

La G^érontoise

Sécurité médicamenteuse chez les aînés : défis cliniques, responsabilités et pratiques.



DANS CE NUMÉRO

- P. 6 Les antipsychotiques dans les soins aux aînés, déprescription et rôle infirmier
- P. 12 Invisible et éloignée : La santé cognitive des aînés en région rurale, un enjeu interdisciplinaire de première ligne incontournable
- P. 18 Améliorer le sommeil des personnes âgées après un traumatisme craniocérébral : l'apport des interventions non pharmacologiques
- P. 28 Déprescrire pour mieux accompagner : l'expérience d'une équipe en chsl
- P. 35 Les innovations pour la détection et la prévention des chutes chez les aînés
- P. 44 Santé mentale des aînés : la fin des tabous?

AQiiG⁺

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériatrie

La G rontoise

AQiiG

Courriel : info@aqiig.org

La G rontoise : revueLaGerontoise@aqiig.org

Publicité : coordination@aqiig.org

Président de l'AQiiG

Pierre-Luc Déry

presidence@aqiig.org

Rédaction

Rédactrice en chef

Bernadine Jerlin

Comité de la revue

Angélique Paquette

Bernadine Jerlin

Claire Page

Louise Francoeur

Odette Roy

Révision scientifique

Membres du comité de la
revue

Révision linguistique

Huguette Bleau

Solange Bleau

Création graphique et mise en page

L'ASSOCIÉ

Dépôt légal

4  trimestre 2025

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1183-8051



Politique  ditoriale

La G rontoise est publiée deux fois par année par l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQiiG).

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

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

Pour soumettre un article, écrire à revueLaGerontoise@aqiig.org à l'attention de la rédactrice en chef Madame Bernadine Jerlin.

Politique publicitaire

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

Politique de diffusion

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

Sommaire

4 Mot du président

5 Mot de la rédactrice en chef

DÉPRESCRIPTION

6 Les antipsychotiques dans les soins aux aînés, déprescription et rôle infirmier - Philippe Voyer et Marie-Eve Gagnon

RÉGION RURALE

12 Invisible et éloignée : La santé cognitive des aînés en région rurale, un enjeu interdisciplinaire de première ligne incontournable - Anne-Sophie Gilmour

SOMMEIL

18 Améliorer le sommeil des personnes âgées après un traumatisme craniocérébral : l'apport des interventions non pharmacologiques - Daphnée Pelletier et Caroline Arbour

ENTREVUE

28 Déprescrire pour mieux accompagner : l'expérience d'une équipe en chsld - Odette Roy

INNOVATIONS

35 Les innovations pour la détection et la prévention des chutes chez les aînés - Philippe Voyer, Camille Côté et Camille Savoie

J'AI LU ET J'AI VU

44 Santé mentale des aînés : la fin des tabous?

Mot du président



Bonjour chères lectrices et chers lecteurs,

Une autre année d'activités se termine bientôt pour l'AQIIG. Le temps est arrivé de faire le bilan des réalisations de 2025 et de présenter nos objectifs de 2026.

D'abord, la santé financière de l'Association a permis le retour à l'attribution de bourses d'études totalisant 7 000 \$, et ce, afin de soutenir les infirmières et les infirmiers dans leurs études universitaires. Ce soutien financier s'inscrit dans notre mission, à savoir la promotion des savoirs dans notre domaine. Surveillez nos infolettres pour les dates de mise en candidature pour les bourses de 2026.

Une grande nouveauté de 2025 réservée aux membres de l'AQIIG, est les *Discussions professionnelles* pour partager le savoir dans une vision de co-développement. Une heure de discussion sur divers sujets dont : les troubles neurocognitifs, les approches non pharmacologiques et la pleine conscience. Ce sont cinq rendez-vous professionnels créés cette année. En 2026, l'AQIIG vise à tenir une Discussion professionnelle chaque quatre à six semaines. Vous êtes membre et aimeriez partager votre expertise? À ce sujet, écrivez-nous à info@aqiig.org.

Les membres du Comité scientifique travaillent fort pour vous offrir sept heures de formation accréditées de qualité chaque année. Ainsi, réservez votre journée du mercredi 29 avril 2026. Le titre de cette Journée thématique est « Quels repères pour l'évaluation globale du vieillissement? ». Trois formateurs sont confirmés : Pr Sylvie Rey, Pr Didier Mailhot-Bisson et Dr Stéphane Lemire. Une formation axée sur le développement professionnel de la pratique infirmière en matière de prévention.

