, exercer un regard compétent et bienveillant, discerner rapidement les signes de souffrance, analyser un silence, aller vers l'autre même en dehors du réseau de la santé. Nous sommes tous et toutes interpellés puisque nous faisons partie d'une même société...

7. EN TERMINANT, QUELS MESSAGES SOUHAITEZ-VOUS TRANSMETTRE AUX MEMBRES DE L'AQIIG ET AUX INFIRMIÈRES EXERÇANT AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES? À CELLES FAISANT PARTIE DE LA RELÈVE MAIS TOUT AUTANT À CELLES EXPÉRIMENTÉES QUI TRAVAILLENT AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE ÂGÉE?

La pandémie a laissé des traces, des cicatrices profondes chez plusieurs infirmières. Le contexte actuel du travail continue d'être difficile et rempli de défis. Par contre, nous devons demeurer motivées et conserver l'espoir en se mobilisant et en reconnaissant nos forces vives comme infirmières.

Il y a eu plusieurs décès, de multiples décès durant la pandémie, dans divers milieux et surtout en hébergement. Comme infirmières, oui nous côtoyons la mort sous différentes facettes mais jamais aussi intensément. Certaines d'entre vous portent encore cette blessure profonde, ces images qui vous reviennent à l'esprit, tous ces décès. Prenez un temps d'arrêt, laissez-les partir... Vous avez fait ce que vous pouviez faire avec les moyens que vous aviez. **Ce n'est pas à vous seules de porter**

cet immense deuil collectif... Et si vous en ressentez le besoin, n'hésitez pas à demander l'aide d'un professionnel du programme d'aide aux employés ou autre ressource.

Je souhaite terminer cet entretien sur une note de réconfort et d'espoir. Bien humblement, j'aimerais vous dire : **Prenez soin de vous, vous qui prenez soin des autres, jour après jour.** Offrez-vous des petits plaisirs auxquels vous rattacher et qui font du bien. Ça n'a pas besoin d'être gros, encombrant, cher ou encore exigeant un déplacement. Trouvez-vous un moment, pour vous, faites quelque chose qui vous fait du bien et surtout appréciez ce plaisir que vous vous offrez, savourez-le. Ça ne règle pas tout mais ça fait tellement de bien!

Pour les nouvelles infirmières qui ont vécu l'isolement durant leur parcours académique avec les cours en virtuel ou même, peut-être, la diminution de cours en expérientiel, faites-vous confiance. Exprimez cette inquiétude qui vous habite parce que vous pensez ne pas être à la hauteur. Des collègues sont là pour vous aider à cheminer dans cette nouvelle profession. L'entraide qui fait partie de l'équipe soignante doit vivre encore plus fortement! **La force et le soutien d'un groupe de travail peut nous donner des ailes, même dans les périodes difficiles!**

Je termine avec un mot pour les gestionnaires. Vous aussi avez besoin de prendre soin de vous. Être entre l'arbre et l'écorce n'est pas toujours une position facile surtout dans des périodes éprouvantes comme celles durant la pandémie. Vous êtes le pilier, le soutien pour vos collègues et vos équipes. Vous-même avez été affectés par cette gestion de crise de la pandémie et, bien sûr, à des degrés divers. Peut-être remarquez-vous encore l'atmosphère de travail qui est lourde, chargée d'émotivité et peut-être même d'irritabilité. Comment aider et soutenir les collègues et les équipes? Explorez avec eux ce qui pourrait être fait pour se soutenir positivement dans cette période de transition. Peut-être avez-vous pensé à organiser des groupes de parole sous supervision d'un professionnel expérimenté? Ou bien penser à prendre des mesures pour valoriser la culture d'entraide par des petits gestes de reconnaissance, des visites fréquentes sur les unités, etc.? Prenez le temps d'y penser, cela vaut la peine, pour trouver d'autres solutions qui pourraient davantage convenir à votre milieu.

Mais, surtout, ne vous oubliez pas!

Auteures



FRANCINE LINCOURT ÉTHIER

Infirmière retraitée depuis six ans, Francine Lincourt Éthier est détentrice d'une maîtrise en sciences infirmières. Clinicienne spécialisée en gérontopsychiatrie et directrice de soins et services durant les douze dernières années de sa carrière, elle a travaillé dans différentes régions du Québec et dans divers milieux: communautaire, scolaire, équipe ambulatoire, courte et longue durée. Elle a également été présidente de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIG) durant dix ans et est actuellement présidente du comité scientifique.



ODETTE ROY

C'est une grande passion du soin qui anime toujours Odette Roy. Forte de ses expériences cliniques en gestion et en formation comme en recherche accumulées au cours des 40 dernières années, elle poursuit son engagement comme mentor et comme chercheure. Face à l'urgence actuelle, elle est convaincue qu'il faut mettre la pédale au fond pour arriver à des changements significatifs. Ceci passe définitivement par le leadership infirmier qui doit laisser la parole aux infirmières et infirmiers sur leur pratique, l'organisation de leur travail et les résultats de soins infirmiers. Les écouter est primordial croit-elle, car ce sont elles et eux qui contribuent à la construction du système de demain, plus humain.

Une richesse inestimable de savoir, savoir-être et savoir-faire!



Vous êtes une infirmière ou un infirmier qui oeuvre auprès des personnes âgées et vous désirez aider à faire avancer la place de la gérontologie dans le milieu de la santé, devenez membre de l'AQIG, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie. Maintenir votre adhésion vous permet de faire des rencontres, de créer des liens et de contribuer à l'atteinte de vos objectifs professionnels et personnels relatifs aux soins aux personnes âgées.

Être membre de l'AQIG, c'est :

- Appartenir à un réseau spécialisé en gérontogériatrie;
- Recevoir la revue numérique **La Gérontoise** deux fois par année;
- Bénéficier d'informations du conseil d'administration par l'intermédiaire de l'**InfoAQIG**;
- Se tenir **informé des meilleures pratiques** et des plus **récentes avancées dans le domaine**;
- Bénéficier d'activités annuelles de formation et de réseautage à des **tarifs avantageux**;
- Avoir la possibilité de profiter d'heures accréditées de formation professionnelle;
- Collaborer à l'avancement des connaissances dans la communauté infirmière gérontologique.

Membre particulier

Type de membre	Adhésion 1 an (sans taxes)	Adhésion 1 an (avec taxes)	Adhésion 2 ans (sans taxes)	Adhésion 2 ans (avec taxes)
Membre régulier	50,00 \$	57,49 \$	85,00 \$	97,73 \$
Membre étudiant et retraité	35,00 \$	40,24 \$	60,00 \$	68,99 \$

Membre corporatif

Type de membre	Adhésion 1 an (sans taxes)	Adhésion 1 an (avec taxes)	Adhésion 2 ans (sans taxes)	Adhésion 2 ans (avec taxes)
Corporatif	350,00 \$	402,41 \$	450,00 \$	517,39 \$

Pour plus de détails, rendez-vous sur notre site Internet www.aqig.org



LE DÉSIR DE MOURIR DES PERSONNES ÂGÉES : LE COMPRENDRE POUR MIEUX INTERVENIR

SYLVIE LAPIERRE, Ph. D.

Les études sur le suicide des aînés rapportent de nombreux facteurs de risque (dépression, deuil, maladies, incapacités, retrait social) qui interagissent les uns avec les autres, rendant difficile la prédiction du geste suicidaire chez une personne donnée. L'expression du désir de mourir mérite donc une attention particulière parce qu'elle est un indicateur de détresse. La compréhension des difficultés des aînés, mais aussi du rôle important des facteurs de protection (espoir, projets personnels, relations significatives, sentiment d'avoir de la valeur pour autrui), peut permettre aux intervenants d'améliorer la qualité de vie des aînés et de prévenir le suicide.

Avec le vieillissement de la population, la problématique du suicide chez les personnes âgées devrait faire l'objet d'études constantes, pourtant elle est fortement négligée par la recherche (Okolie et al., 2017). De plus, le suicide d'un aîné a des répercussions importantes sur ses proches qui peuvent en arriver à considérer la mort comme une solution possible lorsqu'ils auront à faire face à des épreuves ou aux défis associés à leur propre vieillissement (Michaud-Dumont et al., 2020). La prévention du suicide des aînés permet donc aussi de prévenir le suicide des autres générations.

Le concept de « suicidalité » inclut toutes les pensées (désir de mourir, idéation suicidaire) et comportements (planification, tentative suicidaire ou suicide complété) se rapportant au suicide (Préville et al., 2019). Malheureusement, les chercheurs ont tendance à ne pas faire de distinction entre les différents termes se rapportant au souhait de mourir, comme s'ils étaient interchangeables.

Par exemple, il est normal que les personnes âgées, qui sont à la dernière étape de leur vie, aient des pensées à propos de la mort et qu'elles évoquent cet événement à venir, en abordant le moment ou la manière dont elles aimeraient qu'elle se déroule (Clément, 2007). Ce discours sur la mort est très présent au cours de la vieillesse, mais ne reflète pas de tendance suicidaire. Quant aux personnes

en perte d'autonomie, particulièrement celles qui vivent en institution, elles disent fréquemment « attendre la mort ». Elles espèrent que la mort surviendra bientôt (*wish for death*), elles sont impatientes de mourir, mais sans nécessairement réfléchir à des moyens de la hâter. Elles expriment une fatigue de vivre et considèrent que leur vie est complétée (van Wijngaarden et al., 2019). Aux Pays-Bas et en Belgique, des discussions sont en cours pour que ces personnes puissent demander l'aide médicale à mourir (AMM), même si elles sont relativement en bonne santé (van Wijngaarden et al., 2021). Au Québec, l'approbation sociétale accordée à l'AMM et les discussions sur son élargissement aux gens ayant un trouble neurocognitif (Alzheimer) ou des problèmes de santé mentale, pourraient inciter les aînés en détresse à considérer que l'euthanasie est une solution aux épreuves de la vieillesse (Castelli Dransart et al., 2022; Lapierre et al., 2019). Par ailleurs, il faut noter que les motivations sous-jacentes au suicide ou à une demande d'AMM sont similaires. En effet, dans les deux cas, la souffrance est intolérable et accompagnée d'affects dépressifs (Mishara et Weisstub, 2018), et le discours des personnes âgées en détresse se caractérise surtout par de l'ambivalence entre vivre et mourir (Castelli Dransart et al., 2022; van Wijngaarden et al., 2021). Mishara et Weisstub (2018) considèrent donc que devant l'impossibilité de savoir si les personnes qui demandent l'AMM veulent réellement terminer leur vie ou

arrêter de souffrir, il est préférable de toujours fournir une aide psychologique pour soulager la détresse.

La première étape du processus suicidaire débute donc avec le désir de mourir (*wish to die*) qui peut mener à l'apparition d'idéations et de comportements suicidaires. Le désir de mourir (DM) correspond au souhait de ne plus vivre, qu'il vaudrait mieux être mort, que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue (Bernier et al., 2020). Il s'agit de l'expression du désir de s'échapper de sa vie actuelle. Le DM est distinct de l'idéation suicidaire car cette dernière est centrée autour de la possibilité et des moyens de s'enlever la vie. Le DM, les idéations et comportements suicidaires constituent des indicateurs de détresse chez les aînés. Le DM mérite donc une attention particulière de la part des intervenants parce qu'il est associé à un risque accru de suicide, même en l'absence de dépression (Van Orden et al., 2015). Il faut noter qu'il existe aussi des suicides passifs ou déguisés, où la personne âgée refuse de s'alimenter ou de se soigner dans l'intention de mourir (De Leo, 2022; Salvatore, 2021). Ces comportements s'observent fréquemment dans les CHSLD. Par ailleurs, il est important d'éviter de présumer que le suicide est un acte rationnel, car cette croyance justifie souvent l'absence d'intervention chez les professionnels de la santé. Cependant, elle est en partie liée à l'âgisme et à la gérontophobie (Gramaglia et al., 2019).

