



l'inhalo

octobre 2019

DOSSIER

SOINS AUX AINÉS

 **opiQ**
Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec

volume numéro

36.2



N'oubliez pas notre
45^e congrès annuel
le 4 et 5 octobre 2019,
Hilton Lac-Leamy, Gatineau





Les temps changent...

Le thème de cette édition me fait réaliser à quel point la vie va vite et, que nous le voulions ou non, tout évolue. Le temps file, nous vieillissons, nous perdons des êtres chers, nos petits-enfants grandissent, puis un jour... Ainsi tourne le cycle de la vie!

Une organisation n'échappe pas non plus à la progression. L'Ordre s'est renouvelé au cours des 25 dernières années : plus de personnel, plus de technologies, plus de redditions de compte, plus de plaintes, plus d'attente du public et du gouvernement, etc. À cela s'ajoutent les difficultés de financement de nos activités dues à la diminution du nombre de membres et d'autres sources de revenus (vente de publicités, kiosques au congrès, etc.).

Pour faire face aux défis d'aujourd'hui et de demain, une organisation doit réfléchir et analyser son environnement. L'année 2020 marquera les 35 ans de l'Ordre. Pour le Conseil d'administration, ce sera aussi le moment d'entamer un nouvel exercice de planification stratégique pour établir les priorités des prochaines années.

Dans le cadre de cet exercice, nous mènerons une vaste consultation auprès des inhalothérapeutes, de nos partenaires et collaborateurs. Elle s'effectuera sous forme de sondages et de groupes de discussion. Il va sans dire que nous comptons sur la participation de tous pour alimenter notre réflexion.

Dans l'intervalle, prenons un temps d'arrêt pour échanger, nous ressourcer et rencontrer des professionnels et des partenaires inspirants à l'occasion du congrès 2019 au Hilton Lac-Leamy.

Je vous y attends en grand nombre, ainsi qu'à l'assemblée générale.
Bonne rentrée! 



Josée Prud'Homme

Directrice générale et Secrétaire



Éditorial	3
Avant-propos	4
Mot du président	5
Dossier Soins aux aînés	
La dramatique de la vieillesse...	8
Bien traiter nos aînés, c'est respecter le passé	9
La médecine narrative, parce que chaque aîné a une histoire	12
La polypharmacie	16
La déprescription	22
Outil AINEES	24
Des aînés de plus en plus branchés	25
Existe-t-il un lien entre la résilience et la perception du sommeil chez les personnes atteintes de Parkinson?	26

Déontologie / inh.: 3 lettres responsables	
Abus et maltraitance des aînés: le cadre juridique	32
Finances	36
Babillard	38
Évènements « C'est poumon bien! »	39
Questionnaire	40



sommaire



AVANT-PROPOS

«Ce n'est pas parce que je suis un vieux pommier que je donne de vieilles pommes.»

— Félix Leclerc

En 2015, 17,5 % de la population québécoise était âgée de 65 ans et plus. On prévoit qu'en 2030, 25 % de la population atteindra ou dépassera cet âge¹, ce qui, à une autre époque, pouvait paraître fatidique ou vénérable, alors qu'aujourd'hui c'est plutôt courant. Nés avant 1955, les aînés sont souvent issus de familles nombreuses et ils peuvent témoigner des conditions de vie difficiles qui ont marqué leur jeunesse, comme la Deuxième Guerre mondiale, le haut taux de mortalité chez les femmes enceintes et les enfants en bas âge ou encore les grandes épidémies venues faucher leurs proches.

Bien que chaque personne vieillisse différemment, les personnes âgées forment aujourd'hui une clientèle distincte. Elle requiert que notre approche ainsi que nos pratiques professionnelles et cliniques soient adaptées en fonction de leur vulnérabilité et de leur capacité à bien comprendre et à prendre soin d'eux-mêmes.

Le vieillissement de la population et la vulnérabilité des personnes âgées sont parmi les sujets dont on parle le plus au Québec, comme ailleurs dans le monde. Pour cette raison, les auteurs de cette édition de votre revue se sont penchés sur divers sujets ayant trait aux soins des aînés.

Congrès 2019

Le comité organisateur amorce le sprint final des préparatifs du congrès. Avec une quarantaine de conférenciers, l'évènement est prometteur. N'attendez pas à la dernière minute pour vous inscrire et réserver l'un ou l'autre des ateliers dont les places sont limitées. Le congrès de l'OPIQ, c'est LE rendez-vous incontournable de l'année!

Marise Tétreault

Marise Tétreault, inh., M.A. (communication et santé)



Coordonnatrice aux communications

1. INSPQ. 2019. *Population âgée de 65 ans et plus*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/santescopes/syntheses/population-agee-de-65-ans-et-plus>.

VERSION INTERACTIVE

Repérez ces icônes qui indiquent des liens



courriel



texte hyperlié



page hyperliée



inhalo

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

Président

Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

Administrateurs

Josée Boudreault, inh., Geneviève Chevrier, inh., Roselyne Héту, inh., Sylviane Landry, inh., Nathalie Léhoux, inh., Cédric Mailloux, inh., Karine Pellerin, inh., Dominique Plante, inh., Annie Quenneville, inh., B. Sc. (trésorière), Gabrielle St-Pierre, inh., Isabelle Truchon, inh. (1^{re} vice-présidente)

Administrateurs nommés par l'Office des professions

Anne-Marie Hébert, Lucie Lafontaine, Alain Martineau, Jean-Pierre Tremblay

PERMANENCE

Directrice générale et Secrétaire
Josée Prud'Homme, Adm. A., M.A.P.

Directrice des affaires juridiques
M^{re} Andréanne LeBel

Syndic

Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P.

Coordonnatrice à l'inspection professionnelle
Sandra Di Palma, inh.

Inspecteur permanent
Daniel Jorgic, inh.

Coordonnatrice aux communications
Marise Tétreault, inh., M.A.

Coordonnatrice au développement professionnel
Pascal Rioux, inh.

Secrétaire adjointe et coordonnatrice aux technologies de l'information
Francine Beaudoin

Rédactrice agréée
Line Prévost, inh., B.A.

Inhalothérapeute-conseil à l'admission
Pierrette Morin, inh., DESS en enseignement

Adjointe de direction
Catherine Larocque

Adjointe administrative aux affaires juridiques
Anie Grätton

Adjointe administrative à l'inspection professionnelle
Ophélie Dréau

Adjointe administrative au Tableau des membres
Marie Andrée Cova

Ce document a été révisé et corrigé selon l'orthographe rectifiée de 1990 (aussi appelée « nouvelle orthographe recommandée »).

COMMUNICATIONS

Responsable
Marise Tétreault, inh., M.A.

Collaborateurs

Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., Sandra Di Palma, inh., Maxime Hébert, inh., Lyson Marcoux Ph. D., Pierrette Morin, inh., DESS en enseignement, Line Prévost, inh., B.A., réd. a., Josée Prud'Homme, inh., Adm.A., Pascal Rioux, inh., Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2019

Tous droits de reproduction réservés.
Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN 2368-3112

Conception graphique, réalisation, révision, correction et traduction Fusion Communications & Design inc.

Photos des membres de l'OPIQ
Photo Garéphy

Publicité

CPS Média
43, avenue Filion, Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R0
Tél.: (450) 227-8414 poste 310 • Téléc.: (450) 227-8995
Normand Lalonde, gestionnaire de compte
Courriel: nlalonde@cpsmedia.ca

Publication trimestrielle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721
Montréal (Québec) H3G 1R8
Tél.: (514) 931-2900 • 1 800 561-0029
Téléc.: (514) 931-3621
Courriel: info@opiq.qc.ca

Envoi de publication: contrat n° 400 647 98

Le genre masculin employé dans ces textes désigne aussi bien les femmes que les hommes.

l'inhalo n'est associé à aucune publicité apparaissant dans ses pages.



MOT DU PRÉSIDENT

**When we all vote,
we determine our future.** — Michelle Obama

Lorsque nous votons tous, nous décidons de notre avenir.
(traduction libre)

Le droit de vote n'a pas toujours été un droit acquis au Canada. Il remonte au temps des colonies (milieu du XVIII^e siècle), où c'était un privilège réservé aux propriétaires fonciers masculins de plus de 21 ans. Ce n'est qu'avec l'adoption de la [Charte canadienne des droits et libertés](#) (1982), loi suprême du pays, que le droit de vote a été officiellement garanti à tous les Canadiens¹. Il s'agit d'un des droits les plus fondamentaux liés à la citoyenneté; voter, c'est «exercer un pouvoir de manière individualisée et inconditionnée» (Pettit, 2012). En votant, vous participez à l'avenir de l'Ordre et à sa mission première d'assurer la protection du public.

Vote électronique

Le 13 décembre 2018, le conseil d'administration de l'Office des professions du Québec adoptait le [Règlement sur l'organisation de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec \(OPIQ\) et les élections à son Conseil d'administration \(C.A.\)](#). Ce règlement, en vigueur depuis le 24 janvier 2019, permettait la tenue d'un vote électronique. Soucieux d'assurer une gestion efficace des dépenses, le C.A. a étudié attentivement la question de passer au vote électronique. Nous avons choisi cette voie en raison de sa facilité d'utilisation et parce qu'elle est plus économique que le vote postal traditionnel. Nous anticipions une participation plus importante; nous avons plutôt enregistré une baisse du taux de participation d'environ 30 % avec seulement 12,5 % des membres concernés qui ont voté.

Pourquoi? Plusieurs facteurs peuvent justifier cette situation: confusion quant au nouveau processus électoral, [redécoupage de la carte électorale](#), [réduction du nombre d'administrateurs siégeant au C.A.](#), explications et communications insuffisantes. La permanence a bien sûr pris acte des résultats et s'assurera d'apporter les correctifs nécessaires pour améliorer le taux de participation lors de la prochaine élection de 2021.

Résultats de l'élection 2019

Certains administrateurs ont été réélus, d'autres nous quitteront en octobre après l'assemblée générale annuelle (AGA) et deux nouvelles personnes se joindront au C.A. à ce moment. Je tiens à remercier mesdames Josée Boudreault (Laval/Laurentides/Lanaudière), Geneviève Chevrier (Québec/Chaudière-Appalaches/Bas-Saint-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine), Roselyne Héту (Montréal), Karine Pellerin



(Saguenay-Lac-Saint-Jean/Côte-Nord/Nord-du-Québec), France St-Jean (Montréal) et monsieur Dominique Plante (Mauricie/Centre-du-Québec) pour leur implication au cours des dernières années. Je souhaite la bienvenue à mesdames Mélanie Bergeron (Centre) et Darlene Tremblay (Nord-Est). Elles entreront officiellement en fonction au lendemain de l'AGA, lors d'une séance extraordinaire qui permettra d'élire les officiers de l'Ordre et les membres des différents comités statutaires exigés par l'Office de professions.

Je termine en vous invitant à l'AGA et au congrès annuel qui se tiendra au Hilton Lac-Leamy les 4 et 5 octobre prochain. Si vous me croisez, n'hésitez pas à venir échanger avec moi. Bon congrès! 🍁



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.

Président



Référence

- <https://www.cliquezjustice.ca/dossiers-speciaux/droit-de-vote>

Banque Nationale	37
Code Bleu	21
Johnson & Johnson inc.	7, 27

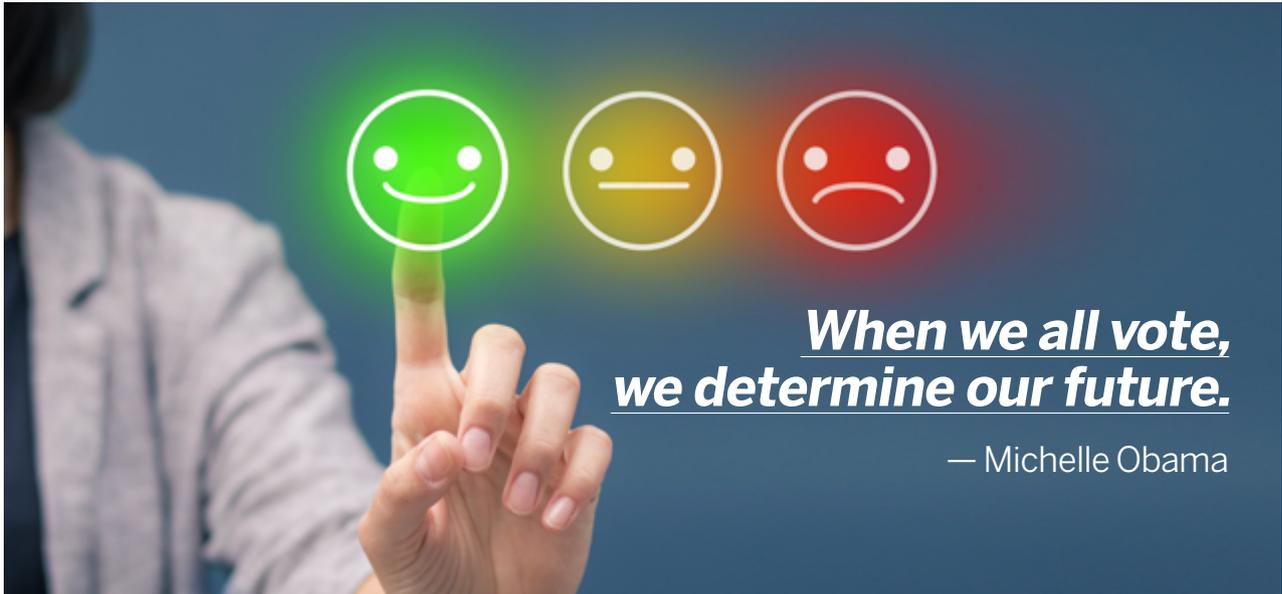
La Capitale Assurances générales	18
RIIRS	11
UQAT	35



index des annonceurs



A WORD FROM THE PRESIDENT



The right to vote has not always been an acquired right in Canada. It goes back to colonial times (mid-18th century) where it was the reserved privilege of male property owners, aged 21 years or older. It is only with the adoption of the [Canadian Charter of Rights and Freedoms](#) (1982), supreme law of the land, that the right to vote was officially guaranteed to every Canadian¹. It is one of the most fundamental citizenship right; to vote is to « exercise power in a way that must be individual and unconditional » ([Pettit, 2012](#)) (*our translation*). By voting, you take part in the Ordre’s future and in its primary task of ensuring to protect the public.

Electronic vote

On December 13, 2018, the board of directors of the Office des professions du Québec adopted the [Règlement sur l’organisation de l’Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec \(OPIQ\) et les élections à son Conseil d’administration \(C.A.\)](#). This regulation, in force since January 24, 2019, allowed electronic voting to take place. Mindful of ensuring efficient cost management, the Board of directors has given serious consideration to the question of electronic voting. Ease of use was a reason in favour of its implementation and also because electronic voting is more economical than the traditional way of voting by mail. We had anticipated a higher turnout; instead, we registered a 30% drop in voting with only 12.5% of the concerned members who voted.

Why? Many factors may justify this situation: confusion about the new electoral process, [redrawing of the electoral map](#), [decreased number of administrators sitting on the Board of directors](#), insufficient explanation and information. The permanent staff has, of course, taken note of the results and will make sure to take the necessary measures to improve voting turnout for the 2021 election.

2019 election results

Some administrators have been re-elected, others will leave us in October following the annual general assembly (AGA) and two new people will join the Board of directors. I have to thank Mrs Josée Boudreault (Laval/Laurentides/Lanaudière), Geneviève Chevrier (Québec/Chaudière-Appalaches/Bas-Saint-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine), Roselyne Héту (Montréal), Karine Pellerin (Saguenay-Lac-Saint-Jean/Côte-Nord/Nord-du-Québec), France St-Jean (Montréal) and Mr Dominique Plante (Mauricie/Centre-du-Québec) for their involvement over the past years. I welcome Mrs Mélanie Bergeron (Centre) and Darlène Tremblay (Nord-Est). Officially, they take their post the day after the AGA, in an extraordinary session where the Ordre’s officers and members of the different statutory committees required by the Office des professions will be elected.

I end by inviting you to the AGA and to the annual congress, held on October 4 and 5 at the Hilton Lac-Leamy. If you see me, don’t hesitate to come talk with me. Have a great congress! 🍁



Jocelyn Vachon, inh., M. Éd.
President



Reference

1. <https://www.cliquejustice.ca/dossiers-speciaux/droit-de-vote>.



Faites quelque chose d'**extraordinaire**[®]

Aidez-les à écraser - **pour de bon** - avec la documentation la plus récente sur l'abandon du tabac envoyée directement dans votre boîte de réception

Inscrivez-vous au
AidezLesAÉcraser.ca

82 %

Une étude a conclu que **82 % des fumeurs** voulaient que leur médecin leur parle du tabagisme, souvent ou à chaque visite¹. En fait, consulter un omnipraticien sans obtenir de conseils sur l'abandon tabagique peut significativement **réduire** les chances de réussir à cesser de fumer².