Enfin, les membres du Comité de la Revue s'investissent à la présentation d'articles avec des données probantes, éléments essentielles dans l'exercice d'une pratique infirmière de qualité et sécuritaire auprès de la clientèle âgée. Le thème de la présente édition aborde un enjeu fort important quant à l'approche thérapeutique face aux comportements réactifs des personnes âgées et la gestion des problèmes engendrés. Il est question de pharmacothérapie.

Enfin, pour être au courant, surveillez nos infolettres et nos médias sociaux pour toutes les annonces quant aux activités de formation, à la sortie de la revue et aux autres activités professionnelles et politiques. L'AQIIG remplit son mandat de dynamiser le savoir et la pratique infirmière dans les soins aux personnes âgées au Québec.

Osez faire la différence et participez à l'avancement de la profession en devenant membre de l'AQIIG et, pourquoi pas, aussi du Comité de la Revue *La Gérotoise*. Nous serions heureux de discuter de votre implication au sein de l'Association. À ce sujet, référez-vous au mot de la rédactrice en chef.

L'AQIIG est toujours là pour la diffusion du savoir dans les soins aux personnes âgées!

Pierre-Luc Déry
Président

Mot de la rédactrice en chef



Bonjour chères lectrices et chers lecteurs,

L'association québécoise des infirmières et infirmiers en gériatrie (AQIG) et le Comité de la Revue *La Gérotoise* vous présentent l'édition automne 2025 : «Sécurité médicamenteuse chez les aînés : défis cliniques, responsabilité et pratique».

En CHSLD, la polymédication est courante chez les aînés vivant avec des maladies chroniques et des troubles neurocognitifs majeurs. Bien qu'elle puisse sembler nécessaire pour préserver la qualité de vie, elle comporte des risques importants. La gestion appropriée des antipsychotiques et l'intégration d'approches non pharmacologiques ne sont pas des options secondaires, ce sont des leviers indispensables pour préserver la sécurité et la dignité des personnes âgées. Ces pratiques demeurent un défi, mais elles sont au cœur de notre responsabilité clinique.

Dans cette édition, vous découvrirez des articles inspirants :

Philippe Voyer, avec Kim Willcocks et Marie-Ève Gagnon, nous rappelle que la réussite de la déprescription des antipsychotiques repose sur un processus rigoureux et sur le rôle essentiel des infirmières dans l'accompagnement et la promotion d'alternatives non médicamenteuses.

Anne-Sophie Gilmour nous transporte en Gaspésie, où la polypharmacie est très présente, et propose des solutions concrètes : proximité, formation, collaboration et organisation adaptées.

Daphnée Pelletier et Caroline Arbour partagent des stratégies basées sur des données probantes pour améliorer le sommeil des personnes âgées après un traumatisme craniocérébral.

Cet automne, Odette Roy a échangé avec des professionnels du CISSS de la Montérégie-Est sur OPUS-AP, un projet visant à réduire les antipsychotiques et à privilégier des approches non pharmacologiques face aux Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD) chez les aînés.

Enfin, Philippe Voyer et ses collaboratrices Camille Côté et Camille Savoie nous font découvrir les dernières innovations pour prévenir les chutes chez les aînés.

Notre chronique «J'ai lu» met en lumière l'article «La santé mentale des aînés : la fin des tabous?», une ressource précieuse pour soutenir les personnes en détresse psychologique ou anxieuse.

Et ce n'est pas tout : au printemps 2026, nous aborderons un sujet essentiel et préoccupant, «La qualité des soins en RI/RPA, le rôle de l'infirmière». Vous avez envie de partager votre expertise ou de publier un article? Nous serons ravis de vous lire!

Le comité de la Revue *La Gérotoise* est également à la recherche de nouveaux membres. Comme les rencontres se déroulent en vidéoconférence, toutes les régions du Québec peuvent être représentées. Contactez-nous à : revuelagerontoise@aqig.org.

Bonne lecture et au printemps prochain !