La prévalence du DM, chez les personnes de 65 ans et plus, varie entre 3,4 % et 6,1 %, alors que les idéations suicidaires sont plus rares (1-2 %) (Bernier et al., 2020). La prévalence du DM augmente avec l'âge, elle est de 15,6 % chez les plus de 75 ans (Ayalon et Shiovitz-Ezra, 2011). Quant au genre, la plupart des études ont montré que le DM est deux fois plus fréquent chez les femmes âgées que chez les hommes (Ayalon et Shiovitz-Ezra, 2011), bien que le nombre de décès par suicide soit plus élevé chez les hommes âgés. Il est probable que les femmes expriment plus facilement que les hommes leur souffrance et leur DM, ce qui favoriserait l'obtention d'aide et diminuerait le passage à l'acte (Lapierre et al., 2015). De plus, selon Hinton et al. (2006), il est difficile de détecter la dépression chez les hommes âgés, car leur souffrance se présenterait plutôt sous forme de colère, de conflits interpersonnels, ou de symptômes somatiques et moins fréquemment avec les principaux critères diagnostiques de la dépression : tristesse et perte d'intérêt pour les activités.

Quant aux taux de suicide dans le monde, ils sont les plus élevés chez les personnes âgées (De Leo, 2022). Ainsi, en 2019, le taux de suicide des personnes de 70 ans et plus était de 24,5 par 100 000 habitants, alors qu'il était de 9,4 pour l'ensemble des groupes d'âge. Shah et

al. (2016) précisent que les taux augmentent avec l'âge après 60 ans. Au Québec, en 2019, le taux de suicide des hommes de 65 ans et plus était de 22,0 par 100 000 (32,7 chez les 50-64 ans), alors qu'il était de 4,9 (8,4 chez les 50-64 ans) chez les femmes du même groupe d'âge, comparativement à 13,4 pour l'ensemble de la population québécoise (Lévesque et al., 2022). Au Québec, les baby-boomers sont déjà un groupe particulièrement à risque de suicide, ce qui pourrait s'aggraver lorsqu'ils auront à faire face aux pertes associées au vieillissement.

Les études sur le suicide des aînés rapportent de nombreux facteurs de risque (Conejero et al., 2018) qui interagissent les uns avec les autres, rendant ainsi difficile la prédiction du geste suicidaire chez une personne donnée (Richard-Devantoy et Jollant, 2012). La dépression est clairement le facteur de risque majeur des comportements suicidaires. Néanmoins, De Leo (2022) affirme que le rôle de la dépression a sans doute été amplifié plus que nécessaire car les symptômes de tristesse, d'amertume et une vision négative de l'avenir sont fréquents au cours de la vie et n'indiquent pas nécessairement le signe d'une pathologie psychiatrique. De plus, les symptômes dépressifs apparaissent fréquemment dans toute situation qui implique une perte significative pour l'individu (De Leo, 2022). Parmi les autres facteurs de risque, on retrouve d'autres troubles psychiatriques (le stress post-traumatique et la bipolarité), le deuil, un faible sentiment d'appartenance sociale, une déconnexion sociale et des difficultés interpersonnelles (Bernier et al., 2020; Mellqvist Fässberg et al., 2012), les difficultés de résolution de problèmes (Conejero et al., 2018), l'annonce d'un diagnostic de maladie d'Alzheimer (Günak et al., 2021), les maladies chroniques, la douleur et les limitations fonctionnelles (Mellqvist Fässberg et al., 2016; Lapierre et al., 2015).

Une étude québécoise sur la prévalence des problèmes de santé mentale des personnes âgées vivant dans la communauté s'est intéressée au DM et à ses liens avec les maladies physiques (Lapierre et al., 2015). Les entrevues, réalisées auprès d'un échantillon représentatif de 2811 personnes de 65 à 94 ans (M = 73,9 ans), ont permis de constater que sur les 15 maladies chroniques sélectionnées, 9 étaient significativement associées avec le DM. Plus précisément, les résultats indiquent que les maladies chroniques douloureuses, comme l'arthrite, les problèmes de dos ou les migraines, sont plus fréquentes chez les personnes âgées qui souhaitent mourir, ainsi que les maladies qui affectent les besoins physiologiques fondamentaux, comme la digestion, la respiration et l'élimination. Les résultats d'une analyse de régression logistique ont indiqué que trois des neuf maladies chroniques étaient significativement associées à un risque

accru de DM : arthrite/rhumatisme (OR = 1,72), problèmes respiratoires (OR = 1,85) et problèmes rénaux, urinaires ou prostatiques (OR = 1,76). Les personnes âgées souffrant de ces maladies étaient presque deux fois plus susceptibles d'exprimer le DM. Ces types de maladies chroniques sont fréquemment liées à des limitations fonctionnelles qui réduisent la qualité de vie. Elles entravent la possibilité de réaliser des activités significatives et stimulantes et peuvent induire du découragement et des affects dépressifs, ainsi que le DM (Mellqvist Fässberg et al., 2016). Les maladies chroniques ont également moins d'espoir de guérison et pourraient provoquer des sentiments d'impuissance et de désespoir ainsi que l'impression d'être un fardeau pour l'entourage, particulièrement pour les individus qui ne peuvent pas accepter leur condition (Rurup et al., 2011). Ces émotions peuvent être des variables médiatrices importantes entre la présence de maladies chroniques et le DM, tandis que l'insomnie causée par la douleur enlève probablement toute possibilité d'échapper à cette situation insupportable. Chaque maladie a des symptômes spécifiques qui sont vécus différemment par chaque individu. L'examen de l'effet des symptômes sur la qualité de vie de l'individu pourrait être plus pertinente que le type de maladie pour la compréhension des relations entre la maladie chronique et le DM.

Parmi les facteurs de risque, il ne faut pas négliger l'effet de l'âgisme. En effet, des résultats montrent que les aînés qui ont vécu de la discrimination à cause de leur âge étaient 2,26 fois plus à risque d'avoir des idées suicidaires que ceux qui n'en avaient pas vécu, même après avoir contrôlé les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé et la présence de symptômes dépressifs (Ko et al., 2021). Selon Levy (2009), les personnes âgées qui intègrent les stéréotypes négatifs véhiculés par la société et les médias à leur endroit en arrivent à considérer qu'elles sont un fardeau pour leur famille ou leur communauté et que leur vie ne vaut plus la peine d'être vécue (De Leo, 2022; van Wijngaarden et al., 2019).

De leur côté, les études qualitatives ont l'avantage de mettre l'accent sur l'expérience et les points de vue des participants. Rurup et al. (2011) ont ainsi pu mettre en lumière les événements déclencheurs et les raisons qui ont contribué au DM des aînés. Les entretiens révèlent que la vie des personnes qui exprimaient un DM était marquée par l'adversité (p. ex. traumatisme vécu durant la jeunesse) ou par des épisodes récurrents de dépression. Dans ces cas, le DM avait été présent tout au long de leur vie (du moins en arrière-plan) et était devenu plus prononcé au cours de la vieillesse, après des événements négatifs, tels que le deuil d'un proche, un divorce ou une maladie. Il faut noter que le DM des aînés n'apparaît pas nécessairement après un événement précis, mais est plutôt associé à

une accumulation d'expériences négatives et difficiles au cours de la vie (Kjolseth et al., 2010). Néanmoins, pour la majorité des participants, le DM était associé à une faible qualité de vie, conséquence des incapacités fonctionnelles qui empêchent la personne d'accomplir des activités qui donnent du sens à sa vie et qui la placent en situation de dépendance par rapport aux autres. Ces situations peuvent susciter le sentiment d'être inutile et de ne plus avoir de valeur aux yeux de ses proches ou de sa communauté (Flett et Heisel, 2020; Rurup et al., 2011) et constituer une situation intolérable pour l'individu qui se sent humilié et pris au piège sans possibilité d'en sortir (sauf par la mort). D'ailleurs, ces deux derniers ressentis prédisent les idées et les tentatives suicidaires dans le modèle développé par O'Connor et Nock (2014).

On peut donc conclure que tout événement ou situation qui cause de la détresse peut mener la personne âgée au suicide. Toutefois, il serait plus intéressant pour le lecteur de comprendre le processus qui mène les aînés à souhaiter la mort pour soulager leur souffrance et ainsi mieux identifier les éléments et les moments où l'intervention pourrait être utile (voir Figure 1). Selon Rurup et al. (2011), l'origine du DM semble être une situation ou un événement de vie qui dépasse les capacités de résilience de la personne. Cette dernière perçoit un écart très important entre ses désirs et la réalité, mais n'arrive pas à le réduire par manque de flexibilité (personnalité), de soutien social ou de stratégies d'adaptation. Elle se retrouve donc face à un sentiment d'impuissance. Afin de récupérer du contrôle devant une situation jugée inacceptable, la personne commence à penser à la mort comme à une manière de résoudre ses problèmes, ce qui enclenche un processus d'évaluation des avantages et désavantages de vivre ou de mourir. Les auteurs concluent que le DM peut constituer une forme de réconfort pour la personne qui considère qu'elle n'a plus de contrôle sur sa vie; la mort devient alors le seul geste d'autonomie qui lui reste.

Au plan psycho-social, la théorie interpersonnelle du suicide de Van Orden et al. (2010) ajoute deux autres éléments importants à la compréhension des idées et des comportements suicidaires des aînés. Selon ce modèle, confirmé par des études empiriques, les idées suicidaires émergent en réaction à un besoin d'appartenance contrarié et au sentiment d'être un fardeau pour autrui, deux situations fréquemment vécues par les personnes âgées. Plus récemment, le modèle de O'Connor et Nock (2014) intègre l'ensemble des différents facteurs qui régissent le développement de l'intention suicidaire (p. ex. désespoir, rigidité, perfectionnisme, difficultés d'adaptation et de résolution de problèmes, rumination, difficultés sociales) et le passage à l'acte (p. ex. accès aux moyens, impulsivité, capacité de planification). Au plan motivationnel, des

travaux ont démontré l'importance de la flexibilité comme facteur de protection du suicide, c'est-à-dire la capacité à se désengager de buts personnels inatteignables et de se réorienter vers des buts alternatifs satisfaisants (Bauer et Wrosch, 2009; O'Connor et al., 2012). Plus précisément, il semble que la capacité à se désengager d'un but réduise la détresse psychologique, mais que la capacité à se réengager dans de nouveaux buts favorise le développement d'affects positifs et de sens à la vie, deux facteurs de protection du suicide. Il en est de même de l'espoir (McLaren et al., 2022).