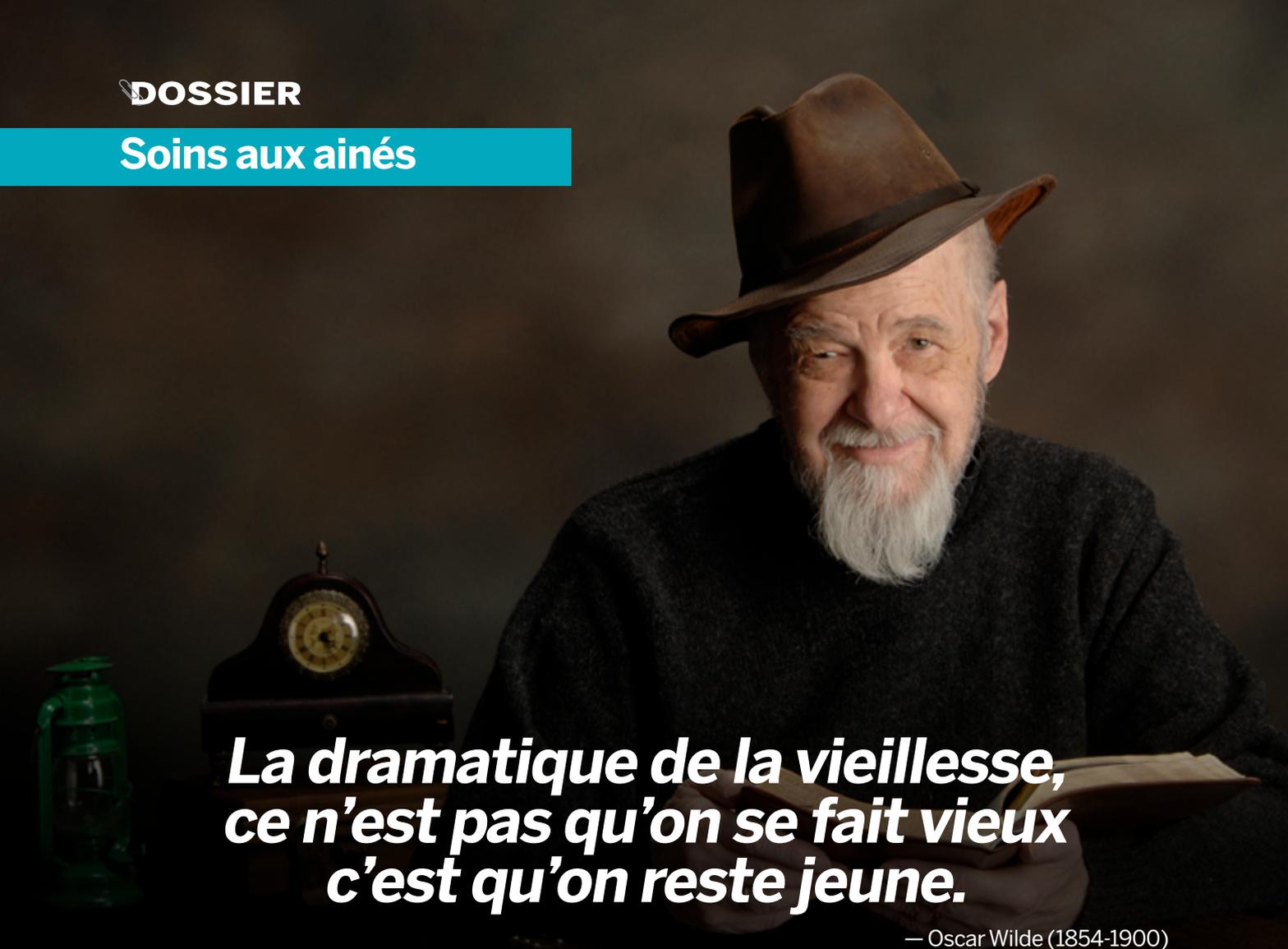


Seulement 3 minutes de votre temps peuvent accroître de 30 % les chances de réussite³. Obtenez des astuces sur le counseling de courte durée, de l'information sur la posologie des TRN et les commandes d'échantillons de produits NICORETTE[®] et NICODERM[®], et plus encore, dans votre boîte de réception.

TRN = thérapie de remplacement de la nicotine

NICORETTE[®] et NICODERM[®] sont des aides de renoncement au tabac qui peuvent atténuer les symptômes de sevrage et les envies de nicotine chez les adultes de 18 ans et plus. Pour les mises en garde et précautions, visiter <https://fr.helpthemquit.ca/treatment/overview>. Toujours recommander à vos patients de lire l'étiquette.

Références : **1.** Quinn VP, et al. Tobacco-cessation services and patient satisfaction in nine nonprofit HMOs. *Am J Prev Med* 2005;29(2):77-84. **2.** West R. The science, economics and politics of tobacco control. University College London clinical presentation 2013. **3.** Fiore MC, et al. Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence: 2008 update.



La dramatique de la vieillesse, ce n'est pas qu'on se fait vieux c'est qu'on reste jeune.

— Oscar Wilde (1854-1900)



par **Pierrette Morin**, inh., DESS en enseignement au collégial, inhalothérapeute-conseil à l'admission, OPIQ.

J'ai choisi cette citation parce qu'elle fait écho à ce que je crois fondamentalement. En vieillissant, on fait le constat suivant : notre corps change, certaines activités demandent plus d'efforts et... le miroir ne ment pas ! Seulement, au quotidien, moi, dans ma tête, je suis toujours jeune : je peux tout faire et j'aime encore me dépasser. Mais mon corps me crie de ralentir ! Je comprends alors le sens d'une maxime que ma grand-mère me disait à l'occasion : « Si jeunesse savait, si vieillesse pouvait ! ».

À maintes reprises durant mon parcours professionnel, j'ai été attendrie, bouleversée ou touchée par tous ces aînés qui ont croisé ma route et qui, bien malgré eux, ont défini celle que je suis aujourd'hui. La fragilité, la force, la persévérance (que je percevais chez plusieurs) m'attiraient. Avec eux, je pouvais être moi-même. Je les ai écoutés, encouragés, conseillés, en toute simplicité et confiance. On souhaite tous que cette dernière étape de la vie soit digne, douce et sereine.

De chacun d'eux, j'ai appris. C'est ce qui m'aide aujourd'hui à apprivoiser la vieillesse, processus inéluctable qui nous frappe tous, sans égards à la nationalité, au sexe, à la race, à la classe sociale ou à la religion. Cette clientèle a beaucoup à partager, mais trop souvent débordés et pressés, on ne prend pas assez le temps de les écouter. Je comprends bien la situation, mais je crois qu'il est possible de le faire, ne serait-ce que l'espace d'une évaluation, d'un traitement ou d'un enseignement. Par l'écoute active, on peut soulager, parfois provoquer des larmes, mais aussi — et surtout — récolter des sourires.

Je suis ravie que cette édition soit dédiée aux aînés. Qu'il s'agisse, entre autres, de la maltraitance ou de la bienveillance, de la médecine narrative, de la polypharmacie, de la déprescription, je vous invite à lire les différents articles du dossier, avec comme toile de fond la clientèle gériatrique. Comprendre certains changements associés au processus du vieillissement, découvrir de nouveaux outils d'évaluation ou d'intervention ne peut que renforcer nos interactions avec nos aînés.

Bonne lecture!



Bien traiter nos aînés, c'est respecter le passé



par **Pascal Rioux**, inh., coordonnateur au développement professionnel, OPIQ.

En 1992, le célèbre humoriste québécois Yvon Deschamps présentait son spectacle *U.S. qu'on s'en va*, dans lequel il abordait, entre autres, les conditions de vie de nos aînés. Ce fut un succès retentissant. Aujourd'hui, ce monologue semble toujours d'actualité; les mêmes questions demeurent. Prenons-nous vraiment soin de nos aînés? Sommes-nous à l'écoute de leurs besoins?

Au fil de mes lectures pour écrire cet article, j'ai réalisé que dans mon entourage immédiat, des personnes âgées sont victimes de maltraitance, intentionnelle ou non, par du chantage, des menaces ou de l'âgisme. Y en a-t-il dans votre sphère personnelle ou professionnelle?

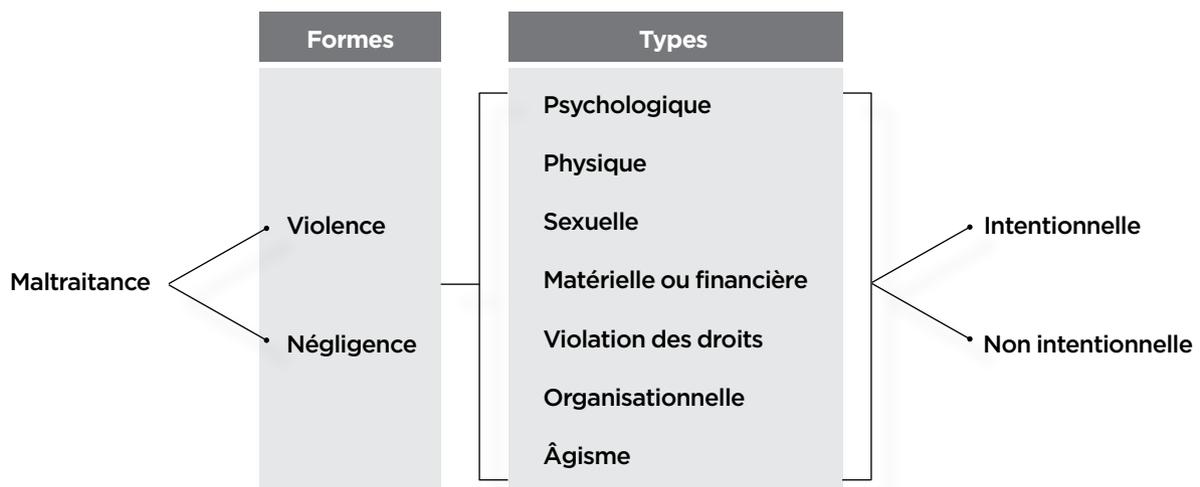
La maltraitance en quelques mots

Dans son *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*, le gouvernement du Québec a retenu la définition qui suit:

« Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée.¹ »

Elle se présente sous deux formes et plusieurs types (*illustration 1*); certains types sont plus fréquents que d'autres (*illustration 2*). ...

Illustration 1. Formes et types de maltraitance.



Soins aux aînés

Imaginez qu'à la faveur d'un entretien avec une patiente à l'urgence ou à son domicile, celle-ci vous confie son désarroi et son impuissance devant une situation. Son état de santé se dégrade et sa fille lui rend visite chaque semaine. Or, depuis quelques mois, elle profite de cette visite hebdomadaire pour lui « emprunter » de l'argent. La semaine précédente, voyant ses économies s'envoler, la dame a refusé de lui prêter la somme demandée. Cette dernière s'est alors faite menaçante : les visites d'autres membres de la famille cesseraient si elle persistait dans son refus de l'aider. Cette situation est très anxiogène pour madame. Considérez-vous qu'elle est victime de maltraitance ? Est-ce son devoir, comme parent, d'aider son enfant ?

Agissons en amont

Une fois la maltraitance établie, que faire pour la contrer ? Définissons donc la bientraitance :

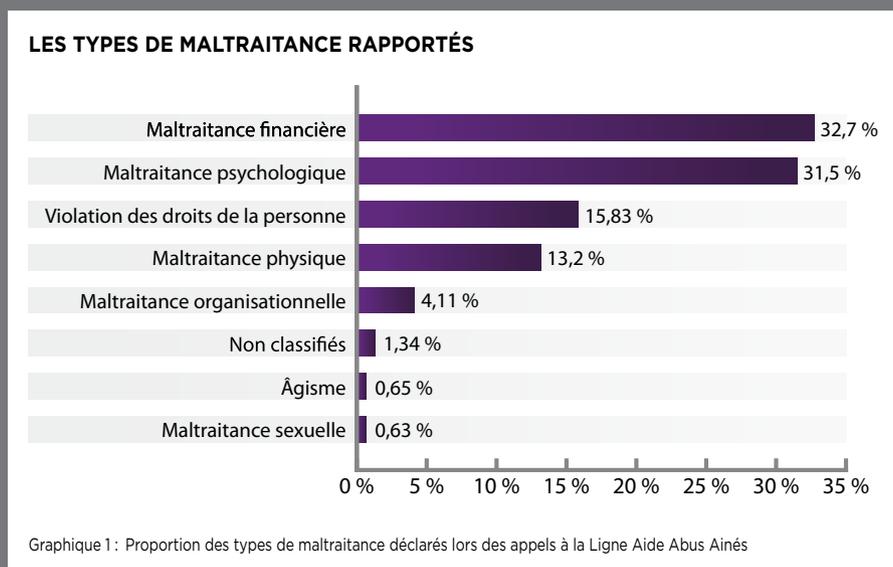
« La bientraitance vise le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité de la personne. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne aînée.² »

Le plan d'action gouvernemental propose six conditions pour favoriser la *bientraitance*³.

Conditions	Exemples
Placer la personne au centre des actions	Discuter avec la personne aînée de son parcours de vie, pour mieux la connaître.
Favoriser l'autodétermination et l'autonomisation	Consulter et impliquer la personne aînée dans toutes les décisions la concernant.
Respecter la personne et sa dignité	Frapper à la porte avant d'entrer, annoncer sa venue avant de se présenter au domicile de la personne.
Favoriser l'inclusion et la participation sociales	Encourager le bénévolat des aînés au sein d'organismes communautaires.
Intervenir avec savoir-faire et savoir-être	Regarder la personne aînée en lui parlant, utiliser un ton respectueux, l'encourager à s'exprimer, être patient à son égard.
Offrir un soutien concerté	S'assurer que les informations pertinentes sont communiquées aux gens qui interviennent auprès de la personne aînée, par exemple, lors de changements de quart de travail en CHSLD.

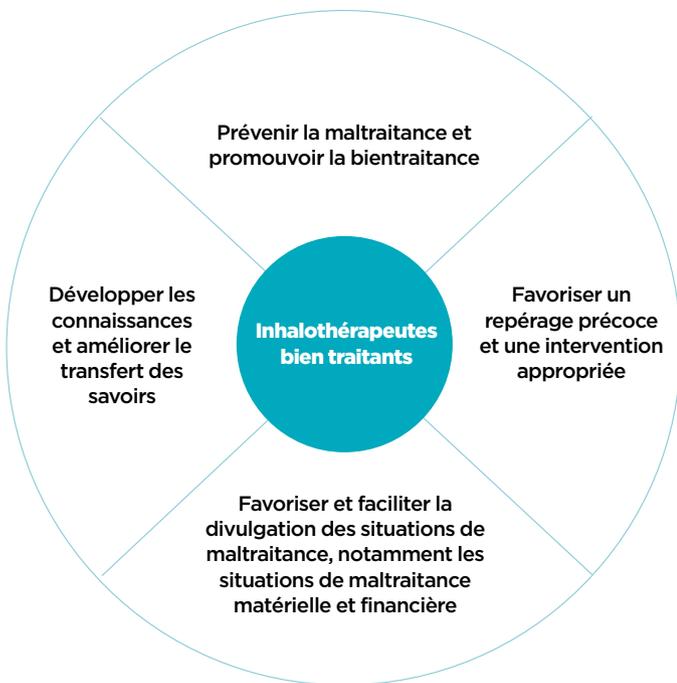
Ces recommandations sont facilement applicables dans notre quotidien. Il s'agit simplement de les intégrer dans notre routine de travail ou de vie.

Illustration 2. Types de maltraitance rapportés.



Source: MINISTÈRE DE LA FAMILLE - SECRETARIAT AUX AINÉS. 2017. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-22*, p. 23. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5212-MSSS-17.pdf>.

Illustration 3. Orientations suggérées⁴.



Des inhalos bien traitants !

Après avoir créé des principes directeurs et colligé les principaux enjeux rapportés par ses partenaires, le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022* propose quatre orientations majeures (illustration 3).

En conclusion

Comme intervenant auprès de cette clientèle et en citoyen responsable, vous êtes au cœur de ce projet de société. Que vous exerciez vos activités cliniques à l'urgence, dans un laboratoire d'épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire, aux soins à domicile ou ailleurs dans le réseau de la santé, vous êtes des témoins privilégiés du quotidien de nos aînés. Ne reste plus qu'à être attentif et proactif. 

 **Références**

1. MINISTÈRE DE LA FAMILLE - SECRÉTARIAT AUX AINÉS. 2017. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. Québec, Bibliothèques et Archives nationales du Québec, p. 15. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aine/F-5212-MSSS-17.pdf>.
2. *Ibid.*, p. 38.
3. *Ibid.*, p. 39.
4. *Ibid.*, p. 50.



FUTURES RETRAITÉES

Le RIIRS est pour toutes les infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes **RETRAITÉES**, sans égard aux champs d'activités et aux fonctions occupées au cours de leur carrière.

Le RIIRS

- entretient un sentiment d'appartenance par la participation à des activités;
- fournit le soutien aux membres concernant l'amélioration de leur qualité de vie;
- donne une voix collective à ses membres en participant aux grands débats publics;
- établit des liens avec des organismes axés sur le mieux-être des retraités;
- publie l'Écho du RIIRS, journal d'information.

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

Pour vous prévaloir du privilège de transfert de votre assurance vie, il est essentiel que vous deveniez membre du RIIRS dans les **60 jours** suivant la date de votre prise de retraite.

Informez-vous dès aujourd'hui en nous contactant :



Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé
 Tél. : 418 626-0861 • S.F. : 1 800 639-9519
 info@riirs.org • www.riirs.org

La médecine narrative, parce que chaque aîné a une histoire...



par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ.

Un vieillard est un livre qu'on néglige de lire.

—Julien Green

Vous êtes-vous déjà demandé ce que faisait votre patient octogénaire dans «son jeune temps»? Un poinçonneur de gare, un laitier sur une route de campagne, un gardien de phare ou un autre métier d'une époque passée? Posez-lui la question et vous pourriez être agréablement surpris par son récit.

Si chaque patient a une histoire à raconter quant à son passé, il en est de même pour son présent. Cette dernière, qu'il traîne toujours avec lui, peut illustrer par exemple comment il est tombé malade ou encore quel a été le point critique qui l'a obligé à demander de l'aide. Cette histoire peut également offrir une richesse contextuelle qui favorise et nourrit l'empathie, incitant du coup le professionnel de la santé à se demander «Comment puis-je aider ce patient?» plutôt que «Comment puis-je traiter cette maladie?»¹. Cela dit, il faut garder en tête que les patients n'ont pas tous la capacité ni le besoin immédiat de s'exprimer ouvertement, muets devant une maladie qui s'invite sans crier gare ou en raison des tabous qui l'entourent.

Selon Manuela Wyler (auteure du livre *Fuck My Cancer*), le parcours médical d'une personne malade est ponctué de nombreuses rencontres avec les membres qui forment le cercle de soins, ce qui du coup enrichit son dossier médical (résultat de radiographies, d'analyses sanguines ou d'épreuves diagnostiques, comptes rendus des suivis cliniques, etc.). Or, ce dossier exclut généralement le patient en lui-même. Concrètement, si son corps, ses organes et sa maladie y sont abordés, les mots du patient, sa perception ou son expérience de vie avec la maladie sont bien souvent absents² au milieu de cette médecine que l'on veut basée sur les faits.

Et si la médecine narrative accompagnait la médecine des preuves? C'est avec cette question en tête que nous avons dépoussiéré un article paru dans la revue *l'inhalo* en septembre 2005. Parce que même vieillot, il est toujours d'actualité, nous vous le présentons à nouveau dans sa version intégrale (*voir encadré beige «2005»*).

Soins aux aînés

Histoire de la médecine narrative (MN)

Le terme « médecine narrative » a été introduit dans les années 2000 par Rita Charon — médecin interniste et détentrice d'un doctorat en littérature —, directrice du programme de médecine narrative à l'Université Columbia de New York. On lui attribue d'ailleurs la plupart des innovations dans le domaine de la MN, notamment son adoption dans le programme pédagogique de base dans plus de la moitié des facultés de médecine en Amérique du Nord, dont certaines au Canada et au Québec^{3,4}.