Bernadine Jerlin,
Rédactrice en chef



LES ANTIPSYCHOTIQUES DANS LES SOINS AUX ÂÎNÉS, DÉPRESCRIPTION ET RÔLE INFIRMIER

PHILIPPE VOYER, INF., PH.D., KIM WILLCOCKS, INF., M.SC. ET MARIE-EVE GAGNON

LES ANTIPSYCHOTIQUES ET LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS

L'utilisation des antipsychotiques chez les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), comme la maladie d'Alzheimer ou les TNCM d'origine vasculaire, reste fréquente, malgré des bienfaits limités et des risques importants. Ces médicaments sont reconnus par divers panels d'experts en gériatrie comme étant des médicaments potentiellement inappropriés à éviter chez les personnes âgées en dehors des indications pour lesquelles ils ont été approuvés. Au Canada, les antipsychotiques sont généralement approuvés pour traiter la schizophrénie, les troubles bipolaires et comme traitement adjuvant aux antidépresseurs en cas de dépression majeure.

Dans les milieux d'hébergement, une proportion importante de résidents – parfois plus de la moitié – reçoit ce type de médicament en dehors des usages potentiellement appropriés. Chez les personnes âgées de tous les milieux de soins, les antipsychotiques sont principalement prescrits pour traiter des symptômes comme l'agitation (agressivité verbale ou physique, errance, opposition, cris) et la psychose (hallucinations, idées délirantes), appelés symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Ces symptômes, qui touchent la grande majorité des personnes vivant avec un TNCM au cours de l'évolution de la maladie, peuvent être très dérangeants pour la personne atteinte, ses proches et le personnel soignant et contribuent souvent à des décisions d'institutionnalisation ou à une utilisation accrue de psychotropes.

Les antipsychotiques sont les psychotropes les plus utilisés

dans le contexte des SCPD. Basé sur les travaux de Hupé et al. (2024), on devrait se poser les trois questions suivantes : 1) L'administration de l'antipsychotique est-il pour contrôler ou prévenir des comportements indésirables aux soins? 2) Le résultat escompté est-il le même que si on utilisait la contention physique ou l'isolement? 3) Est-ce que d'administrer l'antipsychotique est contre les volontés de la personne ou sans son consentement? En répondant « oui » à l'une de ces trois questions, l'intention de traitement s'apparente davantage à une contention chimique plutôt qu'à l'intention de traitement thérapeutique pour des symptômes de troubles mentaux graves. Par conséquent, l'usage de ces substances ne devrait pas être banalisé. Un antipsychotique devrait être utilisé uniquement lorsque les interventions non pharmacologiques ont échoué et qu'il existe un danger imminent pour la personne ou autrui, ou encore en cas de détresse psychologique sévère empêchant les évaluations cliniques ou la prestation de soins.

On distingue deux grandes catégories d'antipsychotiques : les typiques (plus anciens) et les atypiques (plus récents). Leur efficacité pour traiter les SCPD reste modeste. Les antipsychotiques typiques peuvent légèrement réduire certains symptômes psychotiques, mais leur effet sur l'agitation est incertain. Les antipsychotiques atypiques semblent atténuer légèrement l'agitation, mais ont peu d'effet sur les symptômes psychotiques (Mühlbauer et al., 2021). Malgré cette efficacité limitée, ces médicaments sont encore largement utilisés. Parmi les antipsychotiques, la rispéridone et la brexpiprazole sont approuvées comme traitement en lien avec les SCPD auprès des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer (Santé Canada, 2015, 2016, 2024).

Les effets indésirables associés à ces traitements sont bien documentés dans une revue systématique réalisée par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) (2019). Les personnes âgées atteintes d'un TNCM sont particulièrement plus susceptibles d'en subir comparativement à la population adulte plus jeune. Tous les antipsychotiques augmentent le risque d'altération de l'état de conscience, de troubles moteurs, comme des tremblements ou une raideur musculaire et d'accélération du déclin cognitif. **Ils peuvent également accroître le risque de complications graves, telles que des chutes, des infections pulmonaires ou des accidents vasculaires cérébraux. Un risque accru de mortalité, particulièrement en début de traitement, a aussi été observé.** Ces effets secondaires soulèvent des préoccupations éthiques et légales, surtout lorsque les antipsychotiques sont prescrits de façon prolongée (médication régulière ou PRN), sans réévaluation périodique. Dans la mesure du possible, il est recommandé de privilégier des approches non pharmacologiques pour comprendre et apaiser les comportements liés aux TNCM avant d'envisager un traitement médicamenteux. Dans ce contexte, le rôle des soins infirmiers est crucial dans la prise en charge et l'excellence des soins auprès des personnes âgées atteintes de TNCM et de SCPD. Le personnel infirmier joue un rôle majeur dans la promotion d'un usage optimal des médicaments.