La littérature scientifique permet donc de constater que le DM des aînés résulte clairement d'une interaction complexe entre de nombreux facteurs, ce qui rend difficile l'élaboration d'interventions efficaces pour la prévention du suicide. Néanmoins, quelques équipes ont tenté de développer des programmes d'intervention destinés spécifiquement aux aînés. La première recension systématique de ces programmes a été réalisée par Lapierre et al. (2011). Des mises à jour ont été effectuées régulièrement (Laflamme et al., 2022; Okolie et al., 2017; Wallace et al., 2021; Zeppegno et al., 2019). La plupart des programmes portent sur la réduction des facteurs de risque : la dépression ou l'isolement. Les études pharmacologiques sur les bénéfices des antidépresseurs sont peu concluantes (Laflamme et al., 2022), mais les soins offerts en collaboration, dans le cadre des services de santé primaire, réduiraient significativement les idéations et tentatives suicidaires des aînés comparativement aux soins usuels. Ainsi les interventions thérapeutiques « personnalisées » offertes par un gestionnaire de cas (gestion et suivi régulier de l'anxiété, de la douleur et de la dépression, explication des informations fournies par le médecin, revue et discussion des options de traitements) auraient une efficacité supérieure à celle des modalités habituelles (Unützer et al., 2006). L'implication d'un gestionnaire de cas qui établit une relation de confiance avec la personne âgée semble être un élément central des résultats positifs de ce genre de programme, puisque le sentiment d'avoir de l'importance aux yeux d'autrui constitue un facteur de protection contre les tendances suicidaires (Flett, 2022) et favorise le bien-être psychologique (Flett et Heisel, 2020). **Par ailleurs, le manque de temps accordé aux aînés en détresse leur envoie le message qu'ils sont invisibles et insignifiants** (Flett et Heisel, 2020).

Selon la théorie interpersonnelle du suicide de Van Orden et al. (2010), lorsque le besoin d'appartenance n'est pas satisfait, un DM peut se développer. Toutefois, selon l'étude de Bernier et al. (2020), ce ne sont pas l'isolement ou l'absence de soutien social qui prédisent le DM (bien que ces variables soient des facteurs de risque), mais des

aspects intrapersonnels, comme le retrait social et le fait d'être distant avec les autres. Cette observation indique que ces personnes ont sans doute des difficultés à établir des liens sociaux significatifs ou se sentent vulnérables dans des contextes sociaux. Ainsi des programmes psychothérapeutiques centrés sur l'amélioration des compétences sociales ont réduit les idéations suicidaires des aînés (Heisel et al., 2015), tandis que les programmes de counseling téléphonique qui favorisaient les contacts humains ont diminué les taux de suicide prévus, sur une période de 11 ans, chez les utilisateurs de ce service (De Leo et al., 2002).

Certains chercheurs ont tenté de développer des programmes centrés sur les facteurs de protection dont le sens à la vie (Heisel et al., 2020; Heisel et Flett, 2016) et la réalisation de projets personnels (Lapierre et al., 2021; 2017; 2007). Ces programmes ont pour but d'améliorer la qualité de vie des aînés, même lorsqu'ils font face à d'importantes pertes d'autonomie. L'analyse des effets de ces programmes a montré que les participants se sont améliorés de manière significative sur la plupart des indicateurs de bien-être (sens à la vie, sérénité, flexibilité, espoir, satisfaction face à la retraite) et que la détresse, la dépression et les idées suicidaires ont diminué. Il semble donc que les programmes centrés sur les facteurs de protection pourraient constituer des méthodes innovantes de prévention du suicide des aînés, particulièrement chez les hommes. En effet, ces programmes sont centrés sur l'action, la réalisation d'objectifs et la résolution de problèmes, plutôt que sur l'expression des émotions, ce qui semble attirer les hommes, qui ont moins tendance que les femmes à utiliser les ressources sociales et les services de santé mentale (Drapeau et al., 2009) en partie à cause de leur perception de la masculinité (stoïcisme et autonomie) et la peur de la stigmatisation sociale associée à la maladie mentale (Hinton et al., 2006).

À la lumière de l'ensemble des études effectuées jusqu'à présent sur le suicide et le DM des personnes âgées, il est clair que cette problématique ne résulte pas uniquement de facteurs personnels, mais que les facteurs relationnels, systémiques, organisationnels et sociétaux ont un rôle important dans le développement du DM. C'est pour cette raison que la prévention doit utiliser diverses approches (Erlangsen et al., 2011). Ainsi, la prévention « universelle » s'adresse à toutes les personnes âgées afin de leur fournir de l'information et des compétences afin de favoriser l'adaptation et de réduire la détresse face à un éventuel problème donné. Comme exemples, citons les formations sur le bien-vieillir, les campagnes médiatiques responsables à propos du suicide des aînés (la dépression n'est pas normale en vieillissant et l'aide existe) et le dépistage systématique de la dépression, comme cela

se fait au Japon (Lapierre et al., 2011). La prévention « sélective » vise les individus qui présentent un ou plusieurs des facteurs de risque connus (p. ex. maladies chroniques, deuil). Les programmes d'accompagnement et de soutien par des ressources communautaires entrent dans cette catégorie ainsi que l'optimisation du traitement des troubles du sommeil ou de symptômes physiques qui diminuent la qualité de vie (Erlangsen et al., 2011). Finalement, la prévention « indiquée » vise les aînés qui souffrent de dépression ou qui expriment un DM. Les interventions thérapeutiques « personnalisées » offertes par un questionnaire de cas en sont un exemple ainsi que les programmes de sentinelles qui repèrent et réfèrent les personnes qui expriment un DM (Chauliac et al., 2016).

Bien que le manque de ressources rende difficile l'implantation de programmes de prévention qui comporteraient les multiples composantes mentionnées précédemment, **il existe deux ingrédients que tous les intervenants peuvent ajouter à leur boîte à outils : l'espoir (McLaren et al., 2022) et la bientraitance (Moulias et al., 2010). Cette dernière donne à la personne âgée le sentiment qu'elle a de la valeur (Flett, 2022; Heisel et Flett, 2020), tandis que l'espoir est l'ingrédient qui lui permet de croire qu'elle pourra découvrir des raisons satisfaisantes de vivre la dernière étape de sa vie, malgré les obstacles et les contrariétés (Lapierre et al., 2021; Rurup et al., 2011).**

Auteure



SYLVIE LAPIERRE, Ph. D.

Sylvie Lapierre est professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle est également codirectrice du Laboratoire interdisciplinaire de recherche en gérontologie (LIREG), coprésidente du Groupe d'intérêt spécial sur le suicide des personnes âgées de l'Association internationale de prévention du suicide (IASP) et membre du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE).

Références

1. Ayalon, L. et Shiovitz-Ezra, S. (2011). The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. *International Psychogeriatrics*, 23(10), 1677-1685. <https://doi.org/10.1017/S1041610211001384>
2. Bauer, I. et Wrosch, C. (2009). Il faut savoir quand s'arrêter : l'ajustement des buts pour le bien-être et la santé. *Revue québécoise de psychologie*, 30(2), 113-129.
3. Bernier, S., Lapierre, S. et Desjardins, S. (2020). Social interactions among older adults who wish for death. *Clinical Gerontologist*, 43(1), 4-16. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1672846>
4. Castelli Dransart, D. A., Maggiori, C., Lapierre, S. et Voélin, S. (2022). Will they let me die? Perspectives of older Swiss adults on end-of-life issues. *Death Studies*, 46(4), 920-929. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1788669>
5. Chauliac, N., Brochard, N., Payet, C., EGEE study group, Duclos, A. et Terra, J. L. (2016). How does gatekeeper training improve suicide prevention for elderly people in nursing homes? A controlled study in 24 centres. *European psychiatry*, 37, 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.05.011>
6. Clément, S. (2007). Le discours sur la mort à l'âge de la vieillesse. *Retraite et société*, 52, 63-81. <https://doi.org/10.3917/rs.052.0063>
7. Conejero, I., Olié, E., Courtet, P. et Calati, R. (2018). Suicide in older adults: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 691-699. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>
8. De Leo, D. (2022). Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*, 2, 7-12. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00160-1>
9. De Leo, D., Buono, M. D. et Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-229.
10. Drapeau, A., Boyer, R. et Lesage, A. (2009). The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 372-384.
11. Erlangsen, A., Nordentoft, M., Conwell, Y., Waern, M., De Leo, D., Lindner, R., Oyama, H., Sakashita, T., Andersen-Ranberg, K., Quinnett, P., Draper, B. et Lapierre, S. (2011). Key considerations for preventing suicide in older adults: Consensus opinions of an expert panel. *Crisis*, 32(2), 106-109. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000053>
12. Flett, G. L. (2022). An introduction, review, and conceptual analysis of mattering as an essential construct and an essential way of life. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 40(1) 3-36. <https://doi.org/10.1177/2F07342829211057640>
13. Flett, G. L. et Heisel, M. J. (2020). Aging and feeling valued versus expendable during the COVID-19 pandemic and beyond: A review and commentary of why mattering is fundamental to the health and well-being of older adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-27. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00339-4>
14. Gramaglia, C., Calati, R. et Zeppegno, P. (2019). Rational suicide in late life: A systematic review of the literature. *Medicina (Kaunas)*, 55(10), 656. <https://doi.org/10.3390/medicina55100656>
15. Günak, M. M., Barnes, D. E., Yaffe, K., Li, Y. et Byers, A. L. (2021). Risk of suicide attempt in patients with recent diagnosis of mild cognitive impairment or dementia. *JAMA Psychiatry*, 78(6), 659-666. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0150>
16. Heisel, M. J. et Flett, G. L. (2016). Does recognition of meaning in life confer resiliency to suicide ideation among community-residing older adults? A longitudinal investigation. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(6), 455-466. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2015.08.007>
17. Heisel, M. J., Moore, S. L., Flett, G. L., Norman, R., Links, P. S., Eynan, R., O'Rourke, N., Sarma, S., Fairlie, P., Wilson, K., Farrell, B., Grunau, M., Olson, R. et Conn, D. (2020). Meaning-centered men's groups: Initial findings of an intervention to enhance resiliency and reduce suicide risk in men facing retirement. *Clinical Gerontologist*, 43(1), 76-94. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1666443>
18. Heisel, M. J., Talbot, N. L., King, D. A., Tu, X. M. et Duberstein, P. R. (2015). Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 87-98.
19. Hinton, L., Zweifach, M., Oishi, S., Tang, L. et Unützer, J. (2006). Gender disparities in the treatment of late-life depression: Qualitative and quantitative findings from the IMPACT trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 884-892.