Autopathographie :
définition d'un genre⁹

ÉTYMOLOGIQUEMENT, le terme renvoie aux deux vocables « autobiographie » et « pathographie ». Le terme « autobiographie » se divise en trois racines grecques, soit « auto », pour « autos » qui signifie soi-même ou lui-même; « bio » pour « bios », vie et finalement « grapho » pour « graphein », c'est-à-dire écrire.

Quant au terme pathographie, « patho » renvoie à « pathos » et fait référence à la maladie. De manière plus spécifique, la pathographie est définie comme étant « une biographie axée sur l'aspect médical et pathologique, concernant le plus souvent des personnages célèbres, tels que Rousseau, Nietzsche ou Van Gogh⁶. Les auteurs de pathographies — les pathographes — sont en général des médecins ».

L'autopathographie peut se définir comme un sous-genre de l'autobiographie, dont l'existence se confirmera plus officiellement dans la seconde moitié du 20^e siècle où « l'histoire du sujet est centrée sur l'expérience de la maladie, y compris le moment du diagnostic et les ajustements de vie qui en découlent » : *Avec cette définition, l'autopathographie emprunte la forme littéraire de l'autobiographie et le fond thématique de la pathographie. D'une part, l'expression est autobiographique, le personnage du récit se confondant ouvertement avec la personne réelle de l'auteur; d'autre part parmi les événements de la vie, le récit aborde l'épisode de la maladie: comme le pathographe, l'écrivain décrit, représente, explique et commente différents éléments de la situation morbide. Mais ici, le patient et l'observateur ne forment qu'une seule et même personne* » (Grissi, 1996, p. 25).

Note : ce texte et l'image sont issus du blogue [Cathy Bazinet](#) d'e-santé communication. Reproduction autorisée.

La médecine basée
sur la narration dans un
monde basé sur l'évidence

par **Marise Tétreault**, inh., inspecteur permanent

Source : revue *l'inhalo*, vol. 22, n° 3, septembre 2005.

Introduction

L'*Evidence-Based Medicine*, que l'on peut traduire par « la médecine fondée sur des faits démontrés » signifie que, pour s'assurer correctement de la prise en charge d'un usager donné, il faut revoir ce que la littérature démontre dans un cas comparable et s'en inspirer pour déterminer la conduite à tenir. En d'autres mots, cela signifie que les « bonnes » pratiques sont celles qui ont démontré leur efficacité lors d'essais randomisés et/ou qui ont obtenu un consensus chez les experts. Toutefois, ce n'est pas parce qu'elle est basée sur des preuves solides que cela implique qu'elle soit la seule « bonne » médecine. En effet, si aujourd'hui on ne peut s'imaginer un seul instant de ne pas avoir recours à ce type de médecine, il ne faut pas oublier que « la meilleure façon de soigner » dépend également de l'expérience de l'intervenant et du récit de l'individu malade.

Médecine basée sur la narration (*narrative-based medicine*)

Le terme narration signifie *récit ou exposé détaillé d'une suite de faits*. Écouter ces faits et, par la suite, porter un jugement indique que nous avons interprété ces faits, et ce, en fonction de nos cadres de références.

Par exemple, appareillage, signes vitaux, thérapie, résultats anormaux... Voilà des mots qui entourent notre quotidien et celui de nos usagers. Imprégnés de notre bagage scientifique, technique et clinique, nous devons cerner la nature de l'affection que présente l'usager et déterminer les mesures à prendre pour améliorer sa condition. Afin de compléter notre évaluation, nous ne pouvons nous fier uniquement sur des données brutes, il faut naturellement inclure un récit clinique que seul l'individu malade peut nous donner afin de dépeindre fidèlement son histoire.

En fait, nous savons bien que les faits racontés durant un récit sont habituellement plus représentatifs que les faits mesurables pour poser un diagnostic. De plus, ils peuvent nous donner des informations, pouvant ne pas être directement liés à l'évènement, mais pouvant servir de référence future. À titre d'exemple, un œdème sera suspecté plus rapidement si l'usager vous dit « Je n'ai plus de *lasix* depuis une semaine » que s'il n'avait pas fait de commentaire. De même que l'évaluation de la douleur sera beaucoup plus précise chez un enfant malade, immobile qui ne pleure pas, s'il vous dit « la douleur revient dès que je bouge. »

Une technique qui se maîtrise

À l'écoute d'un récit, certains mots (ou suite de mots) attirent notre attention. Définis comme étant *significatifs*, ils sont alignés par le clinicien devenu *chercheur d'indices*. Évidemment, les énoncés les plus classiques sont étroitement liés aux mécanismes physiologiques et pathologiques de l'être humain.

L'art de sélectionner les mots (ou suite de mots) les plus appropriés, pour ensuite porter un jugement et finalement prendre une décision, est généralement acquis à travers l'accumulation d'histoires anecdotiques. Les histoires simples n'intéressent personne, les cas simples de grippe ou d'infection ne trouvent pas leur place dans les conférences à moins d'une complication inattendue. Dans une bonne histoire, celle qu'on écoute, qu'on retient, l'énigme réside dans les complications, le mystérieux ou le dénouement. Il suffit de considérer les grands nombres de cas cliniques que l'on retrouve dans les revues scientifiques pour se convaincre que toute la valeur de l'enseignement réside dans l'exception ou la curiosité.

Selon D^{re} Charon, « La profession médicale, devenue très spécialisée, en est arrivée à diviser le corps du sujet. Si bien que les spécialistes s'intéressent au corps comme objet : comment le cœur bat-il ? D'où vient le cancer ? Comment régler le taux de glucose ? »⁵. Or, « le processus de guérison commence quand les patients parlent des symptômes de leur maladie ou même de la peur qu'elle provoque [...]. Ces narrations, ou pathographies démontrent que raconter la souffrance et la douleur est difficile, mais cela permet aux patients de donner une voix à ce qu'ils endurent, de circonscrire la maladie et d'échapper ainsi à sa domination. »⁶.

Définie comme une « médecine exercée avec une compétence narrative permettant de reconnaître, d'absorber, d'interpréter les histoires de maladies et d'être ému par elles »⁷, cette approche réflexive, instruite par les histoires racontées dans les écrits littéraires, vise à former les soignants à pratiquer l'empathie et à acquérir des habiletés d'analyse ; elle les rend capables de discerner le sens que révèlent les récits des patients⁸.



Références

- KRISBERG, K. (2017). « Narrative Medicine: Every Patient Has a Story. » Association of American Medical Colleges (AAMC News). Repéré à <https://news.aamc.org/medical-education/article/narrative-medicine-every-patient-has-story/>.
- WYLER, M. (2015). « La médecine narrative et le cancer du sein ou un plaidoyer pour plus d'humanisme ». *Les blogs, Huffington Post*. Repéré à http://www.huffingtonpost.fr/manuela-wyler/fuck-my-cancer-la-medecine-narrative-et-le-cancer-du-sein-ou-un-plaidoyer-pour-plus-dhumanisme_b_7186964.html.
- CHARON, R. (2019). *Columbia Narrative Medicine*. Repéré à https://www.narrativemedicine.org/team_members/rita-charon/.
- DIVINSKY, M. (2007). « Récits pour la vie. Introduction à la médecine narrative ». *Le médecin de famille canadien/Canadian Family Physician*, 53 (2) : 209-211. Repéré à <http://www.cfp.ca/content/53/2/209.full>.
- ST-JACQUES, S. (2013). « Médecine narrative. Guérir par la littérature ». *La Presse*. Repéré à <http://plus.lapresse.ca/screens/4efb-b75c-51a36631-b6aa-Oe25a1c606d%7C93pifaOWQx6-.html>.
- Extrait de CHARON, R. (2015). *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, p. 122. Cité dans Blanc-Sahnoun, Pierre, 2016. « Rita Charon traduite en français ! » Blogue *La fabrique narrative*. Repéré à <http://www.lafabriquenarrative.org/blog/traductions-et-traducteurs/rita-charon-traduite-en-francais.html>.
- CHARON, R. (2015). *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*. Sipayat, p. 13. Repéré à http://www.sipayat.com/images/extrait_medecinenarrative.pdf.
- DOUCET, H. (2014). *L'éthique clinique*. Les Presses de l'Université de Montréal. Repéré à <https://books.google.ca/books?id=j489DwAAQBAJ&pg=PT94&dq=rita+charon+m%C3%A9decine+narrative&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwi6s6C1pK3kAhVIT8KHZxmD3kQ6AEIjAC#v=onepage&q=rita%20charon%20m%C3%A9decine%20narrative&f=false>.
- BAZINET, C. (2016). « L'autopathographie : de Montaigne au numérique ». Blogue *e-santé communication*. Repéré à <https://esantecommunication.com/2016/02/03/lautopathographie-de-montaigne-au-numerique/>.

2005

La médecine basée sur la narration dans un monde basé sur l'évidence

suite

Pour nous aider, il y a aussi les récits des patients, qui sont devenus très tendance. Il est aujourd'hui possible de trouver en librairie des sections entières consacrées à des usagers qui nous racontent comment ils ont surmonté le cancer du sein, l'anorexie, la dépression... Si ces récits peuvent être un baume pour celui qui raconte, ils peuvent aussi faciliter notre travail.

Conclusion

L'augmentation des maladies chroniques a amené une nouvelle tendance de soins. En effet, nous assistons à une nouvelle relation entre l'individu malade, le personnel soignant et la maladie. Les soins se dirigent, progressivement, d'une prise en charge de l'individu par le personnel soignant, dans le cadre d'un affrontement à la maladie aiguë, vers une coopération entre tous les individus concernés en vue d'une gestion de la maladie dans sa globalité. Si dans le premier cas, on peut s'inspirer de la médecine basée sur l'évidence, dans le second, c'est par l'ajout d'une médecine basée sur la narration que repose le succès.

Chaque individu a quelque chose d'unique... l'histoire de sa vie. Raconté par tranche d'année ou par thématique, chaque récit est une source importante d'informations, car il définit les *quand*, *comment* et *pourquoi* de la maladie. À nous d'apprécier toute la richesse de ces histoires. ■



Références (2005)

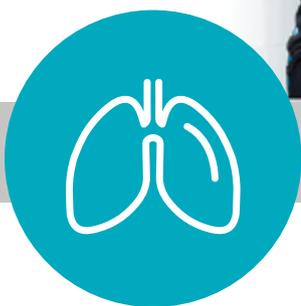
- Médecine basée sur les preuves et médecine basée sur le bon sens : s'agit-il de deux notions antinomiques ? Regard sur la pédiatrie *J. Ghisolfi* Hôpital des Enfants — CHU Toulouse http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=458.
- Narrative-based medicine in evidence-based world *Trisha Greenhalgh*, senior lecturer, Department of Primary Care and Population Sciences, Royal Free and University College London Medical School, London N19 5NF BMJ 1999; 318:323-325 <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7179/323>.
- Why study narrative? *Trisha Greenhalgh*, senior lecturer, Department of Primary Care and Population Sciences, Royal Free and University College London Medical School, London N19 5NF, *Brian Hurwitz*, senior lecturer Department of Primary Care, Imperial College School of Medicine at St Mary's, London W2 1PG BMJ 1999; 318:48-50 <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7175/48>.

SEMAINE DE L'INHALOTHÉRAPEUTE 2019

DU 20 AU 26 OCTOBRE

L'INHALOTHÉRAPEUTE

UN PROFESSIONNEL
QUI AGIT AVEC SOIN



La polypharmacie : quand les médicaments font plus de mal que de bien



par **Line Prévost**, inh., B.A., réd. a., OPIQ.

Les sources de cet article sont nombreuses. Vous trouverez la liste complète dans les références.

Antibiotiques pour des otites bénignes, scans systématiques pour des maux de dos, prescription de statines en soins primaires, bilan de santé annuel en l'absence de symptômes, le surdiagnostic, le surtraitement (dont la surprescription) et la surmedicalisation constituent un enjeu de santé majeur au Québec. Ils affectent les ressources du système de santé, freinent l'accès aux soins et peuvent entraîner des risques pour la santé des patients¹. Déjà, en 2012, l'Association médicale du Québec (AMQ) sonnait l'alarme quant à ce phénomène. Le rapport *Les soins non nécessaires au Canada* (avril 2017), diffusé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et la campagne *Choisir avec soin*, lancée en 2014, en confirme l'ampleur².

Cet article propose, dans un premier temps, de définir la notion de polypharmacie et de présenter les principaux changements pharmacocinétiques et pharmacodynamiques chez la personne âgée. Nous aborderons ensuite les risques et les effets nuisibles de la polypharmacie. Nous terminerons avec les outils le plus souvent utilisés pour déterminer les médicaments potentiellement inappropriés.

Ce qu'est la polypharmacie

Avec un taux de croissance moyen de 3,9 % par année de 2011 à 2016 (comparativement à un taux moyen de 0,6 % chez les moins de 65 ans), la population des personnes âgées augmente plus vite que toute autre population au Canada³. La prise en charge des patients âgés qui souffrent de plusieurs maladies chroniques présente de nombreux défis, dont la gestion complexe des médicaments. La consommation de multiples médicaments est préoccupante chez cette population en raison du risque élevé d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables. Nous verrons pourquoi un peu plus loin.

Il existe plusieurs définitions du terme « polypharmacie », la plus souvent rencontrée est la prise concomitante par le même patient de cinq médicaments ou plus^{4,5}. Or, il semble que l'on ait tort de la limiter au nombre de médicaments pris. D'autres définitions incluent l'indication

discutable (médication potentiellement non appropriée), l'utilisation inappropriée (dose ou fréquence prescrites), les dangers associés à chacun des médicaments, seuls ou en combinaison^{5,6}. On trouve aussi dans la littérature, une définition mieux adaptée à la réalité des personnes qui présentent de multiples comorbidités : l'utilisation de médicaments cliniquement non indiqués⁷.

Au Canada, 66 % des aînés vivant dans la communauté prend 5 médicaments ou plus ; 27 % en consomme 10 et plus ; 38 % de personnes âgées de 85 ans et plus vivant dans la communauté prend 10 médicaments ou plus⁸. La polypharmacie inquiète à ce point qu'elle constitue l'un des domaines clés visés par le *Troisième défi mondial pour la sécurité des patients : une médication sans erreurs* de l'OMS.

Changements pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liés à l'âge^{9,10,11,12,13}

La sénescence ou le vieillissement (d'un terme indo-européen *wet* qui signifie « année », puis latin *vetus*, « vieux d'une année de plus ») est un phénomène physiologique naturel du développement humain¹⁴.

Ce processus engendre des changements cellulaires, tissulaires, organiques et systémiques, qui affectent à différents degrés la pharmacocinétique et la pharmacodynamie des médicaments chez la personne âgée.

Modifications pharmacocinétiques

En ce qui a trait à la pharmacocinétique (étude du métabolisme des médicaments dans l'organisme), ce sont les quatre processus qui sont touchés, dans une plus ou moins grande mesure, par le vieillissement, soit :

- l'absorption ;
- la distribution ;
- le métabolisme hépatique ;
- l'élimination rénale.

Absorption

L'âge affecte le pH gastrique qui se trouve augmenté, le transit digestif est ralenti et la concentration des protéines responsables du transport actif est réduite. Bien que ces changements aient peu de conséquences cliniques, il faut toutefois rester à l'affût des interactions médicamenteuses, fréquentes avec la polypharmacie, qui peuvent gêner l'absorption de certains médicaments (p. ex. la prise de calcium avec les antibiotiques de la classe des fluoroquinolones).

La biodisponibilité (quantité de médicament qui atteint la circulation systémique) et l'effet de premier passage hépatique sont aussi altérés avec le vieillissement. L'effet de premier passage est diminué en raison d'une réduction de 40 % du débit sanguin au foie chez la personne âgée normale.

Donc moins de débit sanguin → moins d'extraction hépatique → plus de biodisponibilité.

En conséquence, les médicaments métabolisés par le foie doivent être donnés à plus faible dose.

Distribution

En vieillissant, la masse adipeuse augmente (20 à 40 %), les masses musculaire et osseuse décroissent et le corps contient 15 % moins d'eau. Cela a une incidence sur le volume de distribution des médicaments hydrosolubles (comme la digoxine et le vérapamil) qui diminue et celui des médicaments liposolubles (comme les antipsychotiques et les benzodiazépines) qui s'élève.

De plus, l'albumine sérique diminue et l' α_1 -glycoprotéine acide augmente avec l'âge, mais l'effet clinique de ces changements n'est cependant pas bien établi. La phénytoïne et la warfarine sont des médicaments à risque élevé d'effets toxiques lorsque le taux de l'albumine sérique diminue.

Métabolisme hépatique

Le débit sanguin hépatique diminue de 40 % avec l'âge, ce qui fait augmenter la portion du principe actif d'un médicament qui passe dans la circulation (biodisponibilité, voir « absorption »). Ceci peut en accroître l'efficacité et déclencher la toxicité. Les médicaments les plus concernés par ce phénomène sont entre autres la morphine, la codéine, les inhibiteurs des canaux calciques, plusieurs bêtabloquants et les antidépresseurs tricycliques.

Élimination rénale

L'excrétion rénale, qui est la voie d'élimination de la majorité des médicaments, est le facteur pharmacocinétique le plus prévisible chez l'aîné. Entre 20 et 80 ans, la fonction rénale diminue de 30 % à 50 % due aux diminutions de la filtration glomérulaire et de la sécrétion tubulaire. Ces changements causent une diminution de l'élimination des médicaments ou des métabolites pharmacologiquement actifs et entraînent une augmentation des concentrations plasmatiques des médicaments. En raison de l'augmentation de la demi-vie de nombreux médicaments utilisés en clinique, la prudence est donc de mise, surtout pour les molécules avec un index thérapeutique étroit. Un ajustement des doses s'avère souvent nécessaire, notamment pour l'allopurinol, la digoxine,



les opiacés, la plupart des hypoglycémifiants, plusieurs antibiotiques et certains bêtabloquants, dont l'aténolol.

En résumé, les altérations de l'effet de premier passage hépatique des fonctions hépatique et rénale sont les plus importantes cliniquement. En raison d'une modification de la clairance hépatique et rénale, les concentrations de certains médicaments pris de façon chronique continuent d'augmenter pendant 5 à 6 demi-vies, jusqu'à stabilité. De plus, certaines benzodiazépines (diazépam, flurazépam, chlordiazépoxide) possèdent une demi-vie allant jusqu'à 96 h chez les patients âgés. Il faut user de prudence puisque les signes d'intoxication peuvent n'apparaître que plusieurs jours voire semaines après le début d'un traitement.