USAGE OPTIMAL DES MÉDICAMENTS

L'usage optimal des médicaments vise à maximiser les bienfaits tout en minimisant les risques pour la santé, en tenant compte des interventions possibles, des coûts, des ressources disponibles, ainsi que des valeurs des personnes et des valeurs sociales. À cet égard, tous s'accordent pour promouvoir les interventions non pharmacologiques dans le contexte des SCPD. Cependant, la contribution infirmière va bien au-delà. En effet, la profession infirmière joue un rôle clé dans l'optimisation de l'usage des médicaments. Les responsabilités professionnelles du personnel infirmier à cet égard sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Responsabilités professionnelles du personnel infirmier concernant l'usage des médicaments

Connaissance, collaboration et enseignement
• Mettre à jour ses connaissances concernant les médicaments et les produits de santé naturels.
• Renseigner la personne âgée ou ses proches sur les médicaments.
• Tenir compte des interactions médicamenteuses.
• Collaborer de façon optimale avec le médecin, le pharmacien et l'ensemble des soignants.

• Avoir conscience de ses croyances et attitudes relativement aux médicaments.
• Respecter les volontés de la personne âgée concernant l'acceptation ou le refus de traitements.
• Contribuer, en concertation avec le médecin, à renseigner la personne et ses proches sur les solutions de rechange aux médicaments.
Maximisation de l'effet thérapeutique
• Planifier et appliquer des interventions qui sont complémentaires avec l'approche médicamenteuse.
Réduction des risques
• Individualiser et simplifier le régime médicamenteux.
• Favoriser l'auto administration des médicaments.
• Respecter les sept bons principes d'administration des médicaments.
• Effectuer la surveillance clinique de la pharmacothérapie. <ul style="list-style-type: none"> – Évaluer si le médicament a l'effet désiré sur la personne âgée. – Surveiller l'apparition des effets indésirables des médicaments. – Informer le médecin des changements survenus dans l'état de santé d'une personne qui peuvent justifier une modification du traitement pharmacologique.
• Contribuer à la révision du profil pharmacologique.

(Tiré de Voyer, 2021, p. 421)

RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES DU PERSONNEL INFIRMIER CONCERNANT L'USAGE DES ANTIPSYCHOTIQUES

Plusieurs des responsabilités infirmières décrites dans le tableau s'appliquent à l'usage des antipsychotiques. En effet, la profession infirmière a un rôle à jouer dans la sensibilisation de la population concernant les avantages et les limites des antipsychotiques. Pour ce faire, le personnel infirmier doit se tenir informé des données probantes récentes sur les antipsychotiques, notamment leur efficacité limitée dans les TNCM, leurs effets indésirables potentiels (accidents vasculaires cérébraux, chutes, mortalité accrue) et leurs contre-indications. Il a la responsabilité de transmettre une information claire, accessible et adaptée sur les objectifs du traitement, ses bénéfices attendus et ses risques. Par exemple, il peut expliquer que les antipsychotiques ne guérissent pas les TNCM, mais

visent à réduire certains comportements dérangeants et qu'ils doivent être utilisés avec prudence et de manière temporaire en raison des effets indésirables possibles.

Au cœur des soins quotidiens, le personnel infirmier doit communiquer ses observations cliniques, formuler des hypothèses ou poser des questions sur la pertinence du traitement. Une collaboration étroite avec l'équipe soignante permet d'évaluer régulièrement la nécessité de maintenir ou d'interrompre un traitement antipsychotique, tout en ajustant les approches non pharmacologiques.

Le personnel infirmier doit adopter une posture réflexive pour examiner de manière critique ses perceptions des antipsychotiques. S'il considère qu'un médicament est «la seule solution» à un comportement difficile, il risque de négliger les approches relationnelles ou environnementales. Cette réflexion est essentielle pour un jugement clinique éclairé. De plus, l'autonomie décisionnelle de la personne âgée, même atteinte de TNCM, doit être respectée dans la mesure du possible. Le personnel infirmier doit recueillir les préférences de la personne soignée, consulter ses directives anticipées et inclure les proches dans les décisions relatives au traitement.