20. Kjølheth, I., Ekeberg, O. et Steihaug, S. (2010). Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 209-218. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990949>
21. Ko, Y., Han, S. Y. et Jang, H. Y. (2021). Factors influencing suicidal ideation and attempts among older Korean adults: Focusing on age discrimination and neglect. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1852. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041852>
22. Laflamme, L., Vaez, M., Lundin, K. et Sengoelge, M. (2022). Prevention of suicidal behavior in older people: A systematic review of reviews. *PLoS one*, 17(1), e0262889. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262889>
23. Lapierre, S., Bouffard, L. et Dubé, M. (2021). *La gestion des buts personnels. Un programme d'intervention favorisant le bien-être psychologique*. JFD éditions.
24. Lapierre, S., Desjardins, S., Dubé, M., Marcoux, L., Miquelon, P. et Boyer, R. (2017). "On the road to a better life": An innovative suicide prevention program based on the realization of meaningful personal goals. *Journal of Depression and Therapy*, 1, 8-22. <https://openaccesspub.org/article/408/jdt-16-1306.pdf>
25. Lapierre, S., Desjardins, S., Prévaille, M., Berbiche, D., Marcoux, L. et Dubé, M. (2015). Wish to die and physical illness in older adults. *Psychology Research*, 5(2), 125-137. <http://www.davidpublisher.com/Public/uploads/Contribute/550936d3b80e2.pdf>
26. Lapierre, S., Dubé, M., Bouffard, L. et Alain, M. (2007). Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. *Crisis*, 28(1), 16-25. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.1.16>
27. Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J.J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B. et Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32(2), 88-98.
28. Lapierre, S., Lacerte, M.-M., Castelli Dransart, D. A., Maggiori, C., St-Amant, K., Houle, M., Laplante, A., Dubuc, G. et Landry, M. (2019). Perception du vieillissement et aide médicale à mourir. *Vie et Vieillesse*, 16(3), 26-32.
29. Lévesque, P., Rassy, J. et Genest, C. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022*. Québec : Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
30. Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332-336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
31. McLaren, S., Castillo, P., Tindle, R., Corboy, D., Klein, B. et Burneister, O. (2022). Suicide risk among older adults: The moderating role of hope. *Clinical Gerontologist*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2039827>
32. Mellqvist Fässberg, M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J. J., Wong, C., Wu, J., Duberstein, P. et Waern, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability and suicidal behaviour among older adults. *Aging and Mental Health*, 20(2), 166-194. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945>
33. Mellqvist Fässberg, M., Van Orden, K., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., Canetto, S., De Leo, D., Draper, B., Szanto, K. et Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 722-745. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3367273/>
34. Michaud-Dumont, G., Lapierre, S. et Viau-Quesnel, C. (2020). The experience of adults bereaved by the suicide of a close elderly relative: A qualitative pilot study. *Frontiers in Psychology*, 11, 2331. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.538678>
35. Mishara, B. L. et Weisstub, D. N. (2018). Is suicide prevention an absolute?: Considerations when medical assistance in dying is an option. *Crisis*, 39(5), 313-317. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000568>
36. Moulas, R., Moulas, S. et Busby, F. (2010). La « bienveillance » : qu'est-ce que c'est? *Gérontologie et société*, 33(133), 10-21. <https://doi.org/10.3917/gs.133.0010>
37. O'Connor, R. C. et Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet. Psychiatry*, 1(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
38. O'Connor, R. C., O'Carroll, R. E., Ryan, C. et Smyth, R. (2012). Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: A two-year prospective study. *Journal of affective disorders*, 142(1-3), 248-255. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.035>
39. Okolie, C., Dennis, M., Simon Thomas, E. et John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1801-1824. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001430>
40. Prévaille, M., Mechakra-Tahiri, D.-S. et Lapierre, S. (2019). La réponse comportementale : le risque suicidaire. Dans Helen-Maria Vasiliadis (dir.), *Épidémiologie psychiatrique et santé mentale en médecine générale. Étude sur les personnes âgées* (p. 183-197). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
41. Richard-Devantoy, S. et Jollant, F. (2012). Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge? *Santé mentale au Québec*, 37(2), 151-173. <https://doi.org/10.7202/1014949ar>
42. Rurup, M. L., Pasmán, H. R., Goedhart, J., Deeg, D. J., Kerkhof, A. J. et Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Understanding why older people develop a wish to die: A qualitative interview study. *Crisis*, 32(4), 204-216. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000078>
43. Salvatore, T. (2021). Dying by suicide in nursing homes: A preventable end of life outcome for older residents. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228211038798>
44. Shah, A., Bhat, R., Zarate-Escudero, S., De Leo, D. et Erlangsen, A. (2016). Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: The international landscape. *Aging and Mental Health*, 20, 131-138.
45. Ünützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J. W., Jr, Hunkeler, E., Hendrie, H., Lin, E. H., Levine, S., Grypma, L., Steffens, D. C., Fields, J., Langston, C. et IMPACT Investigators (2006). Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1550-1556. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00882.x>
46. Van Orden, K. A., O'Riley, A. A., Simning, A., Podgorski, C., Richardson, T. M. et Conwell, Y. (2015). Passive suicide ideation: An indicator of risk among older adults seeking aging services? *The Gerontologist*, 55(6), 972-980.
47. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. et Joiner, T. J. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600.
48. van Wijngaarden, E., Leget, C., Goossens, A., Pool, R. et The, A. M. (2019). A captive, a wreck, a piece of dirt: Aging anxieties embodied in older people with a death wish. *Omega*, 80(2), 245-265. <https://doi.org/10.1177/00302228211732465>
49. van Wijngaarden, E., Merzel, M., van den Berg, V., Zomers, M., Hartog, I. et Leget, C. (2021). Still ready to give up on life? A longitudinal phenomenological study into wishes to die among older adults. *Social Science & Medicine*, 284, 114180. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114180>
50. Wallace, M., Miller, V. J., Fields, N. L., Xu, L. et Mercado-Sierra, M. A. (2021). Empirically evaluated suicide prevention program approaches for older adults: A review of the literature from 2009-2021. *Journal of Gerontological Social Work*, 64(5), 480-498. <https://doi.org/10.1080/01634372.2021.1907495>
51. Zeppego, P., Gattoni, E., Mastrangelo, M., Gramaglia, C. et Sarchiapone, M. (2019). Psychosocial suicide prevention interventions in the elderly: A mini-review of the literature. *Frontiers in Psychology*, 9, 2713. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02713>

27
OCTOBRE
2022

JOURNÉE SCIENTIFIQUE

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES AÎNÉS DES PREMIERS PEUPLES

MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX SOIGNER.



L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) est heureuse de vous annoncer la tenue de sa **Journée scientifique qui aura lieu le jeudi 27 octobre 2022 en mode virtuel**. Cette journée comportera trois formations sur des sujets d'actualité en lien avec « La santé et le bien-être des aînés des Premiers Peuples : mieux comprendre pour mieux soigner ».


Vous pouvez valider jusqu'à 6 h de formations accréditées en participant à notre Journée scientifique!

PROGRAMMATION EN BREF

7H45	Accueil des participants
8H00	Ouverture de la Journée scientifique et présentation des partenaires
8H20	Présentation du thème de la journée <i>Sandro Echaquan</i>
8H30	Formation #1 De l'organisation des services à la personne aînée : Comment s'y retrouver pour mieux soigner <i>Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) : Julie Duplantie, Jessie Messier, Anne-Audrey Jourdain et un panel de représentants des Premières Nations</i>
10H00	Pause
10H15	Formation #1 (suite)
11H30	Pause-dîner
12H15	Formation #2 Pratiques et perspectives de la sécurisation culturelle dans les soins de santé destinés à la population autochtone <i>Carole Lévesque et Nicole O'Bomsawin</i>
14H15	Pause
14H30	Formation #3 La contribution des aînés des Premiers Peuples au mieux-être individuel et collectif <i>Chantal Viscogliosi et Nicole O'Bomsawin</i>
15H30	Mot de clôture <i>Sandro Echaquan</i>
15H45	Fin de l'évènement

RENDEZ-VOUS SUR NOTRE SITE WEB POUR VOUS INSCRIRE!

<https://aqiig.org/evenements/journee-scientifique-2022/>



LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT NOVATEURS POUR LES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : PARTIE 2

PHILIPPE VOYER, inf., Ph. D.

ÉMILIE ALLAIRE, M.A.

ANNE-MARIE VEILLETTE, M.A.

CAMILLE SAVOIE, inf., Ph. D. (c)

Le développement de milieux d'hébergement novateurs, tels que les *Greenhouses*, les *Care Villages* et les *Care Farms*, a permis de mettre de l'avant les bénéfices associés à l'aménagement de l'environnement. En effet, un aménagement de l'environnement répondant aux besoins particuliers des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs permet, en plus d'améliorer leur qualité de vie, de réduire aussi la fréquence des problèmes comportementaux. À partir des écrits scientifiques disponibles et des expériences internationales, ce deuxième article a pour but de présenter les caractéristiques liées au design des aires de vie de ces milieux.

INTRODUCTION

Le premier article de la série a permis de présenter les principes environnementaux globaux pour les personnes âgées (PA) atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). En effet, les modèles théoriques de Lawton (Lawton et Nahemow, 1973) et de BACE (Kovach et al., 2004) ont mis de l'avant l'importance d'avoir un équilibre entre la sur-stimulation et la sous-stimulation, afin de diminuer les « stresseurs » et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). De plus, le triangle de Brodaty et al. (2003) a démontré l'importance de tenir compte de l'intensité des SCPD pour choisir l'environnement le mieux adapté. Enfin, la présentation de plusieurs milieux d'hébergement novateurs a permis de démontrer qu'une philosophie de soins axée sur la liberté, l'autonomie et la flexibilité pouvait engendrer des effets positifs sur le comportement et le bien-être des personnes atteintes de TNCM. L'objectif de ce deuxième article est de présenter la façon dont le design et l'environnement des pièces de ces milieux de vie sont optimisés pour les PA atteintes de TNCM. De ce fait, plusieurs espaces compris dans un milieu d'hébergement seront abordés. Les espaces dédiés aux opérations

seront d'abord présentés, suivi des espaces pour la vie en collectivité. Les espaces familiaux, les espaces de vie des résidents et les espaces privés des résidents seront ensuite abordés. Pour conclure, les caractéristiques environnementales générales seront présentées.

ESPACES DÉDIÉS AUX OPÉRATIONS

Les milieux d'hébergement ayant une philosophie de soins adaptée aux PA atteintes de TNCM priorisent un design qui sépare les activités avec et sans valeurs ajoutées pour les résidents. « *L'avant-scène* » fait référence aux lieux de vie des personnes hébergées, alors que « *l'arrière-scène* » fait référence aux lieux opérationnels, c'est-à-dire l'espace de travail des employés et des services de soutien. Il est suggéré que l'architecture de l'établissement prévoit, dès la construction, une séparation de ces espaces. Toutes les activités qui ne contribuent pas au bien-être des résidents doivent se retrouver en arrière-scène. De cette façon, on évite de perturber la quiétude des résidents par une rencontre qui a lieu dans une salle de réunion se trouvant dans l'unité, par exemple. Dans le cas d'une rénovation d'un milieu d'hébergement, s'il n'est pas possible de séparer complètement ces activités, on utilisera des

Figure 1 - Exemple de poste de travail (Village Alzheimer, Pays-Bas)



Crédit Philippe Voyer

stratégies qui vont diminuer le caractère institutionnel de l'aire de vie. Par exemple, le retrait du poste infirmier qui serait remplacé par un poste de travail intégré dans le salon (figure 1). Ces éléments, en plus d'aider au design de type résidentiel, sont reconnus pour augmenter les interactions sociales entre le personnel et les résidents (Campo et Chaudhury, 2011).