Modifications pharmacodynamiques

Moins connues que les modifications pharmacocinétiques, elles semblent liées à une altération des récepteurs ou des voies de signalisation de certains mécanismes homéostatiques. Le tableau 1 (page suivante) en présente quelques-uns selon les classes pharmacologiques concernées.

D'autres facteurs viennent aussi influencer la pharmacodynamie des médicaments chez la personne âgée, entre autres : la diminution du flot sanguin (cérébral, hépatique, rénal, etc.), l'augmentation de la perméabilité de la barrière hématoencéphalique et une modification de la compliance des vaisseaux sanguins.

Conséquences, effets nuisibles et risques associés à la polypharmacie

De nombreuses conséquences sont associées à la polypharmacie¹⁵ :

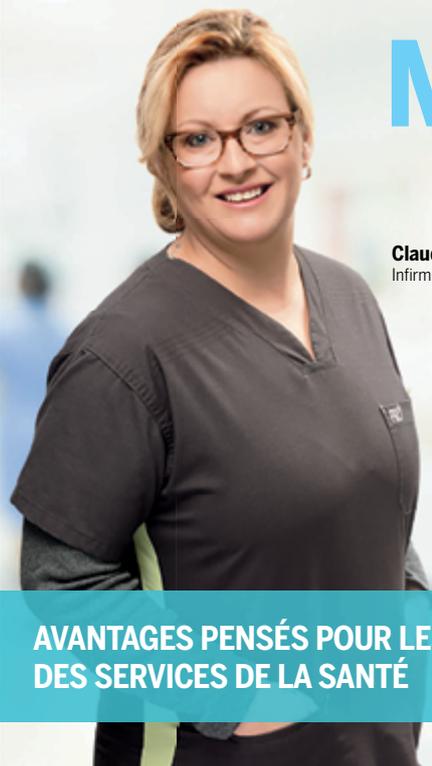
- ↑ du risque d'effets secondaires
- ↑ du risque d'interactions médicamenteuses¹⁶
 - 2-4 médicaments = faible risque
 - 5-7 médicaments = risque 4 fois plus élevé
 - 8-10 médicaments = risque 8 fois plus élevé
- ↑ du risque de chute¹⁷
 - 1-3 médicaments = risque 1,5 fois plus élevé
 - 4-7 médicaments = risque 2 fois plus élevé
 - 8 médicaments = risque 2,5 fois plus élevé
- ↑ du nombre de médicaments potentiellement inappropriés (MPI)
- Risque de cascade médicamenteuse et d'ordonnance potentiellement non appropriée (OPNA) (voir illustration 1, page 19)
- Problème d'adhésion au traitement
- ↑ des syndromes gériatriques^a (voir tableau 2, page 19)
- ↑ des hospitalisations et des coûts de santé¹⁸

a Les critères permettant de définir un syndrome gériatrique sont les suivants : (1) trouble lié à l'âge; (2) avec déclin fonctionnel; (3) impliquant plusieurs systèmes; (4) avec une étiologie multifactorielle complexe; (5) et une détérioration de l'état de santé; (6) mais qui se traite.

Tableau 1. Modifications pharmacodynamiques.

Modification pharmacodynamique	Risque (non limitatif)	Classes pharmacologiques
↓ nombre et sensibilité des barorécepteurs	Hypotension orthostatique, instabilité posturale, chute	Antihypertenseurs Neuroleptiques
↑ sensibilité du SNC	↑ risque confusion et incoordination motrice Rétention urinaire, occlusion intestinale, tachycardie	Psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques, benzodiazépines) Anticholinergiques
Altération de la régulation de la glycémie	Hypoglycémie potentielle	Insuline Sulfamides hypoglycémiants (<i>Diamicron</i> ®, <i>Amaryl</i> ®, <i>Diabeta</i> ®)
↓ réponse aux médicaments agonistes β adrénergiques	↓ sensibilité à certains bronchodilatateurs	agonistes β adrénergiques (salbutamol, forméterol)
↑ réponse aux médicaments antagonistes β adrénergiques	Trouble de conduction	β bloquants (aténolol, métoprolol)

Source : tableau adapté de KERGOAT et collab. (2015). *Guide de gestion médicamenteuse en UCDG*. © RUSHGQ, p. 13.



MERCI!

d'être là au quotidien pour nous et nos familles

450 \$ d'économie moyenne¹ pour nos clients des services publics qui regroupent leurs assurances

Rabais exclusif sur chaque assurance auto, habitation ou véhicule de loisirs parce que vous êtes membre de l'OPIQ

Concours Rouler avec La Capitale, c'est branché!
Une Nissan Leaf 2019 électrique à gagner²!

Obtenez une soumission!
1 855 441-6015
lacapitale.com/opiq

AVANTAGES PENSÉS POUR LES EMPLOYÉS DES SERVICES DE LA SANTÉ



La Capitale
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages. En tout temps, seul le contrat d'assurance précise les clauses et modalités relatives à nos protections. Certaines conditions et exclusions s'appliquent. | 1. Sondage SOM mené en juin 2017, auprès d'employés ou de retraités des services publics clients de La Capitale et ayant regroupé au moins deux produits d'assurance auto, habitation ou véhicules de loisirs. Économie moyenne calculée à partir des montants déclarés par 36 répondants ayant réalisé une économie. | 2. Détails et règlement disponibles au partenaires.lacapitale.com/opiq. Le concours se termine le 31 décembre 2019. Le prix à tirer est une Nissan Leaf S 2019 d'une valeur de 44 798 \$, assortie, si admissible, d'un crédit d'assurance de 500 \$. La valeur totale des prix est de 45 298 \$. Toutes les valeurs indiquées incluent les taxes. Aucun achat requis. Le gagnant devra répondre à une question d'habileté mathématique.



Illustration 1. La cascade médicamenteuse¹⁹.

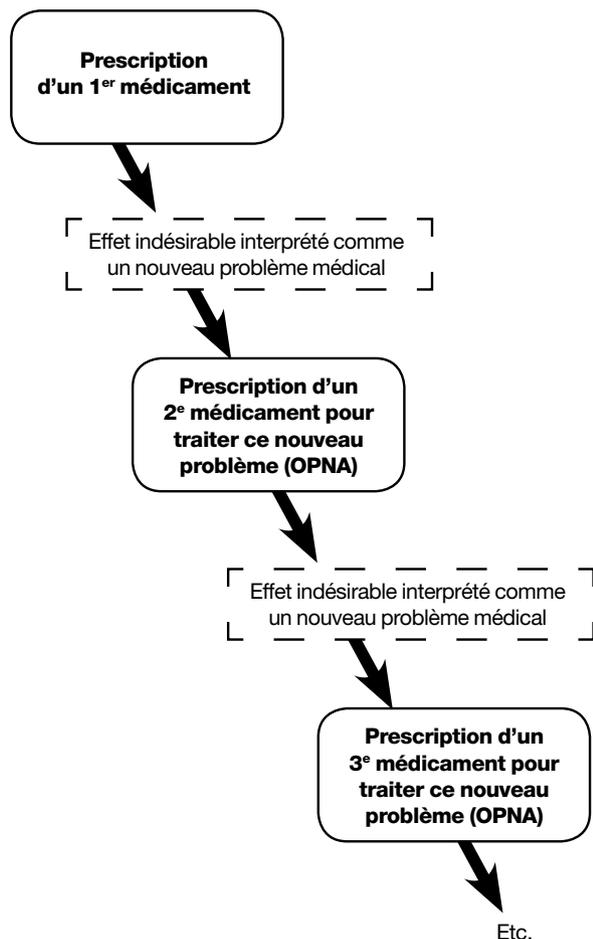


Tableau 2. Syndrome gériatrique causé ou précipité par une catégorie de médicament.

Signes et symptômes	Classes pharmacologiques
Chutes	Sédatifs, hypnotiques, anticholinergiques , antihypertenseurs, antidépresseurs, antidiabétiques
Troubles cognitifs	Anticholinergiques , benzodiazépines, antihistaminiques, antidépresseurs tricycliques
Incontinence	Alpha-bloqueurs, antidépresseurs, sédatifs, diurétiques
Constipation	Anticholinergiques , opioïdes, antidépresseurs tricycliques, bloqueurs des canaux calciques, suppléments de calcium
Délirium	Anticholinergiques , antidépresseurs, antipsychotiques, antiépileptiques, hypnotiques
Diarrhée	Antibiotiques, IPP, allopurinol, ISRS, ARA, anxiolytiques, antipsychotiques
Saignements gastro-intestinaux	AINS, anticoagulants

Source: LAHAIE, A. et R. WITTMER. (2017). *La prescription appropriée chez la personne âgée: comment s'y retrouver?* Diapositive 4. Repéré à https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/02/Approche-adapte%CC%81e-personne-a%CC%82ge%CC%81e_R%C3%A9sident-GMF-U-des-Faubourgs.pdf.

« Nos aînés prennent trop de médicaments, même que certains leur causent plus de tort que de bénéfices »²⁰, rapporte la gériatre Cara Tannenbaum^b.

Gare aux médicaments potentiellement inappropriés (MPI)!

Comme professionnels de la santé, nous savons qu'un médicament sans effet secondaire, ça n'existe pas.

Si les risques d'une ordonnance l'emportent sur les bénéfices et qu'il y a des modalités plus sûres selon l'indication²¹, alors il s'agit d'un MPI²² ou d'une ordonnance potentiellement non appropriée [OPNA]²³.

En clinique, on rencontre trois types de MPI^{24,25}:

- **Utilisation inappropriée (misuse)**: peut être causée par des problèmes de doses, de posologie, d'interactions, d'effets indésirables, etc.
- **Surutilisation (overuse)**: peut être causée par des doublons, pas d'indication valable (la prescription d'un antibiotique pour une infection virale en est un bon exemple), des cascades médicamenteuses, des erreurs de transmission, etc.
- **Sous-utilisation (underuse)**: peut être causée par un oubli de prescription, une mauvaise adhésion du patient au traitement, dosage insuffisant, des erreurs de transmission, etc.

b D^{re} Cara Tannenbaum est directrice scientifique, Institut de la santé des femmes et des hommes, Instituts de recherche en santé du Canada; professeure à la Faculté de médecine et à la Faculté de pharmacie, Université de Montréal; directrice, Réseau canadien pour la déprescription.



« Nos aînés prennent trop de médicaments, même que certains leur causent plus de tort que de bénéfiques, rapporte la gériatre Cara Tannenbaum. »

Une étude observationnelle prospective, réalisée de septembre 2008 à mars 2009 sur 200 patients de plus de 75 ans dans une unité de courte durée gériatrique à Brest, a démontré que les deux premières catégories étaient plus fréquentes chez les patients en hébergement, avec comorbidités et polymédicamentés. La sous-utilisation, quant à elle, était plus fréquente chez les patients polymédicamentés et vivant à domicile²⁶.

Plusieurs outils standardisés d'évaluation des MPI ont été étudiés au fil des ans, en voici quelques-uns :

- les [critères de Beers](#) ;
- l'outil [STOPP-START](#) (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions*) – [START](#) (*Screening Tool to Alert Doctors to Right indicated i.e. appropriate Treatment*)²⁷ ;
- [Medication Appropriateness Index \(MAI\)](#)²⁸ ;
- [Index pour évaluer l'effet anticholinergique des médicaments](#)^{29,30} :
 - [l'Anticholinergic Risk Scale \(ARS\)](#) ;
 - [l'Anticholinergic Cognitive Burden \(ACB\)](#) ;
 - [l'Anticholinergic Drugs Scale \(ADS\)](#).

Bien que ce soit d'intéressants outils de travail, ils ne doivent pas se substituer au jugement clinique des professionnels impliqués dans la prise en charge et le suivi de la clientèle âgée³¹.

Conclusion

Nous avons vu que la personne âgée est plus sujette aux interactions médicamenteuses en raison de changements pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liés au vieillissement ; qu'elle présente souvent plusieurs comorbidités et que ces dernières sont propices à une polymédication qui entraîne des risques pour sa santé (des chutes, fractures, hospitalisations, parfois même des décès). Il convient donc de rester vigilant en présence d'un patient polymédicamenté. L'adoption de saines habitudes de vie (s'abstenir de fumer, consommer de l'alcool avec modération, faire de l'exercice, pratiquer la relaxation, adopter une alimentation équilibrée et bien dormir) peut certes réduire le recours à une médication qui pourrait s'avérer inappropriée. 



Références

1. ASSOCIATION MÉDICALE DE QUÉBEC (AMQ). Avril 2017. *Le rapport de l'ICIS confirme les chiffres de l'AMQ*. Communiqué de presse. Repéré à <http://www.amq.ca/fr/publications/nos-communiqués-de-presse/item/1001-le-rapport-de-licis-confirme-les-chiffres-de-lamq-communique>.
2. *Ibid.*
3. STATISTIQUE CANADA. [Tableau 17-10-0005-01](#). *Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et sexe*.
4. NEUNER-JEHLE, S. «La polypharmacie: une nouvelle épidémie». *Rev Med Suisse* 2016; 12: 942-947. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-518/La-polypharmacie-une-nouvelle-epidemie>.
5. BOOTSMA, N., GAGNON, C., WHITE, K.J. (2008). «La déprescription: la gestion des médicaments visant à réduire la polypharmacie». *Bulletin de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP)*, 18 (3), p. 1. Repéré à <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2018/BISMP2018-03-deprescription.pdf>.
6. COUTURE, J. A. et M. CÔTÉ. (2009). «La polypharmacie chez les personnes âgées». *Le Médecin du Québec*, 44 (1): 45-50. Repéré à <https://fmqo-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/045-050DreCouture0109.pdf>.
7. FULTON, M. M., ALLEN, E.R. (2005). «Polypharmacy in the elderly: a literature review.» *J Am Acad Nurse Pract*, 17 (4): 123-32. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15819637>. Cité dans COUTURE et CÔTÉ, 2009, *op. cit.*, p. 45.
8. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2014). [Utilisation des médicaments chez les personnes âgées âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments au Canada](#), 2012; révisé en octobre 2014. Ottawa (Ontario). Cité dans ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. (Mise à jour 2017). «Utilisation des médicaments chez les personnes âgées». Repéré à https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/cma_policy_medication_use_and_seniors_update_2017_pdf11-12-f_0.pdf.
9. RUSCIN, J.M. et S.A. LINNEBUR. (2014). «Pharmacocinétique chez les personnes âgées». *Le Manuel Merck*, version pour professionnels de la santé, chapitre Gériatrie – Traitement médicamenteux chez les personnes âgées. Repéré à <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/g%C3%A9riatrie/traitement-m%C3%A9dicamenteux-chez-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/pharmacocin%C3%A9tique-chez-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>.
10. COUTURE et CÔTÉ, 2009, *op. cit.*, p. 45-46.



Références suite

11. GAGNON, C. (2018). «La déprescription: une bouffée d'air frais pour vos patients». Conférence présentée dans le cadre du congrès annuel 2018 de l'OPIQ, Montréal, diapositive 11.
12. KERGOAT, M.-J., GILBERT, S., GRAVEL, J., HILL, J., HOANG, L. U. A., LOONTJENS, B., MORIN, M., PAPILLON-FERLAND, L., PARÉ, C., TANNENBAUM, C. (2015). *Guide de gestion médicamenteuse en UC DG*. © Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ), p. 9-13. Repéré à http://www.rqrv.com/fr/document/guide_gestion_medicamenteuse.pdf.
13. ASSOCIATION DES PHARMACIENS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC (A.P.E.S.). (2018). *Démarche de soins pharmaceutiques à l'admission d'une personne âgée en établissement de santé. Outil élaboré par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie*. Montréal, Québec, © A.P.E.S., p. 59-60.
14. ROBERT, J.-M. (s. d.) « Développement (biologie) — Le développement humain ». *Encyclopædia Universalis*. Repéré à <http://www.universalis.fr/encyclopedie/developpement-biologie-le-developpement-humain/>.
15. CARREAU-BOUDREAU, A.-M., ÉMOND, V., SIROIS, C. (2016). *Actes du colloque - Polypharmacie et déprescription: des réalités cliniques et de recherche jusqu'à la surveillance*. Institut national de santé publique du Québec, p. 21.
16. GAGNON, 2018, *op. cit.*, diapositive 12.
17. *Ibid.*, diapositive 13.
18. *Ibid.*, diapositive 14.
19. MALLET, L. 2016. «La cascade médicamenteuse: comment la prévenir, la détecter et résoudre les problèmes qu'elle engendre». *Pharmactuel*, vol. 49, n° 2, p. 136. Repéré à <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/1110/846>.
20. BLANCHARD, M. (17 mai 2018). «La surprescription de médicaments et les aînés: nouvelle étude». Entrevue radiophonique avec D^{re} Cara Tannebaum, *L'heure de pointe — Acadie*, audiofil, 1,19 -1,24 min. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/1-heure-de-pointe-acadie/segments/entrevue/72514/cara-tannebaum-recherche-sante>.
21. GAGNON, 2018, *op. cit.*, diapositive 18.
22. CARREAU-BOUDREAU, ÉMOND, SIROIS, *op. cit.*, p. 17.
23. MORIN, M. (2017). «La révision médicamenteuse en gériatrie ou comment faire face au profil?!» Présentation faite dans le cadre de *L'événement des pharmaciens*, diapositive 23. Repéré à https://www.opq.org/doc/mediafree/file/evenements/ep2017/conferences/defis_pharmaco_dre_morin_vf.pdf.
24. ANDRO, M., ESTVIN, S., GENTRIC, A. (2012). «Prescriptions médicamenteuses en gériatrie: overuse (surutilisation), misuse (mauvaise utilisation), underuse (sous-utilisation). Analyse qualitative à partir des ordonnances de 200 patients entrant dans un service de court séjour gériatrique ». *La revue de médecine interne*, 33 (3): 122-127. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2011.11.016>.
25. JORDAN-VON GUNTEN, V. et J. BENEY. (2017). «Pharmacothérapie pour le praticien: prévention et prise en charge de quelques problèmes médicamenteux courants». *Rev Med Suisse*, 13: 248-251. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-547/Pharmacotherapie-pour-le-praticien-prevention-et-prise-en-charge-de-quelques-problemes-medicamenteux-courants>.
26. ANDRO, ESTVIN, GENTRIC, 2012, *op. cit.*
27. DALLEUR, O., LANG, P.-O., BOLAND, B. (2017). «La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français». *Pharmactuel*, 49 (1). Repéré à <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/1095/857>.
28. HANLON, J.T., SCHMADER, K.E., SAMSA, G.P., WEINBERGER, M., UTTECH, K.M., LEWIS, I.K., COHEN, H.J., FEUSSNER, J.R. (1992). «A method for assessing drug therapy appropriateness.» *Journal of clinical epidemiology*, 45 (10): 1045-1051. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1474400>.
29. BOILY, M.-J. et L. MALLET. (2008). «Comment évaluer la charge anticholinergique?» *Pharmactuel*, 41 (suppl. 1), p. 1. Repéré à <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/viewFile/963/624>.
30. CSAJKA, C., BREMOND, C., LANG, P. O. (2017). «Détecter et évaluer l'impact des médicaments anticholinergiques». *Rev Med Suisse*, 13: 1931-1937. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-582/Detecter-et-evaluer-l-impact-des-medicaments-anticholinergiques>.
31. BOILY, MALLET, 2008, *op. cit.*, p. 5.