Le personnel infirmier doit planifier des interventions complémentaires à l'approche médicamenteuse. Un antipsychotique peut temporairement réduire l'agitation, mais il ne remplace pas les soins. Le personnel infirmier doit intégrer des interventions complémentaires, comme l'identification des déclencheurs des comportements, l'ajustement de l'environnement (bruit, éclairage, sous-stimulation, surstimulation) ou l'utilisation d'approches de validation et de stratégies décisionnelles. Ces interventions maximisent les effets du traitement tout en favorisant un retrait progressif du médicament.

Le personnel infirmier joue un rôle fondamental également sur le plan de la surveillance clinique. Il assure des activités fondamentales :

- L'évaluation de l'efficacité du traitement (ex. : diminution de l'agressivité ou des hallucinations paranoïdes);
- La détection précoce des effets indésirables (léthargie, raideur, chutes, désorganisation de la pensée);
- Le signalement de tout changement clinique (perte d'appétit, sédation inhabituelle, détérioration cognitive)

au médecin pour permettre un ajustement rapide de la médication.

Enfin, il contribue à la révision du profil pharmacologique. Ce dernier rôle demeure jusqu'à présent sous-exploité dans la profession infirmière. Toutefois, au Québec, grâce aux initiatives gouvernementales et aux lignes directrices canadiennes, la déprescription des antipsychotiques est une pratique infirmière de plus en plus valorisée ces dernières années (Bjerre et al., 2018). *Autrefois, aborder la déprescription était complexe et même vu comme une critique du travail des médecins. Or, il s'agit plutôt de diminuer ou cesser un médicament qui a été pertinent à un moment, mais qui ne le devient plus en raison de l'évolution clinique, de la disponibilité d'options plus sécuritaires, du risque élevé d'événements indésirables surpassant les bénéfices du médicament et des objectifs de soins de la personne soignée et de ses proches.* Aujourd'hui, grâce aux formations, aux documents de l'INESSS et aux ressources en ligne, telles que Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription (ReCAD) et le Regroupement des unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec, cette démarche est plus accessible et mieux reçue. La profession infirmière joue un rôle majeur dans ce processus sous plusieurs aspects.

CONTRIBUTION INFIRMIÈRE À LA DÉPRESCRIPTION

La déprescription commence par une révision du profil pharmacologique, fruit d'une collaboration interdisciplinaire essentielle entre le médecin, le pharmacien, le personnel infirmier et autres professionnels de la santé (ex. travailleur social et ergothérapeute). Dans la mesure du possible, la personne âgée et ses proches devraient y participer. Ce processus vise à garantir un usage optimal des médicaments, en s'assurant que la personne les consomme adéquatement et que les objectifs suivants sont atteints (Voyer, 2021) :

- Les valeurs de la personne sont respectées;
- Il n'existe pas d'alternatives non médicamenteuses au traitement antipsychotique;
- Les soignants ont recours à des interventions complémentaires pour maximiser les bienfaits de la médication;
- Les médicaments consommés n'entraînent pas ou peu d'effets indésirables;
- La prise de chaque médicament est justifiée.

La prise d'un médicament peut être considérée comme injustifiée lorsque :

- L'indication du traitement n'est plus présente;
- La dose est trop élevée;
- La personne consomme deux médicaments ou plus de la même classe;
- La durée du traitement est excessive (par exemple, une benzodiazépine utilisée chaque soir pendant plus de 30 jours pour traiter l'insomnie, ou un traitement prolongé à la cortisone topique pour une lésion d'eczéma);
- La surveillance clinique est inadéquate;
- Des effets indésirables apparaissent;
- La personne n'adhère pas au traitement;
- Le médicament est identifié comme étant une cascade médicamenteuse inappropriée (médicament initié pour traiter un effet secondaire d'un autre médicament qui a été diagnostiqué à tort comme une nouvelle condition de santé).

En contribuant à l'atteinte de ces objectifs, la révision du profil pharmacologique peut réduire le nombre de médicaments consommés. Chez les personnes âgées, une charge médicamenteuse élevée peut nuire au fonctionnement global. La déprescription est désormais reconnue comme une approche essentielle dans les soins aux personnes âgées.