Dans l'avant-scène, on recommande aussi de créer des salles thématiques stimulantes et autoportantes comme une salle de lavage afin d'encourager des activités occupationnelles pour les personnes hébergées. Dans cet espace dédié à la buanderie, une zone de travail peut même être aménagée afin que les résidents puissent plier les vêtements et les serviettes. Pour ce qui est de l'utilité souillée et des équipements opérationnels (chariot médical, lève-personne, etc.), ceux-ci devraient être cachés de la vue des personnes hébergées. Il est suggéré de les placer dans un local en arrière-scène et si cela n'est pas possible, de les camoufler. La gestion des soins (par ex. : notes évolutives, plan thérapeutique infirmier (PTI), communication interprofessionnelle) et des médicaments devrait pouvoir se faire à l'aide de logiciels et d'appareils mobiles permettant ainsi d'éviter une approche institutionnelle (dossier papier dans un local,

chariots de médicaments, etc.). Le fait de faire la gestion des soins directement dans l'avant-scène favorise aussi l'augmentation du temps passé par le personnel avec les résidents dans la maisonnée (figure 2). Les médicaments devraient ainsi être gardés dans une armoire sécurisée de la salle de bain de la chambre du résident. Pour les bureaux administratifs et les salles d'employés, il est recommandé de les aménager loin des espaces d'activités du milieu de vie. Ces pièces devraient être dans la zone la plus éloignée des personnes hébergées et des visiteurs. Le fait que « l'arrière-scène » de l'établissement ne soit pas visible par les résidents diminue la fréquence des interactions négatives entre le personnel et les PA atteintes de TNCM. En effet, la personne n'a pas à interdire verbalement l'accès et créer ainsi des frustrations chez les résidents.

Figure 2 - Gestion des soins de la maisonnée avec un miniportable à l'aide du logiciel Symo (Humanitae)



Crédit Philippe Voyer

ESPACES POUR LA VIE EN COLLECTIVITÉ

Les espaces pour la vie en collectivité dans les milieux d'hébergement font référence entre autres au rez-de-chaussée et à l'accès à l'extérieur. Le rez-de-chaussée devrait être aménagé pour que les personnes hébergées puissent sortir dans la cour seules en toute sécurité. Ce libre accès à une cour extérieure privée entraîne plusieurs bénéfices sur le bien-être des personnes, notamment la diminution de l'agitation et de la frustration, la réduction de la consommation d'antipsychotiques et l'amélioration du sommeil (Chaudhury et al., 2018). En plus d'offrir une expérience sensorielle contribuant à maintenir les capacités cognitives, l'accès à une cour extérieure fournit un espace de socialisation entre les personnes hébergées, le personnel soignant et les familles. Il est recommandé d'avoir une délimitation végétale sécurisant la cour et une vue sur celle-ci de l'intérieur du milieu. Afin de faciliter la marche dans la cour extérieure, un chemin adapté peut être aménagé et devrait comprendre des lignes droites,

Figure 3 - Exemple d'espace pour les animaux (CHSLD Faubourg)



Crédit Philippe Voyer

des courbes et des virages assez larges ainsi que des mains courantes. Il est important d'utiliser le chemin pour orienter la personne vers les endroits désirés, loin des zones à éviter. Il est conseillé d'aménager des aires de repos dans la cour et tout au long du chemin, telles que des chaises simples, des bancs, des balançoires, un abri et un espace pour les repas. L'installation de zones d'activités stimulantes est également conseillée, par exemple prévoir un espace avec des animaux (figure 3), un espace jardin où les personnes hébergées peuvent « se salir les mains » dans la terre, un espace d'entretien avec accès à une tondeuse, un râteau et des balais et un espace avec une corde à linge.

Un autre aménagement pertinent est l'installation de salles thématiques liées aux intérêts et aux passions des personnes hébergées, telles qu'une salle de musique ou de cinéma, un espace café, un magasin général, une pouponnière ou un coin menuiserie (figure 4). Ces salles devraient être aménagées en fonction de la capacité et des intérêts des résidents afin de s'assurer qu'ils s'engagent envers celles-ci. Il est également recommandé d'offrir dans le milieu de vie des zones d'activités liées à la vie domestique. Par exemple, il peut être intéressant de mettre à la disposition des personnes hébergées une zone de bureau, un balai ou un plumeau. Les objets de ces zones doivent par ailleurs être facilement accessibles.

Figure 4 - Exemple de salle thématique - coin menuiserie (Autriche)



Crédit Philippe Voyer

ESPACES FAMILIAUX

Il est suggéré de prévoir des salles familiales privées adoptant un décor résidentiel et réconfortant pour permettre aux personnes hébergées de socialiser avec familles et amis (figure 5). Les familles doivent s'y sentir bienvenues et à leur aise. Il est suggéré d'inclure dans les salles des fauteuils confortables, un divan-lit, une cuisinette, une table, des chaises, une zone d'activités, des

Figure 5 - Exemple de salle familiale privée (Maison l'étincelle)



Crédit Philippe Voyer

jeux pour les enfants et une salle de bain avec douche. Il est également conseillé d'aménager des espaces familiaux semi-privés dans le salon, dans la cour extérieure ou au bout d'un corridor. Ces endroits semi-privés favorisent l'interaction sociale et les échanges entre les visiteurs et les membres du milieu de vie (Chapman et Carder, 2003). L'aménagement de ces espaces devrait comprendre du mobilier confortable et des jeux pour les enfants. Il est également important de prévoir des tables et des chaises supplémentaires pour les visiteurs qui souhaiteraient se joindre aux repas. Des contacts familiaux réguliers peuvent, en effet, améliorer l'état général des personnes hébergées. En plus de réduire l'ennui, la présence des familles répond aux besoins affectifs et sociaux des personnes hébergées. Enfin, les visites des familles permettent de diminuer de manière significative l'usage d'antipsychotiques (Voyer et al., 2005).

ESPACES DE VIE DES RÉSIDENTS

Les espaces de vie des résidents dans les milieux d'hébergement font référence aux aires communes et à la manière dont celles-ci sont adaptées aux résidents. Pour le design, il est conseillé d'aménager un petit milieu de vie de type résidentiel, pour environ 12 résidents, avec du mobilier représentant la « maison » et la « vie passée ». L'aménagement résidentiel et familial comporte des effets positifs sur les personnes, tels que l'augmentation de la participation et de la socialisation, l'amélioration de l'état émotionnel, la diminution de l'anxiété et une meilleure compréhension de la fonction des pièces. Le camouflage de portes et d'ascenseurs interdits d'accès aux résidents est également conseillé, puisqu'il permet de diminuer de manière significative l'attraction envers les portes et les ascenseurs, l'errance, l'agitation et les tentatives de fuite (Voyer et al., 2020). Cependant, l'efficacité du camouflage dépend de son emplacement, de la visibilité de la poignée, de la fréquence de l'utilisation de la porte ou de l'ascenseur et de l'état cognitif des personnes. Afin d'assurer les bénéfices sur les personnes, le camouflage devrait couvrir l'entièreté de la porte et se prolonger sur les murs l'encadrant afin qu'elle se fonde dans le décor. Il devrait aussi être combiné avec d'autres mesures et approches afin de garantir la sécurité des personnes hébergées.

Il est suggéré d'aménager des indices d'orientation dans le milieu pour aider les résidents à se retrouver dans le temps et l'espace. Par exemple, des points de repère visuels peuvent être installés à chaque bout de corridor. Il est suggéré de prioriser des objets pertinents, uniques et reconnaissables pour les personnes hébergées (ex. : horloge grand-père). Des pictogrammes ou des images peuvent être intégrés afin d'identifier plus facilement la

fonction d'une pièce. L'ensemble de ces éléments, quant aux espaces de vie des résidents, permet de diminuer la fréquence des SCPD et de favoriser la qualité de vie des résidents.

ESPACE PRIVÉ DES RÉSIDENTS

Plusieurs aménagements en ce qui concerne l'espace privé du résident sont recommandés. Il est conseillé d'aménager des chambres privées et personnalisées (figure 6). Les chambres peuvent être meublées avec du mobilier personnel (ex. : fauteuil, table de chevet, commode) et des objets significatifs (ex. : livres, photos, peintures). Les meubles et les objets doivent être facilement déplaçables, puisqu'un réaménagement de l'espace peut être nécessaire si les besoins et les capacités de la personne hébergée évoluent. Il est recommandé de personnaliser la porte de la chambre et d'y installer des photos afin d'en faciliter la reconnaissance par la personne hébergée. Une armoire pour les médicaments devrait être installée dans la chambre, puisqu'en plus d'éliminer le « chariot médical », cette armoire permet au personnel soignant une plus grande flexibilité en donnant les médicaments au lever et au coucher. La chambre devrait également être munie d'une douche italienne afin d'éviter de déplacer les personnes hors de leur chambre pour les soins d'hygiène. Comme les soins se donnent dans leur espace privé, les personnes hébergées auront tendance à collaborer davantage. Un tel aménagement personnalisé permet d'offrir un sentiment d'appartenance, de fournir de l'information au personnel soignant pour initier la conversation, d'améliorer le sommeil ainsi que de diminuer l'agitation et l'utilisation de médicaments sédatifs (Davis et al., 2009).

Figure 6 - Exemple de chambre personnalisée (Maison l'étincelle)



Crédit Philippe Voyer

CARACTÉRISTIQUES ENVIRONNEMENTALES GÉNÉRALES

Dans les milieux d'hébergement, les couleurs, les contrastes, les motifs et les textures doivent être bien sélectionnés afin d'utiliser des matériaux qui contribuent à diminuer la fréquence des SCPD. Le choix des couleurs pour les indices d'orientation est important. Ainsi, des couleurs vives devraient être utilisées pour attirer l'attention des personnes. L'absence d'affiches ou de signes destinés au personnel soignant est recommandé. Afin de faciliter la marche des personnes hébergées, il est recommandé d'éviter l'utilisation de plancher ou de tapis avec des motifs gras à forts contrastes et des bordures très contrastées. L'accentuation du rebord de certains meubles et objets est conseillée afin d'aider les résidents à mieux les percevoir dans l'espace (ex. : sièges des chaises, éviers, comptoirs de salle de bain). L'application de ces recommandations a des effets bénéfiques sur ces derniers, tels qu'une amélioration de la reconnaissance spatiale et des objets ainsi qu'une diminution de la désorganisation de la pensée et de l'anxiété (O'Conner, 2020).

De plus, il est recommandé de prioriser l'éclairage et la luminosité naturelle dans les milieux. En effet, l'exposition

Figure 7 - Exemple de luminosité naturelle (Autriche)



Crédit Philippe Voyer

à la lumière naturelle grâce à de grandes fenêtres, de puits de lumière au plafond et d'une verrière représente un élément clé pour les personnes atteintes de TNCM (figure 7) (Torrington et al., 2007). Afin de diminuer l'éblouissement que peut provoquer cette lumière, l'installation de stores et de rideaux résidentiels peut être nécessaire. L'éclairage indirect, tel que des lampes et des plafonniers résidentiels, devrait être privilégié. De tels aménagements engendrent des effets bénéfiques sur les personnes hébergées, tels que l'amélioration de la capacité visuelle, de l'humeur et du rythme sommeil-éveil, de la diminution des signes de dépression et d'agitation ainsi que de l'augmentation de la participation.

Au niveau de la volumétrie, c'est-à-dire de la grandeur des pièces et du milieu, il est suggéré d'aménager des milieux d'hébergement de petites superficies accueillant un petit nombre de personnes. Le fait d'aménager de petits milieux résidentiels a des effets positifs sur les personnes hébergées, tels qu'une réduction de l'agitation et de la détérioration cognitive ainsi qu'une augmentation de l'engagement et de l'interaction sociale (Nejati et Nanda, 2015).