Prime de recrutement de 400\$*

CLINIQUES PRIVÉES

CENTRES HOSPITALIERS

CENTRES D'HÉBERGEMENT

MAINTIEN À DOMICILE

AUTRES MANDATS



PLACEMENT EN SANTÉ

Accès à un portail web vous permettant de faire vous-même votre horaire, temps partiel ou temps plein selon vos disponibilités!

Salaires avantageux.

KM et/ou frais de subsistance payés pour plusieurs régions.

Assurances collectives et REER collectifs disponibles.

Bonus lors de référencement de personnel et/ou lors d'un transfert d'agence.*

Code Bleu Placement en Santé : UN MONDE DE POSSIBILITÉS!

PARTOUT AU QUÉBEC
codebleu.cacv@codebleu.ca
1-877-343-BLEU

*Certaines conditions s'appliquent

La déprescription: mode d'emploi



par Line Prévost, inh., B.A., réd. a., OPIQ.

« Ça prend une minute pour prescrire un médicament et des années pour le cesser. »

— Louise Mallet, pharmacienne en gériatrie, CUSM*

Dans l'article précédent, nous avons vu pourquoi et comment la polypharmacie pouvait parfois causer plus de tort que de bien. La surprescription chez la clientèle gériatrique a conduit à une mobilisation des acteurs en santé (chercheurs, décideurs, cliniciens, militants pour le droit des patients) et à la création du [Réseau canadien pour la déprescription \(ReCaD\)](#) qui vise à réduire la surutilisation de certains médicaments sur ordonnance chez les personnes âgées.

Est-ce dire qu'il faut se débarrasser du pilulier? Pas du tout! Les médicaments sont utiles pour prévenir, soulager, guérir. Toutefois, un ménage s'impose! La déprescription constitue un moyen d'aborder la polypharmacie¹.

Quoi

Déprescription est un néologisme apparu dans *PubMed* en 2016². Il désigne un processus planifié de réévaluation des prescriptions pour s'assurer qu'elles sont encore bénéfiques pour le patient. Il s'agit en quelque sorte de recommandations pour diminuer ou cesser des traitements médicamenteux qui ne sont plus nécessaires ou superflus afin d'en éviter les effets indésirables.

Voici les principales classes de médicaments concernées³:

- anticholinergiques;
- psychotropes : benzodiazépines, antipsychotiques, antidépresseurs, etc.
- statines;
- inhibiteurs de la pompe à protons;
- inhibiteurs de l'acétylcholinestérase.

La déprescription s'effectue en partenariat entre le patient et son équipe de soins (proches/soignants, médecin de famille, pharmacien communautaire, médecins spécialistes). Après l'évaluation minutieuse de l'ensemble des médicaments prescrits au patient, les discussions sur le choix des médicaments à poursuivre doivent tenir compte des objectifs de soins du patient et de l'équilibre entre les bienfaits attendus et les dangers potentiels associés au traitement⁴.

Qui

On peut considérer la déprescription chez toute personne qui présente⁵:

- changement de l'état clinique;
- progression d'une affection existante (p. ex. démence);
- perte de poids;
- ↑ besoin d'assistance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ);
- ↑ risque de chutes;
- facteurs de risque^{6,7}:
 - ≥ 85 ans;
 - ≥ 2 maladies chroniques concomitantes;
 - insuffisance rénale;
 - ≥ 5 médicaments (polypharmacie);
 - plusieurs prescripteurs;
 - démence;
 - antécédent de toxicité médicamenteuse.

Pourquoi

En raison de la place grandissante de la prévention dans les stratégies de prise en charge médicale⁸, pour une utilisation judicieuse de la médication chez la personne âgée⁹ et parce que la polypharmacie peut engendrer des effets nuisibles entre autres^{10,11}:

* Aussi professeure titulaire de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal.

« 70 % des personnes âgées seraient d'ailleurs prêtes à cesser un de leurs médicaments si le médecin leur indiquait que c'était possible. »

- cascades ou interactions médicamenteuses;
- erreur ou confusion dans la gestion de la médication;
- mauvaise adhésion au traitement;
- risques de chutes;
- troubles cognitifs;
- délirium;
- hospitalisations;
- ↑ couts de santé.

Quand¹²

- Minimale une fois par année
- Changement de la condition clinique de l'ainé
- Chaque transition : admission à l'hôpital, transfert, congé

Où¹³

- Centre hospitalier
- CHSLD
- Unité de réadaptation, ressource intermédiaire
- Suivi à domicile
- Bureau du médecin

Comment

De nombreux outils validés, algorithmes, guides pratiques et ressources utiles sont accessibles pour les professionnels désireux d'intégrer la déprescription à leur pratique clinique. En voici quelques-uns :

- [algorithmes pour la déprescription](#) ;
- [Réseau canadien pour la déprescription, ressources pour les professionnels](#) ;
- [choisir avec soin, guides pratiques de déprescription](#) ;
- [MedStopper](#).

Il existe aussi des outils d'aide à la décision ([5 questions à poser à propos de vos médicaments](#), [brochures d'autonomisation](#)) pour amener le patient à participer activement à la prise de décision. Ces outils augmentent ses connaissances, son confort avec la décision sans augmenter son anxiété. Ils aident davantage les patients indécis et améliorent la congruence entre leurs choix et leurs valeurs personnelles¹⁴. Les patients sont plus ouverts à la déprescription lorsqu'ils en comprennent les bienfaits. 70 % des personnes âgées seraient d'ailleurs prêtes à cesser un de leurs médicaments si le médecin leur indiquait que c'était possible¹⁵.

L'optimisation des médicaments et la déprescription ciblée sont donc d'une importance vitale lors de la gestion de maladies chroniques ; elles permettent d'éviter des effets indésirables et d'améliorer l'état de santé du patient¹⁶.



Références

1. BOOTSMAN, N., GAGNON, C., WHITE, K.J. (2008). « La déprescription : la gestion des médicaments visant à réduire la polypharmacie ». *Bulletin de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP)*, 18 (3), p.1. Repéré à <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2018/BISMPC2018-03-deprescription.pdf>.
2. JORDAN-VON GUNTEN, V. et J. BENEY. (2017). « Pharmacothérapie pour le praticien : prévention et prise en charge de quelques problèmes médicamenteux courants ». *Rev Med Suisse*, vol. 13, p. 248-251. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-547/Pharmacotherapie-pour-le-praticien-prevention-et-prise-en-charge-de-quelques-problemes-medicamenteux-courants>.
3. MORIN, M. (2017). « La révision médicamenteuse en gériatrie ou comment faire face au profil?! » Présentation faite dans le cadre de *L'événement des pharmaciens*, diapositive 6. Repéré à https://www.opq.org/doc/mediafree/file/evenements/ep2017/conferences/defis_pharmaco_dre_morin_vf.pdf.
4. BOOTSMAN, GAGNON, WHITE, (2008), *op. cit.*, p. 2.
5. *Ibid.*
6. COUTURE, J. A. et M. CÔTÉ. (2009). « La polypharmacie chez les personnes âgées ». *Le Médecin du Québec*, 44 (1): 47, tableau II. Repéré à <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/045-050DreCouture0109.pdf>.
7. MORIN, (2017), *op. cit.*, diapositive 5.
8. *Ibid.*, diapositive 9.
9. *Ibid.*, diapositive 17.
10. GAGNON, C. (2018). « La déprescription : une bouffée d'air frais pour vos patients ». Conférence présentée dans le cadre du congrès annuel 2018 de l'OPIQ, Montréal, diapositives 10-15.
11. BOOTSMAN, GAGNON, WHITE, (2008), *op. cit.*, p. 2.
12. MORIN, (2017), *op. cit.*, diapositive 7.
13. *Ibid.*
14. STACEY, D., LÉGARÉ, F., LEWIS, K., BARRY, M. J., BENNETT, C. L., EDEN, K. B., HOLMES-ROVNER, M., LLEWELLYN-THOMAS, H., LYDDIATT, A., THOMSON, R., TREVENA, L. (2017). « Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. » *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.
15. GAGNON, (2018), *op. cit.*, diapositive 23.
16. RÉSEAU CANADIEN POUR LA DÉPRESCRIPTION (RECAD). (2019). « [Qu'est-ce que la déprescription?](#) »

Signes vitaux gériatriques «AINEES», vous connaissez ?



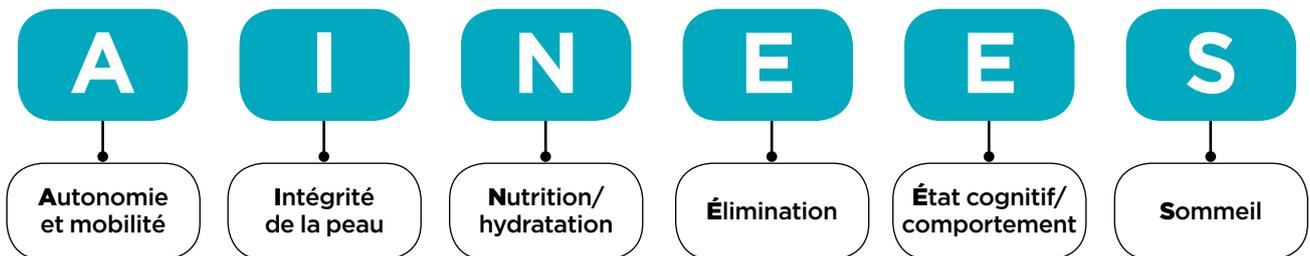
par **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ.

Source : *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (cadre de référence)*. © Gouvernement du Québec, 2011, p. 40 et 49. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>.

C'est dans le cadre du projet **OPTIMAH**[®] (**OPTIM**isation des soins aux personnes **Â**gées à l'**H**ôpital) du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) qu'un nouvel outil clinique a été élaboré à partir du concept des signes vitaux gériatriques (Inouye) et des conditions *SPICES* (Fulmer). Cet outil a pour objectif d'évaluer les facteurs de risque de déclin fonctionnel chez la personne âgée hospitalisée, de prévenir les complications et d'intervenir rapidement en cas de détérioration.

En pratique clinique, l'outil *AINEES* peut être utilisé tant dans l'évaluation initiale que pour le suivi quotidien des patients âgés hospitalisés. Il a d'ailleurs été un des éléments phares du [cadre ministériel de l'approche adaptée à la personne âgée du gouvernement du Québec](#) (2011). 

L'acronyme «AINEES» réfère à :



Des aînés de plus en plus branchés



par **Marise Tétréault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ.

Source : CEFRIO. *NETendances 2018 – fiche génération 2018*. © 2019, CEFRIO.

Repéré à https://cefrio.qc.ca/media/2188/netendances-2018-65-ans-et-plus_vf.pdf

Dans son rapport d'enquête intitulé *NETendances 2018*, le Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations (CEFRIO) nous apprend sans grande surprise que les adultes québécois sont de plus en plus connectés à Internet et qu'une majorité d'entre eux l'utilise quotidiennement. Mais l'usage qu'ils font de leur temps de connexion et de leur habileté à se servir de cet outil varie selon les générations. Cet écart se rétrécit toutefois au fil du temps.

Voici quelques faits saillants de l'enquête en ce qui concerne les Québécois et les Québécoises âgées de 65 ans ou plus. 🍁

Suivez ce lien pour télécharger [les fiches complètes pour tous les groupes d'âge.](#)

FICHE GÉNÉRATION 2018



LES PLUS VIEUX BABYBOOMERS ET LEURS PARENTS
65 ANS ET PLUS (1954 ET AVANT)

CONNECTIVITÉ ET MOBILITÉ (n=1 723)

	65 ans et plus	Ensemble de la population
Total Connexion Internet à la maison	79 %	93 %
Connexion Internet résidentielle avec un fournisseur télécoms	77 %	91 %
Partage de connexion à partir d'un appareil mobile	2 %	2 %
Utilisateurs quotidiens d'Internet	61 %	84 %

- Appareils détenus par les 65 ans et plus**
- 39 % Téléphone intelligent
 - 49 % Tablette électronique
 - 3 % Montre intelligente



HABILITÉ À UTILISER INTERNET (n=138)

Parmi les internautes de cette génération, moins du quart (23 %) considèrent leur niveau d'habileté à utiliser Internet de façon générale comme étant élevée, une proportion significativement inférieure à celles des autres générations.



SERVICE D'ABONNEMENT PAYANT (n=142)

Moins d'un adulte sur trois (31 %) âgés de 65 ans et plus est abonné à au moins un service d'abonnement payant pour visionner des films ou des séries sur Internet, un taux inférieur à ceux des autres générations. Par ailleurs, 13 % des 65 ans et plus sont abonnés à Netflix.



MAISON INTELLIGENTE (n=142)



Un adulte sur cinq (19 %) âgé de 65 ans et plus possède au moins un objet connecté pour la maison (p. ex., un lecteur multimédia en continu ou un téléviseur intelligent). Le pourcentage est de 24 % pour l'ensemble des adultes québécois.

Moins de la moitié (40 %) des adultes âgés de 65 ans et plus sont enthousiastes concernant l'avenir des technologies et des objets intelligents comme partie intégrante de leur vie quotidienne dans leur foyer, cette proportion est significativement inférieure à celles des autres générations.

Méthodologie :

Les données proviennent de 12 collectes réalisées de février 2018 à janvier 2019, au cours desquelles nous avons chaque fois interrogé 1 000 adultes québécois âgés de 18 ans et plus, par voie téléphonique. Les résultats ont été pondérés en fonction du sexe, de l'âge, de la région et de la langue des répondants afin d'assurer la représentativité de l'ensemble des adultes québécois.

En caractères rouges : résultats significativement supérieurs, dans un intervalle de confiance d'au moins 95 %. En caractères bleus : résultats significativement inférieurs, dans un intervalle de confiance d'au moins 95 %.

© 2019, CEFRIO

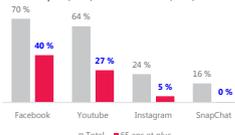
FICHE GÉNÉRATION 2018



UTILISATION DES RÉSEAUX SOCIAUX (n=142)

49 % La moitié des 65 ans et plus utilise les réseaux sociaux pour une utilisation personnelle d'Internet. Pour l'ensemble des adultes québécois, le pourcentage est de 83 %.

Facebook est le réseau social le plus utilisé par les 65 ans et plus (40 %) suivi de YouTube (27 %).



37 %

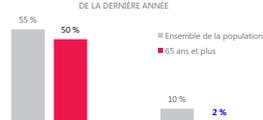
des adultes âgés de 65 ans et plus utilisent la messagerie intégrée/instantanée, comme Messenger, pour communiquer avec leur famille ou leurs amis sur les réseaux sociaux.

SERVICES BANCAIRES EN LIGNE (n=142)

43 %

des adultes âgés de 65 ans et plus ont utilisé Internet pour consulter leur compte bancaire au cours du mois précédant l'enquête, une proportion significativement inférieure à celles des autres groupes d'âge. Pour l'ensemble des adultes québécois, le pourcentage est de 77 %.

MODES DE PAIEMENT UTILISÉS AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE



La solution Flash, c.-à-d. la solution permettant de payer en tenant simplement la carte de débit ou de crédit devant le lecteur à la caisse

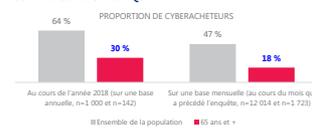
Le paiement mobile, avec téléphone intelligent en utilisant des applications comme Apple Pay ou Android Pay



71 %

des adultes âgés de 65 ans et plus connaissent ou ont déjà entendu parler de monnaie virtuelle, comme le Bitcoin, les Facebook credits, les Amazon Coins. Le pourcentage est de 75 % pour l'ensemble des adultes québécois.

COMMERCE ÉLECTRONIQUE



La valeur mensuelle moyenne du panier d'achats des cyberacheteurs âgés de 65 ans et plus était de 295 \$ en 2018, alors que la valeur moyenne provinciale était de 293 \$.

PRINCIPALES CATÉGORIES DE PRODUITS ACHETÉS EN LIGNE PAR LES CYBERACHETEURS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS EN 2018 (n=43)



© 2019, CEFRIO



Existe-t-il un lien entre la résilience et la perception du sommeil chez les personnes atteintes de Parkinson ?

par **Maxime Hébert**, inh., B.A. et étudiant au doctorat en psychologie, profil recherche et **Lyson Marcoux**, Ph. D., psychologue et professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Voilà la question sur laquelle nous nous sommes penchés l'hiver dernier, à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), dans le cadre d'une recherche qui comptait 56 parkinsoniens, soit 31 hommes et 25 femmes. La question nous semblait pertinente, puisque les troubles du sommeil augmentent chez les personnes atteintes de cette maladie. Nous désirions savoir si les plus résilientes d'entre elles avaient une meilleure perception de leur sommeil.

La maladie de Parkinson

D'abord, il faut savoir que la maladie de Parkinson est un trouble neurodégénératif qui augmente en prévalence chez la population vieillissante (Garroway, 2014). La manifestation des symptômes et la vitesse d'évolution de la maladie de Parkinson diffèrent d'un individu à l'autre. Habituellement, la maladie évolue sur une période de 10 à 20 ans avant que la personne atteigne l'incapacité complète (Kolb & Whishaw, 2008). Cette maladie se définit par la dégénérescence de la substance noire du cerveau (voir *appendice A*, p. 31), avec comme conséquence de réduire l'apport en dopamine dans le striatum (corps strié, noyau caudé et putamen du cerveau). La diminution de ce neurotransmetteur entraîne une difficulté à contrôler les mouvements du corps (Kolb & Whishaw, 2008).