RÔLE INFIRMIER DANS LE PROCESSUS DE DÉPRESCRIPTION

La déprescription est une intervention structurée qui consiste à réduire ou à arrêter les médicaments qui ne sont plus nécessaires ou qui présentent des risques pour la personne, particulièrement chez les personnes âgées. Elle repose sur une approche collaborative entre la personne soignée, ses proches et l'équipe de soins comprenant médecins, pharmaciens et le personnel infirmier. Cette démarche est particulièrement importante chez les personnes âgées, souvent confrontées à la polymédication, c'est-à-dire la prise simultanée de plusieurs médicaments. Ce phénomène est associé à une hausse du risque d'effets indésirables, de chutes, d'hospitalisations et même de décès (Fried et al., 2014).

Le processus de déprescription suit plusieurs étapes essentielles : d'abord une révision du profil

pharmacologique et de l'utilisation réelle de tout traitement médicamenteux (incluant les médicaments en vente libre, les produits naturels et les médicaments empruntés aux proches) pour identifier les médicaments à évaluer, suivie d'une discussion avec la personne soignée et ses proches pour recueillir leurs préférences. Ensuite, un plan est élaboré pour réduire graduellement les doses, assurer un suivi clinique et gérer les symptômes. Par ailleurs, il est préférable de débiter le processus avec un médicament dont la personne soignée est prête à se départir, même si ce n'était pas celui qui avait été identifié comme étant cliniquement prioritaire. La mise en œuvre implique un accompagnement actif et une surveillance continue, puis un suivi permet d'ajuster le plan selon la réponse de la personne soignée. Ce processus vise à améliorer la qualité de vie des personnes en assurant un usage plus sécuritaire et personnalisé des médicaments. Une fois que la relation de confiance est bien établie et des résultats concluants ont été obtenus, la personne soignée (ou le proche) sera plus encline à poursuivre le processus avec le ou les médicaments cliniquement prioritaires préalablement identifiés. **Le succès de la déprescription ne réside pas que dans la cessation complète ou la réduction de la dose du médicament, mais plutôt dans la qualité du processus lui-même. Lorsque réalisée adéquatement, la déprescription mène généralement à des sevrages réussis.**

Ce processus est efficace : il permet de diminuer les risques d'événements indésirables, le risque de mortalité prématurée et d'hospitalisation, tout en réduisant le nombre de médicaments à prendre chaque jour. Par exemple, selon différentes études, près de la moitié des résidents ont pu réduire leurs médicaments contre l'hypertension, et la grande majorité a pu arrêter ou diminuer les antipsychotiques sans aggraver leurs symptômes, preuve qu'ils n'étaient pas nécessaires (Declercq et al., 2013). Les personnes soignées et leurs proches sont généralement ouverts à cette démarche, surtout si elle est bien expliquée par les professionnels de la santé.

Le rôle infirmier dans la déprescription est central et multidimensionnel pour le succès d'une déprescription. Il peut s'avérer nécessaire de franchir certaines barrières, notamment un désaccord entre la personne soignée, la famille et l'équipe soignante, des craintes concernant les conséquences ou un manque de soutien et de suivi. Il importe de miser sur les facteurs facilitants, tels que la compréhension des raisons, l'accompagnement, le suivi et le désir d'alléger le profil pharmacologique (Aerts et al., 2019; Reeve et al., 2013). En effet, en contexte de prescripteurs multiples (médecin de

famille, divers médecins spécialistes, urgentologue, infirmière praticienne spécialisée, pharmacien, etc.), il devient nébuleux de savoir à qui revient la tâche de porter une vue d'ensemble du profil pharmacologique et de la personne soignée, d'initier le processus et d'en assurer le suivi.