En ce qui concerne l'exposition aux bruits dans les milieux d'hébergement, le niveau sonore devrait être faible afin de favoriser la diminution de la fréquence des SCPD. Il est recommandé d'éviter les bruits liés à la vie extérieure, aux systèmes mécaniques, de sécurité et de communication ou aux appareils électriques (Haynes et Fleming, 2014). Des sons pertinents et apaisants pour les résidents peuvent être joués dans le milieu de vie (ex. : musique représentant des sons de la nature). La présence de ces sons peut avoir des effets positifs sur les personnes hébergées, tels que la diminution de l'agitation et de la fatigue.

Il est recommandé d'effectuer une surveillance quotidienne de la température ambiante afin de s'assurer du confort des résidents (Garre-Olmo et al., 2012). Une attention particulière doit être portée à la température dans les chambres, car l'appréciation de la chaleur ambiante peut varier d'une personne à l'autre. Dans les salles de bain, il est conseillé de prévoir une température plus élevée. Un tel contrôle de la température entraîne des effets positifs sur l'augmentation du bien-être général et la diminution de l'agitation lors des soins d'hygiène.

CONCLUSION

Cet article a permis de présenter les stimuli pertinents permettant de réduire la fréquence des SCPD chez les personnes atteintes de TNCM en milieux d'hébergement. En effet, six éléments environnementaux ayant démontré un impact sur la réduction de la fréquence des SCPD

ont été décrits : les espaces dédiés aux opérations, les espaces pour la vie en collectivité, les espaces familiaux, les espaces de vie des résidents, l'espace privé du résident et les caractéristiques environnementales. Cet article peut permettre d'outiller les milieux de soins de longue durée sur les pratiques innovantes liées à la philosophie de soins et à l'environnement physique visant à améliorer la qualité de vie des personnes hébergées.

Auteurs



PHILIPPE VOYER, inf., Ph. D.

Professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec



EMILIE ALLAIRE, M.A.

Professionnelle de recherche, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec



ANNE-MARIE VEILLETTE, M.A.

Professionnelle de recherche, Centre de recherche du CISSS Chaudière-Appalaches



CAMILLE SAVOIE, inf., Ph. D. (c)

Étudiante au doctorat, assistante de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Références

1. Brodaty, H., Draper, B. M. et Low, L.-F. (2003). Behavioral and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery. *The Medical Journal of Australia*, 178(5), 231-234.
2. Campo, M. et Chaudhury, H. (2011). Informal social interaction among residents with dementia in special care units: Exploring the role of the physical and social environments. *Dementia*, 11(3), 401-423. doi: 10.1177/1471301211421189
3. Chapman, N. J. et Carder, P. C. (2003). Privacy Needs When Visiting a Person With Alzheimer's Disease: Family and Staff Expectations. *The Journal of Applied Gerontology*, 22(4), 506-522. doi: 10.1177/0733464803254339
4. Chaudhury, H., Cooke, H. A., Cowie, H. et Razaghi, L. (2018). The Influence of the Physical Environment on Residents with Dementia in Long-Term Care Settings: A Review of the Empirical Literature. *The Gerontologist*, 58(5), e325-e337. doi: 10.1093/geront/gnw259
5. Davis, S., Byer, S., Nay, R. et Koch, S. (2009). Guiding design of dementia friendly environments in residential care settings. *Dementia*, 8(2), 185-203. doi: 10.1177/1471301209103250
6. Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Turon-Estrada, A., Juvinyà, D., Ballester, D. et Vilalta-Franch, J. (2012). Environmental determinants of quality of life in nursing home residents with severe dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(7), 1230-1236. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04040.x
7. Hayne, M. J. et Fleming, R. (2014). *Acoustic design guidelines for dementia care facilities*. Faculty of Science, Medicine and Health-Papers: part A 2640.
8. Kovach, C. R., Taneli, Y., Dohearty, P., Schlidt, A. M., Cashin, S. et Silva-Smith, A. L. (2004). Effect of the BACE intervention on agitation of people with dementia. *Gerontologist*, 44(6), 797-806. <https://doi.org/10.1093/geront/44.6.797>
9. Lawton, M. P. et Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. Dans C. Eisdorfer et M. P. Lawton (dir.), *The psychology of adult development and aging* (p. 619-674). American Psychological Association.
10. Nejati, A. et Nanda, U. (2015). *Design for Dementia: What Do We Know?* Center for Advanced Design Research and Evaluation.
11. O'Conner, Z. (2020). Color Design and Dementia: Harnessing HCI to Improve Environmental Visual Literacy. Dans R. Brankaert et G. Kenning (dir.), *HCI and Design in the Context of Dementia* (p. 223-236). Springer.
12. Torrington, J. M., Tregenza, P. R. et Noell-Waggoner, L. C. (2007). Lighting for people with dementia. *Lighting Research and Technology*, 39(1), 81-97. doi: 10.1177/1365782806074484
13. Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P. N., Laurin, D., Rochette, L., Martin, L. S. et Baillargeon, L. (2005). Determinants of Neuroleptic Drug use in Long-Term Facilities for Elderly Persons. *Journal of Applied Gerontology*, 24(3), 179-195. doi: 10.1177/0733464804271544
14. Voyer, P., Veillette, A.-M. et Allaire, E. (2020). État de situation sur le camouflage de portes et d'ascenseurs en milieux d'hébergement au Québec: proposition pour uniformiser et soutenir la prise de décision. Faculté des sciences infirmières, Université Laval.



SOINS INFIRMIERS POUR LES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE TROUBLES COGNITIFS : PRINCIPES D'INTERVENTION

SYLVIE REY, inf., DESS SANTÉ MENTALE, M. Sc., Ph. D.

STEEVEN BERNIER, inf., DESS SANTÉ MENTALE, M. Sc., M.A.

Les infirmières exerçant auprès des personnes atteintes d'un trouble cognitif doivent posséder des connaissances spécifiques à cette clientèle. Le but de cet article est de présenter sommairement les principes généraux d'intervention que les infirmières doivent considérer pour agir auprès de ces personnes. La perspective biopsychosociale guide ces professionnelles vers une compréhension globale de la personne et de ses besoins. L'évaluation fonctionnelle leur permet de cerner les capacités d'autosoin de la personne, mais aussi de comprendre le sens des comportements qui sont exprimés. Les infirmières devraient également fonder leur pratique sur l'approche centrée sur les relations, qui considère la personne atteinte d'un trouble cognitif mais également ses proches et les soignants. Enfin, les quatre dimensions des interventions écobipsychosociales et les quatre catégories de principes forment un cadre utile pour l'intervention.

INTRODUCTION

Les infirmières œuvrant dans le domaine des soins infirmiers en santé mentale accompagnent des personnes, familles, groupes ou communautés vivant différentes expériences de santé et de maladie et confrontées à différentes transitions de vie (Pepin et al., 2017). Parmi ces clientèles se retrouvent les personnes âgées. Celles-ci peuvent présenter différents troubles mentaux, dont les troubles cognitifs (TC), parfois seuls ou en comorbidités. Pour cet article, les troubles cognitifs englobent également l'ensemble des diagnostics connus sous le libellé diagnostique de « trouble neurocognitif », qu'il soit majeur ou léger, sans toutefois considérer l'état confusionnel (*delirium*).

L'objectif de cet article est de présenter les principes généraux d'intervention que les infirmières doivent considérer pour agir auprès des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Pour ce faire, deux thématiques sont évoquées. La première thématique concerne le processus d'évaluation clinique. La deuxième thématique présente les principes qui doivent être considérés lors des interventions auprès des personnes atteintes d'un TC.

1. PROCESSUS D'ÉVALUATION

Il est reconnu depuis longtemps que l'évaluation peut apporter une contribution importante au développement des interventions auprès des personnes, des familles, des groupes et des collectivités en vue de réaliser des objectifs d'amélioration de leur situation sur le plan du bien-être (Beaudoin, 1998). D'ailleurs, l'évaluation fait partie intégrante de toute démarche de soins infirmiers et précède la mise en œuvre des interventions. Afin de mener à bien cette étape, l'infirmière doit avoir une vision biopsychosociale de la situation de la personne et, dans le cas de la présence spécifique de TC, elle doit effectuer également une évaluation fonctionnelle.

1.1. Perspective biopsychosociale

Selon la perspective biopsychosociale, les aspects biologiques, psychologiques et sociaux sont en constante interaction; ainsi, un seul système ne peut pas permettre à lui seul la compréhension d'une psychopathologie (Deschênes, 2022). Étant donné cette interaction dynamique à travers le temps, l'évaluation par l'infirmière doit se faire tout au long de l'épisode de soins et ne pas porter uniquement sur l'altération des fonctions

biologiques contribuant aux troubles mentaux. Les prochaines lignes résumant les divers éléments à prendre en considération lors de l'évaluation à partir de cette perspective.

Les aspects biologiques concernent plus spécifiquement les éléments d'un point de vue physiologique. L'infirmière recueillera des informations, entre autres, sur la médication utilisée, les résultats des examens diagnostics, les problèmes de santé physique et mentale concomitants diagnostiqués ainsi que les symptômes observés et décrits. Cela lui permettra de prendre en considération l'impact potentiel de ces différents éléments sur les autres aspects et, plus globalement, sur l'évolution de la situation de santé de la personne. Certains problèmes de santé physique pourraient complexifier les problématiques de santé mentale, entre autres les TC. Chez la personne âgée, l'infirmière doit prêter attention également à l'apport nutritionnel et aux conditions d'hygiène.

Concernant les aspects psychologiques de la perspective biopsychosociale, certaines évaluations spécifiques à la personne âgée ou au TC se doivent d'être effectuées afin d'avoir une image précise des capacités de mémorisation et de perception, entre autres. Divers outils tels que le MOCA et le Folstein peuvent alors être utilisés. Dépendamment de l'état de santé et de compréhension de la personne, une évaluation de la détresse psychologique à l'aide d'un outil tel que l'échelle de Kessler peut aussi être réalisée. Une échelle de dépression gériatrique peut également être utilisée dans le cas où l'infirmière perçoit des symptômes de trouble dépressif. Finalement, une échelle d'évaluation de la qualité de vie peut également être utilisée pour explorer la perception que la personne a de sa situation en lien avec ce concept alors qu'une grille telle que le *Mental Health Continuum - Short Form* (MHC-SF) peut permettre de statuer sur le niveau de santé mentale positive de la personne.

Concernant les aspects sociaux de la personne atteinte d'un TC, il est très important de s'intéresser à son histoire de vie, aux personnes qui ont été importantes et dont la personne peut évoquer le souvenir ou le besoin. Les aspects sociaux permettent aussi à l'infirmière de considérer les relations entre la personne et sa famille. Deux outils peuvent être utilisés pour évaluer les aspects sociaux : le génogramme, qui permet d'explorer la structure familiale ainsi que les divers événements vécus, et l'écocarte, qui permet d'explorer les ressources de la personne et des membres de la famille. L'utilisation de ces outils auprès de cette clientèle est recommandée (Darveau et Boulard, 2015).

1.2. Évaluation fonctionnelle

Il est possible de dire que la condition fonctionnelle d'une personne est relative à son habileté à fonctionner dans les activités de sa vie quotidienne et dans ses relations. Ainsi, en plus de l'évaluation selon la perspective biopsychosociale, l'évaluation fonctionnelle de la personne âgée doit être réalisée. Celle-ci comprend différentes dimensions comme l'évaluation de l'état physique, mental et social et l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle (Gervais, 2020). L'évaluation fonctionnelle de la personne âgée doit être adaptée au milieu de vie ou de soins dans lequel se trouve la personne ainsi que, bien évidemment, à sa condition de santé.