Les premiers symptômes de la maladie de Parkinson se manifestent sous un tableau clinique caractérisé par de légères raideurs et des tremblements qui affectent une main et qui évoluent vers les quatre symptômes principaux : une altération de la posture, une akinésie (difficulté à initier des mouvements qui se distingue en partie par la

présence d'un visage figé, un balancement anormal des bras et une incapacité à cligner des paupières), des tremblements et une rigidité des membres (Kolb & Whishaw, 2008).

Du point de vue de la thérapie pharmacologique, le L-Dopa, un précurseur de la dopamine, constitue le médicament le plus utilisé pour éviter d'augmenter l'activité des structures résultant de la diminution de la dopamine et pour stimuler l'activité des cellules dopaminergiques présentes (Kolb & Whishaw, 2008). D'autres chercheurs ont démontré l'utilité de l'istradéphylline, un antagoniste des récepteurs A2A, pour l'amélioration de la qualité de vie des gens atteints de cette maladie. Leur recherche établit entre autres une diminution de la somnolence diurne (Suzuki, Miyamoto, Miyamoto, Uchiyama, & Hirata, 2017).

Le Parkinson: une condition difficile

Nous appréhendons aisément les impacts psychologiques et émotionnels chez les patients qui doivent composer avec les symptômes qui caractérisent la maladie et la dégradation de leur état général.

D'ailleurs, selon une recherche récente, la dépression touche 40-45 % des gens atteints de la maladie de Parkinson (Zhang, Hu *et al.*, 2016). Ceci réduit la qualité de vie des parkinsoniens, indépendamment de leurs symptômes moteurs. De plus, Alvaro, Roberts et Harris (2013) expliquent la présence d'une association entre l'insomnie, un mauvais sommeil et l'augmentation de la sévérité des symptômes dépressifs chez la population générale. On peut donc se demander ce qu'il en est pour les patients atteints de Parkinson, chez qui une grande proportion souffre de dépression.

Les troubles du sommeil

Telarovic, Mijatovic et Telarovic (2015) rapportent que, dans la maladie de Parkinson, les perturbations du sommeil sont causées par des changements qui touchent les centres de régulation du sommeil des régions frontales du cerveau et du thalamus (voir appendice A, p. 31), de même qu'une atteinte dégénérative des neurones dopaminergiques des ganglions de la base.

Une autre étude explique une prévalence de l'apnée obstructive du sommeil (AOS) chez 20 à 60 % des patients atteints de la maladie de Parkinson (Harmell *et al.*, 2016). L'AOS constituerait d'ailleurs un trouble plus invalidant, plus grave et plus répandu chez la population avec un diagnostic de Parkinson (Cochen De Cock *et al.*, 2015).

Les conséquences les plus fréquentes de ce syndrome sont l'augmentation de la somnolence diurne, des troubles cardiovasculaires (arythmies, infarctus, accident vasculocérébral), ainsi que l'augmentation du risque de souffrir de dépression et d'anxiété et la présence de nycturie (Association pulmonaire du Québec, 2018; Harmell *et al.*, 2016).

Les chercheurs démontrent que la combinaison apnée du sommeil sévère-maladie de Parkinson est associée à une augmentation du temps

passé en décubitus dorsal (↑ le nombre de périodes d'apnée obstructive) pendant le sommeil et à une diminution des changements de position pendant la nuit. De fait, chez les sujets avec un Parkinson sans AOS et chez le groupe contrôle, le temps en décubitus dorsal est moins important (Cochen De Cock *et al.*, 2015). La limitation des mouvements pendant la nuit, une conséquence de la maladie, peut augmenter le nombre d'apnées et d'hypopnées chez les parkinsoniens, ajoutant une contrainte supplémentaire pouvant nuire à la qualité de leur sommeil (Cochen De Cock *et al.*, 2015).

D'ailleurs, les sujets atteints de la maladie de Parkinson et d'un syndrome d'AOS présentent plus d'éveils, plus d'apnées et d'hypopnées et souffrent d'hypoxémie plus importante que les patients ayant la maladie de Parkinson seulement (Cochen De Cock *et al.*, 2015).

Bref, on retiendra que plusieurs conditions peuvent affecter la qualité du sommeil chez les patients atteints de Parkinson, dont la présence de changements physiques et neuronaux et de comorbidités (p. ex. la dépression et l'apnée du sommeil) (Kolb & Whishaw, 2008; Zhang, Liu *et al.*, 2016; Lemke, 2008; Telarovic *et al.*, 2015; Association pulmonaire du Québec, 2018; Harmell *et al.*, 2016; Cochen De Cock *et al.*, 2015).

Augmentez leurs chances de réussir à cesser de fumer grâce à la TRN d'association

L'association de deux thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) est maintenant possible.

Il y a plusieurs raisons de recommander deux formes de TRN pour aider vos patients à cesser de fumer, en plus du fait qu'elles sont remboursées par la RAMQ* lorsque vous les prescrivez ensemble.

TRN d'association :

- **30 % plus efficace** que la monothérapie (timbre seul) pour aider les patients à réussir à cesser de fumer¹
- **Traitement de première intention** recommandé par le Centre for Addiction and Mental Health²
- **Taux d'abstinence parmi les plus élevés** comparativement à d'autres traitements pharmacologiques^{3,4}

* RAMQ est la marque officielle de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

NICORETTE® et NICODERM® sont des aides de renoncement au tabac qui peuvent atténuer les symptômes de sevrage et les envies de nicotine chez les adultes de 18 ans et plus. Pour les mises en garde et précautions, visiter <https://fr.helpthemquit.ca/treatment/overview>. Toujours recommander à vos patients de lire l'étiquette.

Références : 1. Gomme NICORETTE®, licence de mise en marché, 2015. 2. The Centre for Addiction and Mental Health. Algorithm for tailoring pharmacotherapy. <https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/teach/SiteAssets/Pages/Resources/Pharmacotherapy%20Algorithm%20JAN2018%20updated.pdf>. Consulté le 28 octobre 2018. 3. Fiore MC, Baker TB. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med* 2011;365(13):1222-31. 4. Reid RD, *et al.* Managing smoking cessation. *CMAJ* 2016;188(17-18):E484-E492.

© Johnson & Johnson Inc. 2019



NICODERM
+
nicorette



Recommandez la TRN d'association pour aider vos patients à écraser – pour de bon.

Visitez AidezLesAEcraser.ca pour en savoir plus.

AidezLesAEcraser.ca

Encourager les patients fumeurs dans leur cheminement vers le renoncement au tabac.

Perception de la qualité du sommeil et résilience

Par contre, nous croyons que la perception de la qualité du sommeil peut être différente pour certains d'entre eux. Est-ce que les patients perçoivent les changements physiologiques de la même façon? Bien que plusieurs comorbidités puissent affecter le sommeil, certaines personnes perçoivent-elles qu'elles dorment mieux que d'autres? Malgré une intervention médicale pour réduire les conséquences pouvant nuire au sommeil chez les parkinsoniens, ceux qui perçoivent avoir une meilleure qualité de sommeil s'adaptent-ils mieux aux contraintes de la maladie? Sont-ils plus résilients?

Malgré toutes les difficultés inhérentes à la maladie de Parkinson, il ne faudrait pas conclure à une fatalité sur le plan psychologique. Il y a des individus qui s'adaptent bien aux situations difficiles, démontrant même de la résilience face à la maladie.

D'ailleurs, Robottom *et al.* (2012) expliquent que la résilience joue un rôle important dans les stratégies d'adaptation chez les patients atteints de Parkinson. Ils définissent le concept de résilience comme la capacité d'un individu à bien s'adapter aux situations difficiles. Les résultats de leur étude démontrent une corrélation négative entre la résilience et la réduction de la dépression et de la fatigue. C'est donc dire qu'une plus grande résilience diminue entre autres le risque de développer une dépression et réduit la fatigue chez les patients atteints de la maladie.

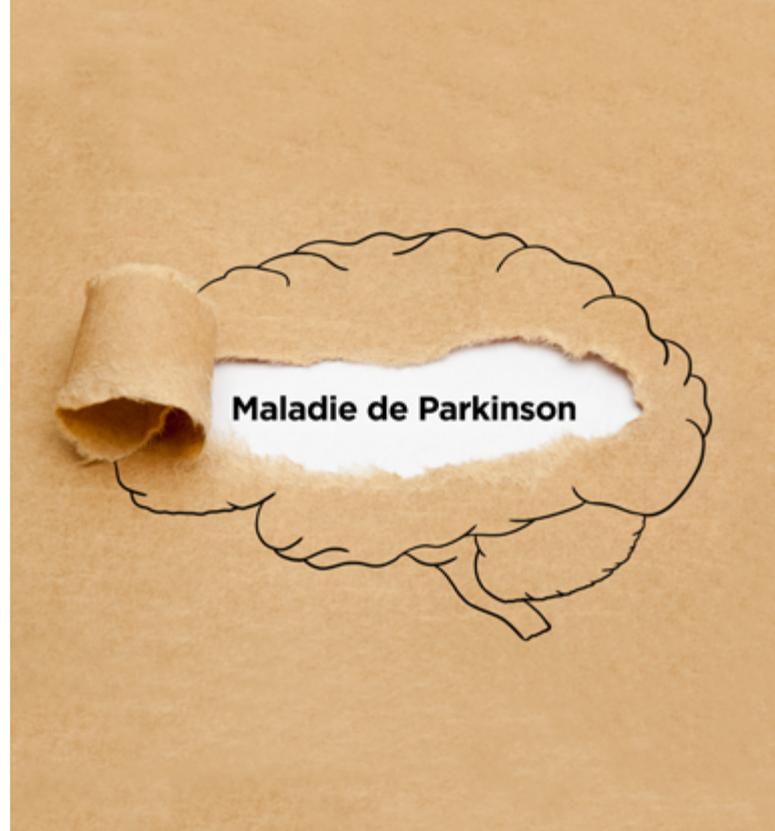
Plus spécifiquement, l'augmentation de la résilience entraîne une diminution des symptômes non moteurs, surtout de la dépression et de la fatigue. Certaines études rapportent une amélioration de la qualité de vie des patients qui sont résilients et qui vivent avec une maladie chronique. Certains auteurs mentionnent aussi une diminution de la vitesse de progression des maladies chroniques chez les patients faisant preuve de résilience (Cal, Sá, Glustak, Santiago, 2015; Robottom *et al.*, 2012).

La résilience

Dans le même ordre d'idées, selon Kralik, Van Loon et Visentin (2006), la résilience est importante en ce qui concerne l'adaptation à une maladie chronique. Ces mêmes auteurs définissent le concept de résilience comme la capacité d'une personne à faire face aux conditions difficiles. Selon eux, une personne résiliente a la capacité de se remettre ou de «rebondir» après un événement stressant. Qu'en est-il de ceux qui adoptent une attitude positive quant à la perception de leur sommeil? Est-ce que ceux-ci s'adaptent mieux à la maladie? Sont-ils plus résilients?

La perception de la qualité du sommeil est-elle associée à la résilience?

Les inconvénients de la maladie de Parkinson indiqués plus haut peuvent affecter le sommeil des patients atteints. Il est ainsi possible de concevoir qu'une personne, qui a une perception négative de son sommeil et des conséquences sur sa vie, puisse éprouver de la difficulté à trouver de bonnes stratégies d'adaptation pour faire face à la maladie. Elle peut se priver d'un soutien social adéquat prétextant une trop grande fatigue pour sortir et rencontrer des proches. Ce sont tous des aspects qui peuvent influencer la résilience.



Instruments de mesure pour évaluer la résilience, la perception du sommeil et la somnolence

En premier lieu, un questionnaire des données sociodémographiques a été présenté aux participants. En deuxième lieu, ces derniers devaient remplir des échelles de mesure. Les variables à l'étude étaient la mesure de la perception du sommeil à l'aide de l'*Index de sévérité de l'insomnie* (Morin, 1993), la perception de la somnolence avec l'*échelle d'Epworth* (Johns, 1991; Kaminska *et al.*, 2010) et la mesure de la résilience avec l'*Échelle de résilience* (Wagnild & Young, 1993; Ionescu, Massé, Jourdan-Ionescu, & Favro, 2009).

Les résultats de cette recherche

Nos résultats ne permettent pas de vérifier l'existence d'un lien entre la perception du sommeil et la résilience. En revanche, il est intéressant de souligner que 25 participants sur 47 rapportent souffrir d'insomnie (score entre 8 et 21) et que 11 participants sur 47 rapportent en souffrir de façon modérée (score entre 15 et 21) à l'*Index de sévérité de l'insomnie*, selon la figure 1 (p. 30). En ce qui concerne la somnolence, 11 participants sur 34 ont rapporté une somnolence anormale (score plus élevé que 10) à l'*échelle d'Epworth*, tel que l'indique la figure 2 (p. 30). Malgré tout, la majorité des candidats nécessitaient huit heures de sommeil pour être en forme et n'avaient pas de difficulté à se réveiller le matin. Cela s'explique par une différence entre les résultats obtenus aux échelles de mesure et ceux rapportés aux questions précises sur la qualité du sommeil.

Selon les réponses aux questions sur la qualité du sommeil au réveil et sur le nombre d'heures nécessaires pour avoir une bonne nuit, on pourrait croire que les patients disaient bien dormir. Notre constat s'avère toutefois différent lorsque l'on regarde les résultats obtenus aux échelles de mesure qui servaient à évaluer le sommeil du participant, puisque plusieurs indiquent la présence d'insomnie et de somnolence.

Le tableau 1 (p. 29) présente les statistiques descriptives obtenues dans le but d'évaluer la qualité du sommeil des participants à l'étude. Ces résultats sont présentés pour établir un lien avec les figures 1 et 2 qui exposent la répartition des données mesurant la qualité du sommeil des participants.

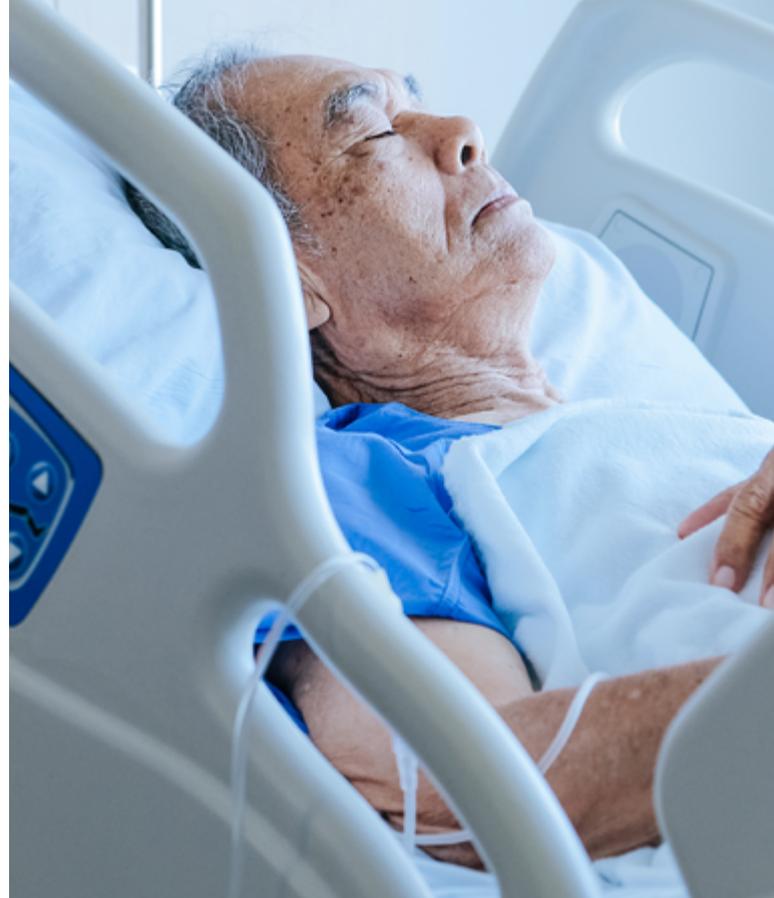
Tableau 1. Statistiques descriptives concernant le sommeil des participants.

Nombre d'heures de sommeil pour être en forme	<i>n</i>	%
6	5	10,4
7	9	18,8
8	23	47,9
9	3	6,3
10	7	14,6
12	1	2,1

Difficulté à se réveiller le matin	<i>n</i>	%
Oui	4	8,3
Non	44	91,7

Prendre un médicament pour dormir (fois/semaine)	<i>n</i>	%
0	28	60,9
1	2	4,3
2	2	4,3
3	2	4,3
5	2	4,3
7	10	21,7

Port d'un appareil de pression positive continue (PPC) pour l'apnée du sommeil	<i>n</i>	%
Non	56	100



Une corrélation a été réalisée pour évaluer la relation entre la perception du sommeil, la somnolence et la résilience. Les résultats ne démontrent aucune relation statistiquement significative.