Par ses compétences, son lien étroit avec la personne soignée et ses proches, son rôle d'advocacy et sa proximité avec d'autres professionnels de la santé, le personnel infirmier occupe une place de choix, particulièrement en termes de communication efficace entre les différentes parties prenantes. [Le personnel infirmier peut suggérer la déprescription à l'équipe interdisciplinaire](#). Il accompagne la personne âgée et ses proches tout au long du processus, en expliquant de façon transparente les avantages et les risques encourus en lien avec l'arrêt d'un médicament, en s'assurant du consentement continu et en rappelant le calendrier de diminution des doses. Il informe sur les manifestations cliniques possibles lors du retrait du médicament, notamment les risques de réapparition de certains symptômes, et indique à qui s'adresser en cas de signes préoccupants, tout en offrant un soutien émotionnel. Le personnel infirmier joue aussi un rôle de pivot auprès de l'équipe soignante, en intégrant tous les membres à la démarche, en expliquant les raisons de la déprescription et en communiquant les signes de sevrage à surveiller. Il contribue à la mise en place de mesures de rechange non médicamenteuses pour répondre aux besoins de la personne âgée, tout en assurant la continuité des soins et en minimisant les risques, notamment par un soutien accru lors des premiers jours et premières semaines. Enfin, le personnel infirmier assure une surveillance clinique rigoureuse en évaluant régulièrement les symptômes, en utilisant des échelles validées et en documentant soigneusement toutes les observations et interventions pour favoriser la collaboration interprofessionnelle. Cette implication permet d'assurer la sécurité, le bien-être et l'adhésion de la personne âgée et du proche à la démarche de déprescription.

Certains milieux cliniques et certaines périodes sont plus propices à la déprescription. En milieu ambulatoire ou en institution, il est plus aisé de commencer et de poursuivre la déprescription qu'en milieu hospitalier en raison des objectifs de soins à moyen et à long terme. Cependant, le personnel infirmier œuvrant en milieu de soins aigus peut contribuer en portant un regard critique sur le profil pharmacologique et communiquer ses constats et suggestions au médecin et s'assurer de la continuité des soins lors du retour à domicile. Tous les moments de transition importants dans les soins (ex. au congé d'une hospitalisation de plusieurs jours et augmentation de la sévérité d'une maladie) sont des moments à privilégier

pour réviser le profil pharmacologique et, s'il y a lieu, commencer la déprescription. Par exemple, il n'est pas rare qu'un médicament introduit PRN dans une visée à court terme lors d'une hospitalisation soit poursuivi à domicile sans questionner sa pertinence une fois la situation de santé résolue. Minimale, ce processus devrait être réalisé une fois par année pour les personnes âgées polymédicamentées.

CONCLUSION

L'utilisation des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNCM demeure une pratique courante, mais leurs bénéfices limités et leurs risques significatifs exigent une approche prudente et réfléchie. Les effets indésirables, tels que les chutes, les troubles moteurs, les accidents vasculaires cérébraux et l'augmentation du risque de mortalité, soulignent l'importance de privilégier les interventions non pharmacologiques et de réévaluer régulièrement la pertinence de ces traitements. Dans ce contexte, le personnel infirmier joue un rôle central en favorisant un usage optimal des médicaments, en collaborant étroitement avec les médecins, les pharmaciens et les proches et en promouvant des approches centrées sur les besoins et les valeurs des personnes. En adoptant une posture réflexive et en s'appuyant sur des données probantes, le personnel infirmier contribue à réduire les risques associés aux antipsychotiques tout en améliorant la qualité des soins offerts.

La déprescription, en tant que pratique structurée et collaborative, représente une avancée majeure dans les soins infirmiers gériatriques, particulièrement pour contrer les effets néfastes de la polymédication. Le personnel infirmier, par son rôle d'accompagnement, de surveillance clinique et de promotion des alternatives non médicamenteuses, est au cœur de cette démarche. Son engagement dans l'éducation des personnes soignées et de leurs proches, ainsi que dans la coordination interprofessionnelle, permet d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout en réduisant les risques liés à une médication inadéquate. En intégrant ces pratiques, le personnel infirmier renforce son impact positif sur la santé et le bien-être des personnes âgées, contribuant ainsi à une prise en charge plus humaine et sécuritaire des TNCM et des SCPD.

Auteurs



PHILIPPE VOYER, INF., PH.D.

Professeur titulaire, Vice-doyen aux études de 1er cycle et à la formation continue, Faculté des sciences infirmières, Université Laval



KIM WILLCOCKS, INF., M.SC.

Infirmière praticienne spécialisée en soins de première au GMF de Laurier station, Centre intégré de santé et services sociaux de Chaudières-Appalaches



MARIE-ÈVE GAGNON, INF.M.SC

Infirmière, candidate au doctorat en pharmaco-épidémiologie et professeure agrégée, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski.