Toutefois, dans le domaine de la santé mentale, l'évaluation fonctionnelle vise également à « ... identifier l'objectif (la fonction) d'un comportement complexe défini de manière opérationnelle pour un individu spécifique dans un environnement donné » (Sigafos et al., 2021, p. 8, traduction libre). Cela est particulièrement important dans le cadre des comportements réactifs exprimés par les personnes âgées atteintes d'un TC. **En effet, l'évaluation fonctionnelle permet de considérer le sens des comportements qui sont exprimés par la personne atteinte d'un TC plutôt que de les considérer comme étant des symptômes perturbateurs d'une maladie, des troubles ou des problèmes** (Dupuis et al., 2012; Macaulay, 2018).

Il est donc possible de résumer le but de l'évaluation de la personne âgée ayant un TC en disant qu'elle vise à comprendre l'expérience vécue par la personne, à déterminer les facteurs relatifs aux problèmes de santé, à identifier les facteurs sur lesquels il est possible d'agir pour promouvoir la santé et la qualité de vie et pour prévenir les symptômes déplaisants, les expériences difficiles et les problèmes de santé surajoutés. Les évaluations effectuées permettront ensuite de guider les interventions de l'infirmière de manière cohérente avec les résultats observés.

2. PRINCIPES D'INTERVENTION

Il est possible de résumer en trois grands principes les interventions en soins infirmiers auprès des personnes atteintes d'un TC.

2.1. Soins centrés sur la relation

Depuis 2004, l'approche centrée sur les relations est préconisée pour les personnes âgées qui sont atteintes d'un TC (Nolan et al., 2004). Cette approche permet de considérer les besoins, les capacités et les forces de la

personne atteinte d'un TC, mais aussi ceux des proches et des soignants (Rockwell, 2012). **En adoptant cette approche, l'infirmière peut évaluer l'expérience particulière qu'ils vivent dans le contexte de l'interaction et de l'environnement de vie.**

Il est utile de préciser que cette approche fait partie intégrante du cadre de référence sur l'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée publié par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018). En adoptant cette approche, les infirmières contribuent au bien-être et promeuvent la capacité d'agir de chacun (OIIQ, 2018). Les lecteurs désirant en savoir plus sur l'approche centrée sur les relations peuvent se référer au guide d'exercice de l'OIIQ ainsi qu'à l'article de Bourbonnais et al. (2020) sur le sujet.

2.2. Interventions écobio psychosociales

Lorsqu'il est fait mention des interventions à mettre en œuvre auprès de la personne âgée atteinte de TC, il est souvent fait mention des interventions *non pharmacologiques*. Aujourd'hui, après plusieurs décennies d'études et de théorisation sur ces interventions, il n'est plus jugé judicieux d'utiliser cette même appellation, qui désigne quelque chose par ce qu'elle n'est pas. Ainsi, en se basant sur une proposition initiale de Zeisel et al. (2016), Gerlach et Kales (2018) proposent de parler d'interventions écobio psychosociales (EBPS). Une telle appellation permet de considérer les quatre cibles des interventions pour les personnes atteintes d'un TC, leurs proches et les soignants soit l'environnement (éco), les dimensions corporelles et physiques (bio), les dimensions psychologiques (psycho) et les dimensions sociales et relationnelles (sociales). Le tableau ci-dessous (Tableau 1) présente quelques exemples.

Tableau 1 - Interventions écobio psychosociales

Dimensions		Exemples de cibles
É	Écologiques	Environnement physique Environnement technologique Environnement naturel et <i>ambiental</i>
B	Biologiques	Fonctions du corps Capacités physiques Symptômes physiques : douleur, froid
P	Psychologiques	Santé psychologique et mentale Symptômes psychologiques : anxiété, dépression, troubles perceptuels
S	Sociales	Modes de communication Relations entre les membres d'une famille, d'un groupe ou d'une communauté Rôle social

De plus, il est également possible de considérer les sept stratégies les plus communes utilisées dans le cadre des interventions EBPS pour les personnes exprimant des comportements réactifs proposées par Wolf et al. (2018), qui sont présentées à la page suivante (Tableau 2).

Il est possible de montrer la concordance entre les cibles des interventions EBPS et les stratégies (Tableau 3). Les croix représentent la concordance entre la stratégie et la cible. Ce qui est intéressant, c'est d'essayer d'associer différentes stratégies pour atteindre plus d'une dimension EBPS. Cela est représenté par les astérisques noirs dans le tableau ci-dessous. Par exemple, la marche accompagnée utilise des stratégies relatives à l'activité physique et l'interaction sociale ce qui permet de toucher les cibles biologiques et sociales. Les interventions visant à favoriser les interactions avec les membres de la famille peuvent inclure des stratégies visant la conception du cadre de vie (espace privé), des stratégies d'interaction sociale (par exemple la visioconférence ou le toucher) et l'utilisation des ressources technologiques par les soignants, ce qui permet de toucher les cibles écologique, biologique et sociale.

Tableau 3 - Concordance entre les stratégies et les dimensions des interventions EBPS

Stratégies et dimensions	ÉCO	BIO	PSYCHO	SOCIALES
Activités physiques		X		
Enrichissement sensoriel	X			
Interaction sociale				X
Engagement intentionnel Activités significatives			X	
Conception du cadre de vie (environnement physique)	X			
Renforcement différentiel			X	
Formation du soignant (proche et professionnel)	X			

Adapté de Wolf et al. (2018) et de Gerlach et Kales (2018) par Rey (2022, p. 646)

Tableau 2 – Exemples de stratégies EBPS

Stratégies	Exemples
Activités physiques	<p>Programmes d'exercices structurés : groupe ou individuel : Tai-chi, exercices simples d'entraînement de l'équilibre et de renforcement musculaire; natation, golf (sur écran), tapis roulant, bicyclette, etc.</p> <p>Marche à l'intérieur, dans les espaces communs et les corridors des unités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seul • Avec les proches, les bénévoles, les soignants ou un autre résident <p>Marche à l'extérieur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seul • Avec les proches, les bénévoles, les soignants ou un autre résident <p>Faire le ménage!</p> <p>Prendre soin d'animaux ou de plantes, etc.</p>
Enrichissement sensoriel	<p>Stimulation : musique, appareil d'amplification du son, lunettes correctives, thérapie par la lumière, stimulation multisensorielle (chariot, chambre, principes Snoezelen^{MD})</p> <p>Relaxation : musique, massage, toucher, bruit blanc, casque ou oreillettes antibruit, aromathérapie, thérapie par le sommeil, pièce apaisante (<i>quiet room</i>)</p>
Interaction sociale	<p>Avec des humains :</p> <p>Visites : famille, amis, personnel (soignant et autre), bénévoles, autres visiteurs</p> <p>Présence simulée audio ou vidéo</p> <p>Présence et attention par une personne accompagnatrice</p> <p>Avec des animaux :</p> <p>Visites d'animaux domestiques (chat, chien, cochon d'Inde, lapin, oiseau, poisson) ou de la ferme (cochon, chèvre, cheval, vache, volaille)</p> <p>Zoothérapie</p> <p>Avec des robots :</p> <p>Robots agents conversationnels (chatbots), poupées humanoïdes ou animales (chat, chien, phoque)</p>
Engagement intentionnel Activités significatives	<p>Activités de la vie quotidienne qui sont significatives et pertinentes pour les personnes, basées sur leurs capacités actuelles et leurs intérêts (antérieurs) : plier du linge, faire le ménage, aider à la vaisselle, à la cuisine ou au service, réparer des objets</p> <p>Jeux : balles, cartes, casse-têtes, mots croisés</p> <p>Musique : assister à un concert, chanter, écouter la radio, thérapie par la musique, écoute musicale</p> <p>Art et artisanat : peinture, broderie, coloriage, dessin, perles, travail sur bois, tricot</p> <p>Technologie : jouer à des jeux électroniques, regarder des émissions sportives, regarder un film ou un spectacle télévisuel</p> <p>Jardinage : intérieur ou extérieur, plantes décoratives, plantes aromatiques, légumes ou fruits, déblayer la neige, arroser, tondre le gazon</p> <p>Autres activités manuelles : bricolage, mécanique, (dé)construction, etc. Soins: animaux, enfants, autres personnes</p> <p>Centré sur travail : bureau, soin, vente, ménage, entretien, sécurité, cuisine</p>
Conception du cadre de vie (environnement physique)	<p>Aires aménagées pour errance et cent pas, contemplation et divertissement, activités de groupe, repas</p> <p>Pièce apaisante pour désescalade comportementale et dispositifs numériques d'apaisement</p> <p>Couleurs appropriées à habitudes culturelles, humeur et réponses émotionnelles-affectives</p> <p>Matériaux esthétiques appropriés : éviter les sols bigarrés et brillants, repères contrastés</p> <p>Repères d'orientation appropriés (non uniformes) : chambres, locaux, affaires personnelles</p> <p>Éviter encombrement inutile</p> <p>Personnalisation : espace privé – espace partagé</p> <p>Décoration : nature, histoire, cultures</p> <p>Camouflage : portes, espaces réservés au personnel, miroir</p> <p>Restriction : bandes visuelles, lignes au sol, panneaux, loquets, portes de sécurité</p>
Renforcement différentiel	<p>Renforcer le comportement désiré avec des « récompenses »</p> <p>Utiliser des jetons symboliques</p> <p>Modeler les comportements désirés</p>
Formation du soignant (proche et professionnel)	<p>Former sur la capacité d'empathie et la communication</p> <p>Utiliser une méthode douce et persuasive</p> <p>Documenter les comportements observés</p> <p>Psychoéducation</p> <p>Suivi de la condition de santé et de la progression de la maladie et des symptômes</p> <p>Réponses appropriées face aux phénomènes d'hallucinations, illusions et idées délirantes</p> <p>Soutenir autosoin et implication des proches</p> <p>Stratégies d'adaptation</p> <p>Utilisation des ressources technologiques : pilulier électronique, télésurveillance, caméras, détecteurs de mouvements, système de téléconférence et téléconsultation, etc.</p>

2.3. Interventions médicamenteuses : quatre catégories de principes

Bien évidemment, il faut aborder les interventions médicamenteuses des personnes atteintes d'un TC dans une perspective d'utilisation bénéfique, en nous appuyant sur des lignes directrices, par exemple celles du ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). Il est possible de résumer les interventions médicamenteuses pour les personnes atteintes d'un TC par quatre catégories de principes, selon la proposition de Tisher et Salardini (2019). Le premier principe est lié aux interventions modifiant la maladie et les facteurs de santé. Les médicaments sont alors utilisés pour retarder la progression du TC ou pour traiter des problèmes de santé tels qu'une infection ou une constipation. Le deuxième principe de traitement est centré sur les besoins compromis et les symptômes désagréables, qui peuvent être la douleur, les symptômes dépressifs, l'anxiété ou les hallucinations créant de la détresse. Le troisième principe de traitement est lié au risque de sécurité. Face à un risque imminent d'agression envers soi-même ou envers autrui, les psychotropes peuvent être utilisés pour traiter la personne. Enfin, le quatrième principe de traitement est lié à la minimisation des dommages - et au mauvais usage des médicaments. Ce principe est lié à l'utilisation optimale des médicaments pour les personnes atteintes de TC. Toute prescription de médicament devrait être établie à partir d'une évaluation approfondie de l'état de santé et des causes sous-jacentes, et ne pas être basée uniquement sur l'expression de comportements réactifs. L'infirmière doit également tenir compte des interventions écobiopsychosociales préalables et concomitantes qui doivent être mises en œuvre.