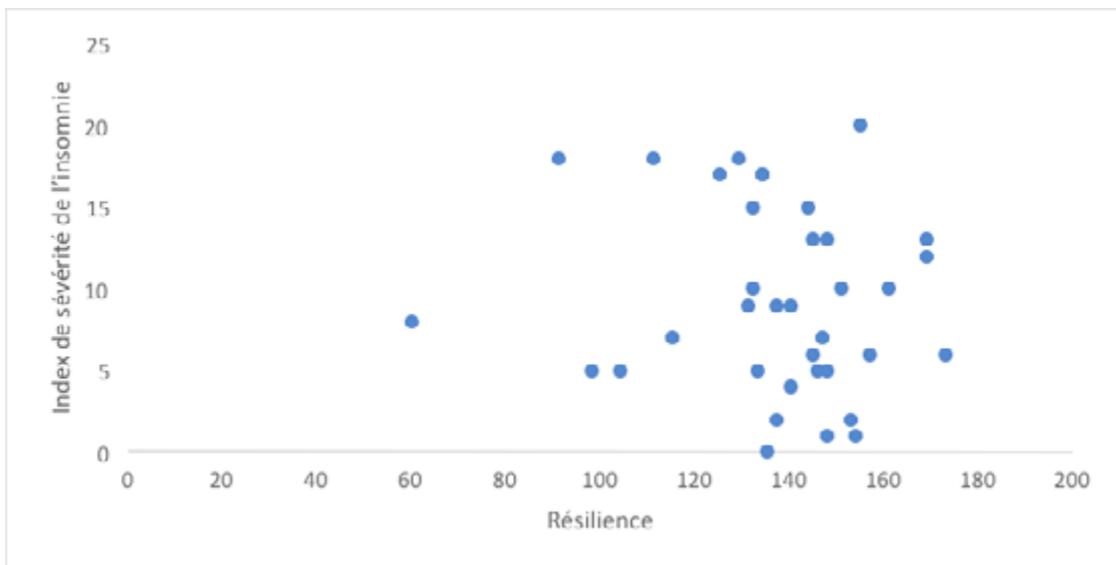
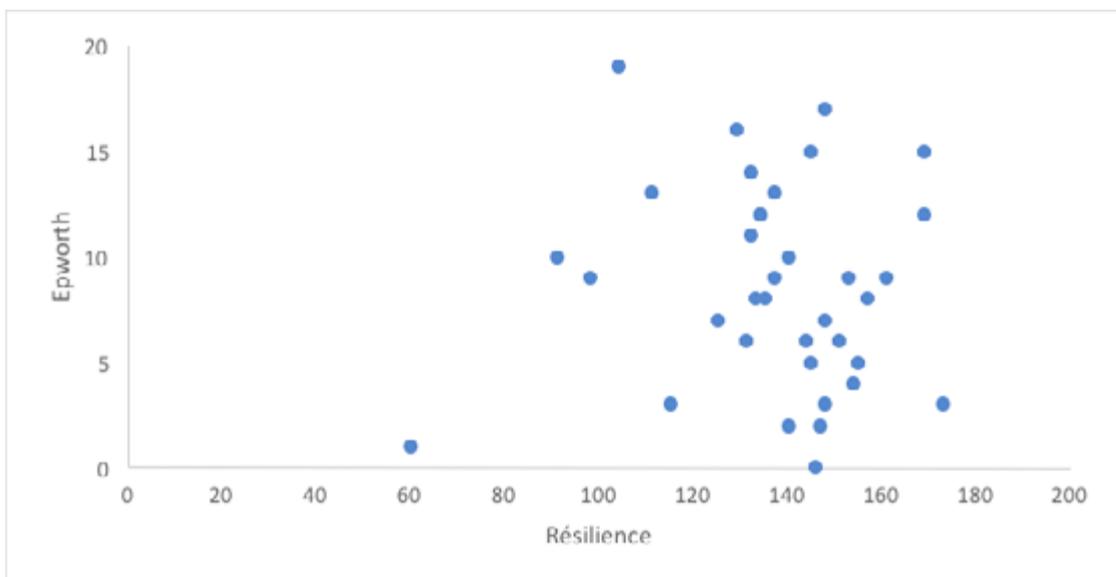
Les figures 1 et 2 (voir page suivante) présentent la relation entre les variables mesurées et la répartition des résultats obtenus. La présentation de la répartition est utile pour situer les résultats des participants à l'étude.

En conclusion

Plusieurs études ont démontré que les inconvénients de la maladie de Parkinson affectent la qualité du sommeil des individus atteints (Kolb & Whishaw, 2008; Zhang, Liu *et al.*, 2016; Lemke, 2008; Telarovic *et al.*, 2015; Association Pulmonaire du Québec, 2018; Harmell *et al.*, 2016; Cochen De Cock *et al.*, 2015).

Nous avons relevé une différence entre les résultats obtenus aux échelles de mesure et ceux rapportés aux questions précises. 53 % des participants rapportent souffrir d'insomnie selon l'*Index de sévérité de l'insomnie* et 23 % mentionnent une somnolence anormale à l'*échelle d'Epworth*. 91,7 % des parkinsoniens disent ne pas éprouver de difficulté à se réveiller le matin et 47,9 % ont besoin de 8 heures de sommeil par nuit pour être en forme. Ces résultats suggèrent l'importance d'ajouter une échelle de mesure pour évaluer la qualité du sommeil et/ou la somnolence des patients.

Il est intéressant de considérer la somnolence et la perception de la qualité du sommeil chez les participants, d'autant plus qu'une récente étude suggère que les troubles du sommeil peuvent prédire le développement de la maladie de Parkinson. La présence du trouble comportemental en sommeil paradoxal, où les patients font du mimétisme de leur rêve pendant la phase REM, va prédire le développement d'une maladie neurodégénérative jusqu'à 90 % d'entre eux. Pour la moitié des gens atteints d'une maladie neurodégénérative, il s'agira de la maladie de Parkinson (Postuma *et al.*, 2019).

Figure 1. Relation entre la résilience et l'Index de sévérité de l'insomnie.**Figure 2.** Relation entre la résilience et l'échelle d'Epworth.

Il existe donc des troubles du sommeil précurseurs de la maladie de Parkinson et certains se développent en concomitance avec les conséquences de cette maladie, comme l'apnée du sommeil. Il est important de préciser qu'aucun participant à cette étude n'a rapporté être atteint d'un trouble du sommeil et n'utilisait d'appareil pour traiter l'apnée du sommeil. Alors, puisque plusieurs participants mentionnaient de la somnolence et/ou la présence d'une insomnie, est-ce que les troubles du sommeil sont sous-diagnostiqués par le corps médical? Est-ce que ce dernier se concentre surtout sur la maladie de Parkinson et peu sur les comorbidités associées à cette maladie?

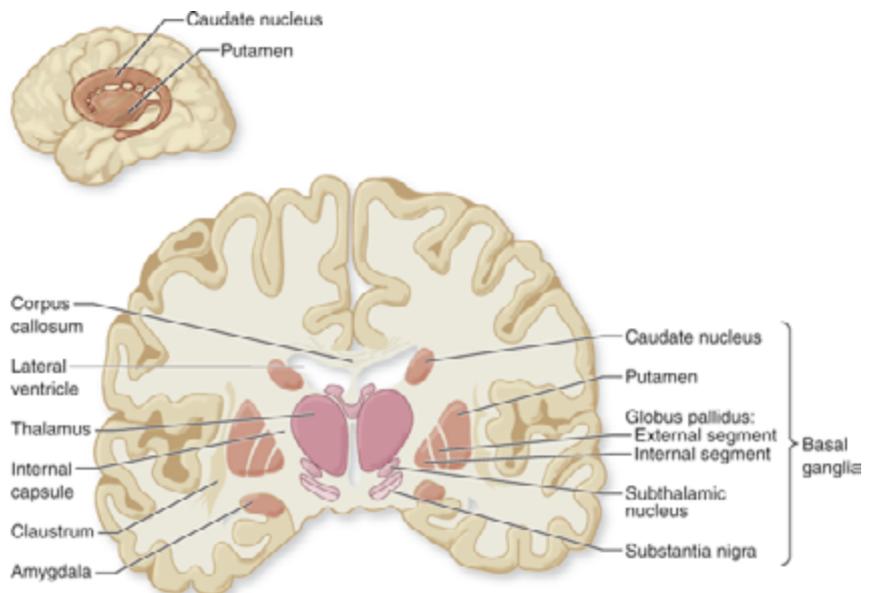
Pour les recherches futures, questionner les participants qui rapportaient une somnolence anormale et de l'insomnie pourrait être une perspective intéressante. De plus, vérifier si les participants qui rapportaient de la somnolence utilisaient de la médication pour dormir aurait été pertinent puisque 10 sur 46 participants y recouraient chaque nuit. Il serait intéressant de questionner les participants sur les effets secondaires ressentis depuis qu'ils utilisent cette médication et l'impact sur la qualité du sommeil. Est-ce qu'ils se sentent plus reposés avec un médicament pour dormir ou ressentent-ils les effets secondaires de cette médication au réveil chaque matin? Enfin, l'utilisation de la polysomnographie en laboratoire du sommeil pourrait être utile pour confirmer un trouble du sommeil chez les participants.

Appendice A.

Image des structures cérébrales

© The McGraw-Hill Companies, Inc.

Source : repéré à <https://archive.org/details/AdamsAndVictor-sPrincipleOfNeurology10thEd.PDF/tahir99VRG/page/n77>.



Références

- ALVARO, P. K., ROBERTS, R. M., & HARRIS, J. K. (2013). « A Systematic Review Assessing Bidirectionality between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. » *Sleep*, 36 (7), 1059-1068. <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>.
- ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC. (2018). *Le guide sur l'apnée du sommeil*. Repéré à <https://pg.poumon.ca/wp-content/uploads/2019/08/guide-de-apnee-du-sommeil.pdf>.
- CAL, S. F., SÁ, L. R. D., GLUSTAK, M. E., SANTIAGO, M. B. (2015). « Resilience in chronic diseases: A systematic review. » *Cogent Psychology*, 2 (1), 1024928. <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1024928>.
- COCHEN DE COCK, V., BENARD-SERRE, N., DRISS, V., GRANIER, M., CHARIF, M., CARLANDER, B., BAYARD, S. (2015). « Supine sleep and obstructive sleep apnea syndrome in Parkinson's disease. » *Sleep Medicine*, 16 (12), 1497-1501. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.09.014>.
- GARROWAY, A. (2014). « Resilience in Parkinson disease: an empirical examination of age-related components of the construct. » Thèse de doctorat inédite, Virginia Commonwealth University. Repéré à <https://pdfs.semanticscholar.org/cbb2/2b9524f3f3f9ceb59c1469483f41a986e50.pdf>.
- HARMELL, A. L., NEIKRUG, A. B., PALMER, B. W., AVANZINO, J. A., LIU, L., MAGLIONE, J. E., ANCOLI-ISRAEL, S. (2016). « Obstructive Sleep Apnea and Cognition in Parkinson's disease. » *Sleep Medicine*, 21, 28-34. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.01.001>.
- IONESCU, S., MASSE, L., JOURDAN-IONESCU, C., FAYRO, P. (2009). *Version française de l'Échelle de résilience de Wagnild et Young (1993)*. Manuscrit non publié. Paris: Université Paris 8.
- JOHNS, M. W. (1991). « A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. » *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*, 14 (6), 540-545. <https://doi.org/10.1093/sleep/14.6.540>.
- KAMINSKA, M., JOBIN, V., MAYER, P., AMYOT, R., PERRATON-BRILLON, M., BELLEMARE, F. (2010). « The Epworth Sleepiness Scale: self-administration versus administration by the physician, and validation of a French version. » *Canadian Respiratory Journal*, 17 (2), e27-e34.
- KOLB, B., WHISHAW, I. (2008). *Cerveau et comportement*. 2^e édition, Bruxelles, De Boeck.
- KRALIK, D., VAN LOON, A., VISENTIN, K. (2006). « Resilience in the chronic illness experience. » *Educational Action Research*, 14 (2), 187-201. <https://doi.org/10.1080/09650790600718035>.
- LEMKE, M. R. (2008). « Depressive symptoms in Parkinson's disease. » *European Journal of Neurology*, 15 (suppl. 1), 21-25. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2008.02058.x>.
- MORIN, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York, NY, Guilford Press.
- POSTUMA, R. B., IRANZO, A., HU, M., HOGL, B., BOEVE, B. F., MANNI, R., ... PELLETIER, A. (2019). « Risk and predictors of dementia and parkinsonism in idiopathic REM sleep behaviour disorder: a multicentre study. » *Brain*, 142 (3), 744-759. <https://doi.org/10.1093/brain/awz030>.
- ROBOTOM, B. J., GRUBER-BALDINI, A. L., ANDERSON, K. E., REICH, S. G., FISHMAN, P. S., WEINER, W. J., & SHULMAN, L. M. (2012). « What determines resilience in patients with Parkinson's disease? » *Parkinsonism and Related Disorders*, 18 (2), 174-177. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2011.09.021>.
- SUZUKI, K., MIYAMOTO, T., MIYAMOTO, M., UCHIYAMA, T., HIRATA, K. (2018). « Could istradefylline be a treatment option for postural abnormalities in mid-stage Parkinson's disease? » *Journal of Neurological Sciences*, 385, 131-133. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.12.027>.
- TELAROVIC, S., MIJATOVIC, D., TELAROVIC, I. (2015). « Effects of various factors on sleep disorders and quality of life in Parkinson's disease. » *Acta Neurologica Belgica*, 115 (4), 615-621. <https://doi.org/10.1007/s13760-015-0478-0>.
- WAGNILD, G. M., YOUNG, H. M. (1993). « Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. » *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-178.
- ZHANG, L. Y., LIU, W. Y., KANG, W. Y., YANG, Q., WANG, X. Y., DING, J. Q., LIU, J. (2016). « Association of rapid eye movement sleep behavior disorder with sleep-disordered breathing in Parkinson's disease. » *Sleep Medicine*, 20, 110-115. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.12.018>.
- ZHANG, Y. C., HU, H., LUO, W. F., SHENG, Y. J., CHEN, X. F., MAO, C. J., LIU, C. F. (2016). « Alteration of brainstem raphe measured by transcranial sonography in depression patients with or without Parkinson's disease. » *Neurological Sciences*, 37 (1), 45-50. <https://doi.org/10.1007/s10072-015-2350-7>.



Abus et maltraitance envers les aînés : le cadre juridique

par M^e Magali Cournoyer-Proulx, associée Fasken Martineau.

Selon l'Institut national de la santé publique¹, on estime qu'au Canada entre 4 et 7 % des aînés vivant à domicile pourraient vivre de la maltraitance. Toujours selon l'Institut, le contexte social et la condition médicale de la personne sont autant de facteurs qui peuvent accroître les conséquences de ces abus :

« Des enjeux liés au vieillissement, tels que l'augmentation des maladies chroniques, les troubles cognitifs, les incapacités fonctionnelles et l'isolement social, pourraient accentuer chez certains aînés les conséquences de la maltraitance sur leur santé physique et mentale et entraîner une mortalité accrue. »

En tant que professionnels de la santé, les inhalothérapeutes doivent évidemment être conscients de ces risques puisqu'ils peuvent être appelés à intervenir s'ils sont témoins de telles situations. Si leurs interventions sont parfois dictées par des considérations morales et éthiques, certaines règles juridiques requièrent, dans certains cas, leur intervention immédiate. Nous entendons, dans le présent article, exposer ces règles que les inhalothérapeutes, impliqués auprès de cette clientèle vulnérable, se doivent de connaître.

La Loi visant à lutter contre la maltraitance

Le 30 mai 2017, l'Assemblée nationale du Québec a adopté la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (RLRQ, c. L-6.3, ci-après « Loi »), entrée en vigueur à cette même date. Cette loi prévoit des mesures visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, notamment en facilitant le signalement des cas de maltraitance impliquant les personnes les plus vulnérables.

Notons que la *Loi* a également imposé à tout établissement de santé et de services sociaux d'adopter et de mettre en œuvre, au plus tard le 30 novembre 2018, une politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité qui reçoivent des services de santé et de services sociaux.

La politique d'un établissement s'applique, selon les adaptations prévues, aux ressources intermédiaires et aux ressources de type familial accueillant des usagers majeurs et aux résidences privées pour aînés, liées à cet établissement, ainsi qu'aux organismes, sociétés ou personnes auxquels l'établissement recourt pour la prestation de services.

La *Loi* contient des dispositions que les professionnels régis par le *Code des professions* se doivent de connaître.

... D'abord, la *Loi* contient une disposition visant spécifiquement la levée du secret professionnel pour forcer le signalement par les professionnels de situations de maltraitance envers des aînés et des personnes vulnérables :

21. Tout prestataire de services de santé et de services sociaux ou tout professionnel au sens du *Code des professions* (chapitre C-26) qui a un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime d'un geste singulier ou répétitif ou d'un défaut d'action appropriée qui porte atteinte de façon sérieuse à son intégrité physique ou psychologique doit signaler sans délai ce cas pour les personnes majeures suivantes :

1° toute personne hébergée dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ;

2° toute personne en tutelle ou en curatelle ou à l'égard de laquelle un mandat de protection a été homologué.

Le signalement est effectué auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services d'un établissement si cette personne y reçoit des services ou, dans les autres cas, à un corps de police, pour qu'il soit traité conformément aux chapitres II ou III, selon le cas.

Le présent article s'applique même aux personnes liées par le secret professionnel, sauf à l'avocat et au notaire qui, dans l'exercice de leur profession, reçoivent des informations concernant un tel cas.

(Les caractères gras ont été ajoutés.)

Cette loi est également venue modifier l'article 60.4 du *Code des professions* de façon à permettre la levée du secret professionnel pour signaler des situations de maltraitance dont pourraient être victimes des aînés ou des personnes en situation de vulnérabilité.

Ainsi, même lorsque la *Loi* précitée ne s'applique pas, un inhalothérapeute pourrait communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, s'il a un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de **blessures graves** menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence.

La notion de *blessures graves* a été ainsi définie pour inclure les situations de maltraitance :

« Pour l'application du troisième alinéa, on entend par "blessures graves" toute blessure physique ou psychologique qui nuit d'une manière importante à l'intégrité physique, à la santé ou au bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiable. »

Les inhalothérapeutes et le signalement

Dans l'exercice de leur profession, les inhalothérapeutes sont susceptibles d'être témoins de maltraitance physique envers des aînés ou des personnes vulnérables. Comme mentionné à la *Loi*, le signalement est obligatoire lorsque les conditions suivantes sont présentes :



1. L'inhalothérapeute a un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime d'un geste singulier ou répétitif ou d'un défaut d'action appropriée qui porte atteinte de façon sérieuse à son intégrité physique ou psychologique et
2. La situation de maltraitance concerne une personne :
 - a) en tutelle, en curatelle ou à l'égard de laquelle un mandat de protection a été homologué ou
 - b) hébergée dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Le signalement n'est pas obligatoire, mais peut être fait dans certaines autres situations visées notamment lorsque l'article 60.4 du *Code des professions* trouve application. Par exemple, en situation de services prodigués à domicile, un inhalothérapeute pourrait être témoin de situations de mauvais traitements, de négligence ou de situation d'exploitation financière qui répondent à la notion de blessure grave énoncée précédemment. Dans un tel cas, le professionnel pourrait dénoncer cette situation malgré qu'il soit tenu au secret professionnel.

Le signalement et la communication d'un renseignement en dépit du secret professionnel

Le signalement obligatoire d'une situation de maltraitance visée à la *Loi* doit être fait au commissaire aux plaintes de l'établissement de santé si la personne que l'on veut protéger se trouve hébergée en CHSLD ou dans un autre établissement de santé. Dans les autres cas, il doit être fait à un corps de police.

Lorsqu'un renseignement de cette nature est dénoncé à autrui malgré l'existence du secret professionnel, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours.

Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

En sus, pour l'inhalothérapeute, cela implique des obligations qui lui sont spécifiques en vertu de l'article 21 du *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*, RLRQ c C-26, r 167 :

21. L'inhalothérapeute est tenu au secret professionnel, conformément à l'article 60.4 du *Code des professions* (chapitre C-26).

L'inhalothérapeute qui, en application du troisième alinéa de l'article 60.4 du *Code des professions*, communique un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, doit :

1° communiquer ce renseignement sans délai ;

2° consigner dès que possible au dossier du client concerné les éléments suivants :

- a) les motifs au soutien de sa décision de communiquer le renseignement ;
- b) les éléments précis du contenu du renseignement communiqué ;
- c) le mode de communication utilisé ;
- d) l'identité et les coordonnées connues de la personne à qui la communication a été faite ;
- e) la raison du choix de la personne à qui le renseignement a été communiqué ;
- f) le lieu, la date, et l'heure de cette communication ;
- g) l'identité et les coordonnées de toute personne, s'il en est, qu'il a consulté confidentiellement préalablement à cette communication.

Conséquences d'un signalement

La *Loi* interdit toute poursuite en justice contre une personne qui, de bonne foi, a fait un signalement ou collaboré à une enquête portant sur un signalement, quelle que soit l'issue de l'enquête. Contrairement à d'autres lois, elle prévoit donc une véritable immunité pour la personne à l'origine du signalement. Des protections sont également prévues en diverses matières telles que par la *Loi sur les normes du travail*, RLRQ c N-1.1, qui vise à protéger l'emploi du salarié concerné par le signalement.

Par ailleurs, la *Loi* ne prévoit aucune sanction pour avoir fait défaut de signaler une situation de maltraitance visée par les dispositions de la *Loi*. Par contre, un professionnel visé par cette disposition pourrait toutefois être poursuivi en responsabilité civile pour avoir omis de signaler une situation de maltraitance ayant causé un préjudice ou faire l'objet d'une plainte disciplinaire pour avoir contrevenu à une obligation légale. Il ne serait alors pas protégé par l'immunité prévue par la *Loi*, qui ne s'applique qu'aux poursuites résultant d'un signalement.

Protection contre toutes formes d'exploitation

En sus de ce qui précède, la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*, RLRQ c C-12, protège les personnes âgées contre toutes formes « d'exploitation » :

48. Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation.

Telle personne a aussi droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu.

En vertu des dispositions applicables, toute personne qui se croit victime d'une violation de ses droits tels qu'énoncés précédemment peut porter plainte. La plainte peut être portée, pour le compte de la victime ou d'un groupe de victimes, par un organisme voué à la défense des droits et libertés de la personne ou au bien-être d'un groupement. Alors que le consentement écrit de la victime ou des victimes est habituellement nécessaire, cela n'est pas le cas s'il s'agit d'un cas d'exploitation de personnes âgées ou handicapées prévu au premier alinéa de l'article 48 précité.

Notons que la *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse* peut porter une demande devant le tribunal en vue d'obtenir d'urgence une mesure propre à faire cesser cette menace ou ce risque lorsqu'elle a des raisons de croire que la vie, la santé ou la sécurité d'une personne visée par un cas de discrimination ou d'exploitation est menacée ou qu'il y a un risque de perte d'un élément de preuve ou de solution d'un tel cas.

Quant à savoir ce que la notion d'« exploitation » représente, la *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse* cite les exemples suivants :

« [La personne âgée] peut être victime d'exploitation si, par exemple :

- elle est forcée, sous la menace, de signer des chèques ou de donner accès à sa carte de crédit ou de débit à quelqu'un ;
- on l'empêche de recevoir des visites ou de communiquer avec des proches ;
- on l'empêche de recevoir des services médicaux appropriés à sa condition ;
- elle doit payer pour des services qu'elle ne reçoit pas ;
- elle est maltraitée par un proche ou par une personne qui s'occupe d'elle. »²

En conclusion, en tant que professionnels de la santé, il importe de demeurer vigilants et être prêts à réagir advenant que vous soyez témoins de situations de maltraitance que vous pourriez avoir à signaler, malgré le secret professionnel, tant pour des considérations légales qu'éthique ou morales.



Références

1. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Maltraitance envers les personnes âgées*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-de-la-violence-interpersonnelle/dossiers/maltraitance-envers-les-personnes-aines>.
2. <http://www.cdpdj.qc.ca/fr/droits-de-la-personne/pratiques/Pages/exploitation.aspx>.

FORMATION

À DISTANCE



OFFERT À TEMPS COMPLET ET TEMPS PARTIEL À DISTANCE

CERTIFICAT EN INHALOTHÉRAPIE : ANESTHÉSIE ET SOINS CRITIQUES

- Un certificat unique, offert en exclusivité aux inhalothérapeutes, qui permet d'approfondir vos connaissances cliniques et qui vous permet d'obtenir une reconnaissance universitaire;
- Une formation élaborée par des anesthésistes et des cliniciens chevronnés;
- Des cours diversifiés touchant différents thèmes du travail des inhalothérapeutes : la douleur, les contextes d'urgence, les soins intensifs, les défaillances aiguës, la ventilation et l'intubation difficiles, les technologies avancées en ventilation mécanique, la pharmacothérapie, etc.

Les titulaires d'un DEC en inhalothérapie se verront reconnaître deux cours.

INFORMATION

1 877 870-8728 poste 2610
sc-sante@uqat.ca
uqat.ca/distance

UQAT
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

L'ORDRE Y ÉTAIT

- **CIQ**
 - Assemblée des membres et AGA
 - Forum des conseillers juridiques
- **Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire**
 - Comité exécutif
 - Comité des registraires
- **Autres**
 - Rencontre Université de Montréal
 - Rencontre avec les étudiants de 2^e et 3^e année en techniques d'inhalothérapie des 8 cégeps
 - Conseil administration du CQTS
 - Journée des responsables en inhalothérapie
 - Ordre des pharmaciens du Québec – PL-29
 - Collège des médecins du Québec – PL-29 et planification stratégique



Faire un budget de couple avec deux salaires différents

par le service de rédaction, Banque Nationale.

Comment faire un budget de couple lorsqu'on ne gagne pas le même salaire ? Découvrez des pistes pour y arriver.

Faire les calculs

La première étape d'un budget de couple, après avoir calculé les revenus, consiste à faire une liste des dépenses qui seront partagées par les conjoints, ainsi que celle des dépenses personnelles. Parmi les dépenses à deux, il faut généralement compter le loyer, ou le remboursement du prêt hypothécaire, et les services comme l'électricité, la connexion Internet, etc. Calculez aussi tous les trucs achetés en commun, comme l'épicerie ou le paiement de la voiture.

Décider à deux

Il existe plusieurs façons de séparer les dépenses dans un couple. Pour les couples qui n'ont pas le même salaire, c'est souvent plus efficace de diviser certaines factures 50/50 et de répartir d'autres dépenses au prorata du salaire de chacun.

Maude et Jonathan* se partagent de façon égale le paiement du loyer, de l'électricité, d'Internet et du câble, ainsi que l'épicerie et les petits achats pour l'appartement. « Nous divisons toutes les dépenses communes de façon égale, et nous payons chacun nos dépenses personnelles », explique Jonathan.

Lorsqu'ils ont commencé à gérer leurs finances de couple, Jonathan gagnait environ 30 000 \$ par année, alors que Maude avait un revenu approximatif de 90 000 \$. C'est donc elle qui s'est chargée de meubler leur appartement.

Maintenant que son salaire est plus élevé, Jonathan peut contribuer aux plus gros achats. Le couple pourrait alors décider de séparer les dépenses en fonction du salaire de chacun.

Par exemple, lorsque Maude faisait environ 90 000 \$ et Jonathan 30 000 \$ par année, le revenu total de leur ménage était de 120 000 \$. Le salaire de Maude constituait 75 % de leurs revenus et celui de Jonathan, 25 %. S'ils payaient leur loyer mensuel de 680 \$ au prorata de leur salaire, elle paierait 510 \$ par mois et lui, 170 \$.

Payer sans soucis

Certaines personnes vont opter pour un compte conjoint où chacun transfère l'argent nécessaire aux dépenses du couple. D'autres vont préférer faire les paiements eux-mêmes et demander à leur conjoint ou conjointe de leur transférer leur contribution. Plusieurs couples choisissent d'utiliser une combinaison de ces deux méthodes. Il est aussi possible d'utiliser une carte de crédit commune.

S'armer d'outils efficaces

Pour se rembourser entre conjoints, il y a l'argent comptant et de nombreux outils numériques qui peuvent faciliter les transferts d'argent et suivre un budget.

Maude et Jonathan utilisent constamment des outils en ligne pour gérer leur budget. « On se fait souvent des virements Interac quand l'autre paie quelque chose. (...) Si l'un de nous deux va à l'épicerie, on paie avec notre carte de crédit commune, et l'autre rembourse la moitié avec un transfert en ligne. »

Peu importe l'écart salarial entre deux conjoints, l'important est de se mettre d'accord sur une façon de séparer les dépenses et de bien communiquer avec son ou sa partenaire. 

* Noms fictifs

Banque Nationale propose une offre pour les inhalothérapeutes. Pour connaître les avantages liés à cette offre, visitez bnc.ca/specialistesante.

Pour tout conseil concernant vos finances et celles de votre entreprise, veuillez consulter votre conseiller de la Banque Nationale, votre planificateur financier ou, le cas échéant, tout professionnel (comptable, fiscaliste, avocat, etc.).

© 2019 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.

On s'occupe de vos finances. On vous laisse le soin des patients.

Économisez jusqu'à **1 035 \$*** annuellement.

Adhérez à l'offre exclusive pour les **spécialistes en sciences de la santé**.



Fière partenaire de:



bnc.ca/specialiste-sante

* Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Platine, *World Mastercard*^{MD} ou *World Elite Mastercard*^{MD} de la Banque Nationale. L'économie annuelle potentielle de 1 036 \$ est une illustration de ce qui peut être obtenu par un détenteur de l'offre. Elle est basée sur le profil type d'un détenteur de l'offre qui détient ce qui suit: un forfait bancaire équivalent au forfait Le Total^{MC}; une carte de crédit *World Elite Mastercard*; une marge hypothécaire Tout-En-Un Banque Nationale^{MD} avec un solde annuel courant de 150 000 \$; une marge de crédit personnelle avec un solde annuel courant de 25 000 \$, le tout avec une bonne cote de crédit auprès des bureaux de crédit. L'économie a été calculée de la manière suivante: absence de frais mensuels liés aux transactions incluses dans le forfait Le Total (économie annuelle de 311 \$), plus un rabais annuel de 0,25 % sur le taux de la marge Tout-En-Un (économie annuelle de 375 \$), plus un rabais annuel de 2,00 % sur le taux de la marge personnelle (économie annuelle de 500 \$), moins le montant des frais annuels liés à la carte de crédit *World Elite Mastercard* pour un an. Ces rabais représentent la différence entre ce que pourrait avoir un client ne faisant pas partie de l'offre, et un client qui en fait partie. Certaines conditions d'admissibilité s'appliquent, pour plus de détails, visitez bnc.ca/specialiste-sante. Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez, puisqu'elle varie selon votre situation financière. MC RÉALISONS VOS IDÉES et LE TOTAL sont des marques de commerce de la Banque Nationale du Canada. ^{MD} MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International inc., employées sous licence par la Banque Nationale du Canada. ^{MD} TOUT-EN-UN BANQUE NATIONALE est une marque de commerce déposée de la Banque Nationale du Canada. © 2018 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.

Suivez-nous sur *Facebook* et surveillez notre infolettre pour rester informés au sujet des activités de formation du *Campus OPIQ*.

Suivez ce lien pour connaître les activités de formation externes à l'OPIQ : [Activités de formation externes à l'OPIQ](#)

Les activités de formation sont, en partie, possibles, grâce à la contribution financière de **La Capitale, assurances générales** (partenaire Or), de la **Banque Nationale** et de **Masimo Canada ULC** (partenaires Argent) du *Campus OPIQ*.



Calendrier des événements

- 1 [Assemblée générale des membres de l'OPIQ](#), vendredi 4 octobre 2019, Hilton Lac-Leamy
- 2 [45^e congrès annuel de l'OPIQ](#), les 4 et 5 octobre 2019, Hilton Lac-Leamy, Gatineau
- 3 Journée mondiale des enseignants et enseignantes, samedi 5 octobre 2019
- 4 *Semaine de l'inhalothérapeute*, du 20 au 26 octobre 2019
- 5 *Semaine des thérapeutes respiratoires*, du 20 au 26 octobre 2019
- 6 Journée mondiale de la MPOC, mercredi 6 novembre 2019
- 7 [7^e Journée de l'inhalothérapie pédiatrique du CHU Sainte-Justine](#), lundi 11 novembre 2019
- 8 Journée mondiale de la prématurité, dimanche 17 novembre 2019



Formation continue

Prochainement accessibles sur le *Campus OPIQ*

- OPIQ-4002.** « Ça brûle ! » : les feux en salle d'op
par D^{re} Julie Bélanger, anesthésiologiste FRCP(C)
- OPIQ-4003.** *Ventilation au cours de la RCR : une physiologie complexe dont on a sous-estimé l'impact* par Stéphane Delisle, inh., Ph. D., FCCM
- OPIQ-4004.** *Soutien médical en cessation tabagique* par les inhalothérapeutes par D^{re} Claire Jutras, Direction de santé publique des Laurentides

Programme

en santé cardiorespiratoire

Blogue de l'OPIQ | Nouveau billet

[3 questions à poser... pour être en meilleure santé!](#)



On estime que deux personnes sur trois ont du mal à trouver, à comprendre et à utiliser l'information relative à leur santé, et ce, en raison d'un faible niveau de littératie en santé. La difficulté est souvent plus grande pour certaines populations, notamment les personnes âgées. Bien que les outils éducatifs puissent aider à mieux comprendre, il ne faut pas négliger l'importance du dialogue entre le patient et l'inhalothérapeute.

Pour lire et partager ce nouveau billet avec vos proches et vos patients, visitez la page Web dédiée au [Blogue de l'OPIQ](#).

L'équipe OPIQ, fier ambassadeur des saines habitudes de vie!

Pour plus d'information,
visitez nos pages Web dédiées
au programme *En santé cardiorespiratoire*
et suivez-nous sur





ÉVÈNEMENTS « C'EST POUMON BIEN! »

4 octobre 2019 (17 h à 17 h 30)
« À go, je marche, c'est poumon bien! »



Saines habitudes obligent... L'Ordre invite tous les congressistes, conférenciers, exposants et accompagnateurs à une marche de 2,5 km autour du lac Leamy à Gatineau! Après être resté attentif plusieurs heures, voyez-y une bonne occasion de bouger tout en socialisant!

18, 19 et 20 octobre 2019
« À go, je marche, c'est poumon bien! »

Encore cette année, l'OPIQ invite les inhalothérapeutes... cliniciens, gestionnaires, enseignants et étudiants, leurs parents et amis à joindre des milliers de marcheurs à l'occasion de la 5^e édition de la **Grande marche du Grand défi Pierre Lavoie**, en partenariat avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

La Grande marche est un événement gratuit et ouvert à tous, mais l'inscription est nécessaire. Les marcheurs parcourent une boucle de 5 km dans les rues emblématiques des municipalités participantes. Les marcheurs pourront marcher à leur rythme, sans chrono.

Trois rassemblements se tiendront au Saguenay (18 octobre), à Québec (19 octobre) et à Montréal (20 octobre) en matinée. La Grande marche se tiendra également dans 100 autres villes et municipalités à travers la province.

Suivez ce lien pour choisir votre ville et vous inscrire!

Vidéo promotionnelle (Grande marche 2018).

Psitt! Le blogue de l'OPIQ, c'est aussi une [page Facebook](#) à partager avec ses proches et à faire connaître à ses patients.

questionnaire • veuillez prendre note que nous n'acceptons plus de questionnaire en format papier, vous devez le remplir sur le **Campus OPIQ** pour obtenir votre heure de formation continue.

<http://campus.opiq.qc.ca>



La lecture des textes suivants est requise pour pouvoir remplir le questionnaire de formation continue

Questions relatives aux articles *Bien traiter nos aînés, c'est respecter le passé* (p. 9-11), *La polypharmacie : quand les médicaments font plus de mal que de bien* (p. 16-21) et *La déprescription : mode d'emploi* (p. 22-23).

01 Parmi les types de maltraitance qui suivent, lequel est le plus souvent rapporté?

- A. Maltraitance physique
- B. Maltraitance psychologique
- C. Maltraitance financière
- D. Violation des droits de la personne

02 VRAI ou FAUX

La maltraitance se caractérise autant par des gestes de violence que par de la négligence.

03 VRAI ou FAUX

L'utilisation inappropriée de certains médicaments est incluse dans certaines définitions de la polypharmacie.

04 Le vieillissement modifie les processus de la pharmacocinétique des médicaments chez nos aînés. Parmi les éléments suivants, lesquels sont directement modifiés par le vieillissement:

- 1. Le métabolisme hépatique
- 2. La distribution
- 3. L'absorption
- 4. La libération

- a) 1, 2 et 3
- b) 1 et 3
- c) 2 et 4
- d) 1, 2, 3 et 4

05 VRAI ou FAUX

Étant donné les modifications de la fonction rénale chez nos aînés, la demi-vie de certains médicaments a tendance à diminuer.

06 Le vieillissement provoque également des modifications pharmacodynamiques. Ainsi, la réponse à certains médicaments peut être modifiée. Parmi les éléments suivants, lesquels sont vrais?

- 1. Diminution de la sensibilité du système nerveux central
- 2. Altération de la régulation de la glycémie
- 3. Augmentation de la sensibilité aux barorécepteurs
- 4. Diminution de la sensibilité à certains bronchodilatateurs

- a) 1, 2 et 3
- b) 1 et 3
- c) 2 et 4
- d) 1, 2, 3 et 4

07 VRAI ou FAUX

Chez les aînés, le fait de prendre entre 5 et 7 médicaments différents augmente de 4 fois le risque d'interaction médicamenteuse.

08 VRAI ou FAUX

Plus l'aîné prend de médicaments, moins il risque de chuter.

09 Il est recommandé de faire l'exercice de déprescription:

- 1. Lors d'un changement dans l'état de santé de l'aîné
- 2. Minimalement 1 fois par année
- 3. Lors d'un retour à la maison à la suite d'une hospitalisation
- 4. Après une perte de poids

- a) 1, 2 et 3
- b) 1 et 3
- c) 2 et 4
- d) 1, 2, 3 et 4

10 Parmi les éléments suivants, lesquels représentent des effets nuisibles de la polypharmacie?

- 1. Les interactions médicamenteuses
- 2. Les troubles cognitifs
- 3. Les risques de chutes
- 4. Les hospitalisations

- a) 1, 2 et 3
- b) 1 et 3
- c) 2 et 4
- d) 1, 2, 3 et 4

Veuillez noter que vous devez obtenir une note de 80 % pour la reconnaissance d'une heure de formation qui sera inscrite à votre dossier.