CONCLUSION

Les infirmières qui exercent auprès des personnes âgées atteintes d'un TC doivent réaliser une évaluation clinique fondée sur la perspective biopsychosociale et procéder à une évaluation fonctionnelle. L'adoption de l'approche centrée sur les relations permet de considérer le bien-être et le pouvoir d'agir de la personne atteinte d'un TC ainsi que des proches et des soignants. Les constats de l'évaluation clinique permettent de mettre en œuvre des interventions écobiopsychosociales qui répondent aux besoins des personnes.

Auteurs



SYLVIE REY, inf., DESS SANTÉ MENTALE, M. Sc., PH. D.

Infirmière experte dans les soins aux personnes âgées depuis 1990, elle a réalisé de nombreux mandats de soutien-conseil dans ce domaine. Elle présente un profil de formation centré sur les sciences infirmières avec également des études dans le cadre de la gérontologie, de la psychologie, de la santé mentale et du soutien-conseil en gérontologie.

Son mémoire de maîtrise portait sur la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence par les infirmières. Sa thèse de doctorat porte sur le développement d'une intervention infirmière visant à promouvoir une expérience de confort au cours des soins corporels pour les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Elle a présenté plusieurs communications et publié plusieurs articles portant entre autres sur les fondamentaux des soins, les comportements réactifs et les comportements défensifs, le concept d'inconfort et le phénomène du plongeon rétrograde. Elle est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle est membre de l'International Learning Collaborative. Elle est également membre du Comité national d'éthique sur le vieillissement et formatrice au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. Elle participe à des comités au sein de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.



STEEVEN BERNIER, inf., DESS SANTÉ MENTALE, M. Sc., M.A.

Titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières portant sur la santé mentale positive auprès d'une clientèle anxieuse, il complète actuellement une maîtrise en sciences de l'orientation dont le sujet concerne les stratégies organisationnelles mises en place dans les milieux de soins pour prévenir l'épuisement professionnel des infirmières. Il a travaillé

durant 12 ans dans les milieux cliniques de psychiatrie (unités de soins, urgence, clinique externe) et il est actuellement chargé d'enseignement à la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, de même que chargé de cours au département des sciences de la santé de l'UQAR depuis plusieurs années. Ses champs d'intérêt sont reliés au bien-être des intervenants, à la présence de comorbidité chez la clientèle ayant une problématique de santé mentale ainsi qu'aux approches d'interventions auprès de la clientèle.

Références

1. Beaudoin, A. (1998). L'utilisation de l'évaluation dans le développement des interventions sociales. *Service Social*, 47 (1-2), 1708-1734.
2. Bourbonnais, A., Auclair, I. et Lalonde, M.-H. (2020). Les comportements des personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif : l'approche centrée sur les relations pour améliorer l'expérience de tous. *Recherche en Soins Infirmiers*, 143(4), 92-105. <https://doi.org/10.3917/rsi.143.0092>
3. Darveau, B. et Boulard, B. (2015). Accompagner la famille qui vit avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Dans F. Duhamel (dir.), *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers (3 ed.)* (p. 225-245). Chenelière Éducation.
4. Deschênes, P. (2022). Le modèle biopsychosocial. Dans M. C. Townsend (dir.), *Psychiatrie et santé mentale. Sous la direction de Pierre Pariseau-Legault et Marie-Hélène Goulet (3 éd.)* (p. à venir). Pearson/ERPI.
5. Dupuis, S. L., Wiersma, E. et Loisel, L. (2012). Pathologizing behavior: Meanings of behaviors in dementia care. *Journal of Aging Studies*, 26(2), 162-173. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.12.001>
6. Gerlach, L. B. et Kales, H. C. (2018, Mar). Managing behavioral and psychological symptoms of dementia. *Psychiatr Clin North Am*, 41(1), 127-139. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.010>
7. Gervais, D. (2020). Évaluation fonctionnelle de la personne âgée. Dans C. Jarvis (dir.), *L'examen clinique et l'évaluation de la santé. Direction scientifique: Claire Chapados. Direction pédagogique: Éric Lavertu. Traduit et adapté de la 8e édition américaine (3 éd.)*. (p. 351-384). Chenelière Éducation.
8. Macaulay, S. (2018, Feb). The broken lens of BPSD: Why we need to rethink the way we label the behavior of people who live with Alzheimer disease. *J Am Med Dir Assoc*, 19(2), 177-180. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.11.009>
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-07W.pdf>
10. Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J. et Nolan, J. (2004, Mar). Beyond person-centred care: a new vision for gerontological nursing. *J Clin Nurs*, 13(3a), 45-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00926.x>
11. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Cadre de référence*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4504-exercice-infirmier-chsld-cadre-reference-web.pdf>
12. Pepin, J., Ducharme, F. et Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière (4e éd.)*. Chenelière Éducation.
13. Rey, S. (2022). L'état confusionnel et les troubles neurocognitifs. Dans K. I. Morgan et M. C. Townsend (dir.), *Psychiatrie et santé mentale. Sous la direction scientifique de Pierre Pariseau-Legault et Marie-Hélène Goulet* (p. 619-651). Éditions du nouveau pédagogique INC.
14. Rockwell, J. (2012). From person-centered to relational care: expanding the focus in residential care facilities. *Journal of Gerontology and Social Work*, 55(3), 233-248. <https://doi.org/10.1080/01634372.2011.639438>
15. Sigafos, J., Lang, R. et Rispoli, M. (2021). Definition and Rationale for Functional Assessment. Dans J. L. Matson (dir.), *Functional Assessment for Challenging Behaviors and Mental Health Disorders (2 edn.)* (p. 3-23). Springer.
16. Tisher, A. et Salardini, A. (2019, Apr). A comprehensive update on treatment of dementia. *Semin Neurol*, 39(2), 167-178. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1683408>
17. Wolf, M. U., Goldberg, Y. et Freedman, M. (2018). Aggression and agitation in dementia. *Continuum*, 24(3), 783-803. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000605>
18. Zeisel, J., Reisberg, B., Whitehouse, P., Woods, R. et Verheul, A. (2016, Sep). Ecopsychosocial Interventions in Cognitive Decline and Dementia: A New Terminology and a New Paradigm. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 31(6), 502-507. <https://doi.org/10.1177/1533317516650806>

Des ouvrages adaptés à la réalité des infirmières pour mieux accompagner nos aînés

NOUVEAUTÉ



Psychiatrie et santé mentale

consacre deux chapitres à la gérontologie : le chapitre 22 *La santé mentale des personnes âgées* et le chapitre 24 *L'état confusionnel et les troubles neurocognitifs*, adaptés par Sylvie Rey, inf., Ph. D., professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières.



Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie

est un ouvrage de référence axé sur des données récentes et ancrées dans la réalité des institutions médico-sociales, développé sous la direction de Philippe Voyer, inf., Ph. D., professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheur au CEVQ.

Scannez ce code QR pour consulter un extrait de nos ouvrages en sciences infirmières !



pearsonerpi.com/demo-inf

ERPI

SUIVEZ-NOUS POUR NE RIEN MANQUER !



Sciences infirmières par ERPI



[sciencesinfirmieres_erpi](https://www.instagram.com/sciencesinfirmieres_erpi)



L'HUMAIN AU CŒUR DE NOTRE AGIR

Notre raison d'être : **les résidents**

Notre vision : **la qualité**

Notre force : **les employés**

Chef de file dans le domaine des soins de longue durée

15 centres d'hébergement • 10 régions administratives du Québec

40 ans de services • 1500 Résidents • 2000 Collaborateurs • 430 Bénévoles

www.vigisante.com

Agréés avec mention d'honneur par Agrément Canada



J'AI LU !

La présentation d'un dossier sur le vieillissement dans une revue de philosophie.

Une première pour notre revue. Pourquoi pas!

La revue française, *Philosophie magazine* publie, dans son édition de décembre 2021-janvier 2022, un dossier intitulé : *À quoi voit-on qu'on a vieilli?* Pour ce faire, on a fait appel à des auteurs et à des philosophes contemporains et anciens, ces derniers dits les philosophes de la tradition. Un premier exercice est de nous faire découvrir si nous avons pris un coup de vieux; ce peut être au plan physique, à celui de la séduction ou encore par des signes non physiques.

Puis, des auteurs révèlent comment leur jeunesse s'en est allée, un texte qui fait réfléchir et certainement sourire. Pour certains ce fut un choc, une remarque sur l'apparence ou se faire appeler Monsieur pour la première fois, ou tristement de se rendre compte que l'on devient invisible à l'autre. De courts textes bien sentis et qui donnent à penser sur son propre vieillissement.

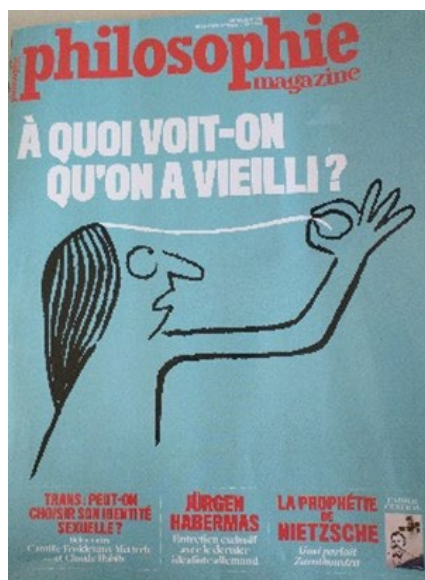
La réflexion mène au questionnement : quand devient-on vieux? Si la question est simple, la réponse s'avère complexe. Ici les signes sont pris en compte, tout autant que les conséquences du vieillissement. Il en va de même pour les perceptions de ces signes et conséquences tout comme de leurs interprétations. Non, ce n'est pas simple!

Ne voulant nous laisser sans ressources, ce dossier expose des stratégies pour faire face au vieillissement. Une courte présentation de celles-ci passe, par exemple, par la voie de l'habitude (Kant), par celle de l'amour et de la relation (Ricoeur), celle de l'activité (Montaigne), celle de la continuation de l'œuvre jusqu'à la fin (Cervantès, Proust, etc.) ou encore par le transhumanisme (Huxley).

Une réflexion suit sur l'isolement dû à la pandémie et son effet de vieillissement. Un paradoxe est présenté quant au fait qu'autant les jeunes que les vieux ont subi le temps passé à ne rien faire : *Bref, on vieillit à ne pas vivre.*

Pour terminer, on peut lire une entrevue avec l'écrivain Pascal Quinard. Ce dernier discute de son œuvre sur la notion de notre être au monde et répond aux questions sur l'expérience de la vieillesse.

Ce dossier offre une mine d'informations et de références afin d'inciter et de diriger le lecteur à la découverte de penseurs et de grands courants d'idées d'hier à aujourd'hui sur le vieillissement.





AQiiG

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériatrie

 facebook.com/aqiigqc/

CP 89022 – CSP Malec
Montréal (Québec) H9C 2Z3

Téléphone : 514.360.7273

Site web : www.aqiig.org

Courriel : info@aqiig.org