Références

Aerts, L., Cations, M., Harrison, F., Jessop, T., Shell, A., Chenoweth, L. et Brodaty, H. (2019). Why deprescribing antipsychotics in older people with dementia in long-term care is not always successful: Insights from the HALT study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(10), 1572-1581. <https://doi.org/10.1002/gps.5167>

Bjerre, L. M., Farrell, B., Hogel, M., Graham, L., Lemay, G., McCarthy, L., Raman-Wilms, L., Rojas-Fernandez, C., Sinha, S., Thompson, W., Welch, V. et Wiens, A. (2018). Déprescription des antipsychotiques pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'insomnie: Guide de pratique clinique fondé sur des données probantes. *Canadian Family Physician*, 64(1), e1-e12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29358261/>

Declercq, T., Petrovic, M., Azermai, M., Vander Stichele, R., De Sutter, A. I. M., van Driel, M. L. et Christiaens, T. (2013). Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), Article CD007726. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007726.pub2>

Fried, T. R., O'Leary, J., Towle, V., Goldstein, M. K., Trentalange, M. et Martin, D. K. (2014). Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(12), 2261-2272. <https://doi.org/10.1111/jgs.13153>

Hupé, C., Larue, C. et Contandriopoulos, D. (2024). Defining chemical restraint: A preliminary step towards measurement and quality assessment. *Aggression and Violent Behavior*, 77, 101926. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2024.101926>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2019). *Outil de déprescription des antipsychotiques chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs*. <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/>

INESSS/Rapports/Medicaments/Outil_Deprescription_antipsychotiques.pdf

Mühlbauer, V., Möhler, R., Dichter, M.N., Zuidema, S.U., Köpke, S. et Luijendijk, H.J. (2021). Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(Article CD007726. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007726.pub2>

Reeve, E., To, J., Hendrix, I., Shakib, S., Roberts, M. S. et Wiese, M. D. (2013). Patient barriers to and enablers of deprescribing: A systematic review. *Drugs & Aging*, 30(10), 793-807. <https://doi.org/10.1007/s40266-013-0106->

Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux du Québec. (2019). Fiche RUSHGQ - *Antipsychotiques dans la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (SCPD) (2e éd.). https://rushgq.org/wp-content/uploads/2020/06/Annexe_04_Fiche_RUSHGQ_antipsy_SCPD_2ieme_edition_22avril2019_FINAL-1.pdf

Santé Canada. (2024, janvier). Sommaire de décision réglementaire portant sur Rexulti. <https://pmps.hpfb-dgpsa.ca/documents-d-examen/ressource/RDS1722024187528>

Santé Canada. (2016, décembre). *Avis important concernant l'innocuité des médicaments antipsychotiques atypiques chez les personnes atteintes de démence*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/fr/nouvelles/archive/2005/06/avis-important-concernant-innocuite-medicaments-antipsychotiques-atypiques-personnes-atteintes-demence.html>

Santé Canada. (2015, février). *Risperidone - Restriction de l'indication relative à la démence*. Recalls and Safety Alerts. <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/risperidone-restriction-indication-relative-demence>

Voyer, P. (2021). L'usage optimal des médicaments chez les aînés en perte d'autonomie. Dans P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (3e éd., p. 409-438). Saint-Laurent : Pearson ERPI.



INVISIBLE ET ÉLOIGNÉE : LA SANTÉ COGNITIVE DES AÎNÉS EN RÉGION RURALE, UN ENJEU INTERDISCIPLINAIRE DE PREMIÈRE LIGNE INCONTOURNABLE

ANNE-SOPHIE GILMOUR, B. SC. S, ÉTUDIANTE IPSPL

En Gaspésie, les aînés font face à des défis majeurs en santé mentale et cognitive, exacerbés par l'éloignement géographique, la stigmatisation et la rareté des ressources spécialisées. Cet article met en lumière la réalité des milieux ruraux, où l'isolement social et la détresse psychologique sont souvent invisibles. Il souligne le rôle essentiel des intervenants en première ligne dans le repérage précoce, l'intervention adaptée et la coordination des soins en gériatrie. Des pistes de solutions sont proposées, notamment par l'utilisation d'outils cliniques validés, par l'implication et le soutien des proches aidants et par la valorisation du rôle des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), des infirmières cliniciennes, des pharmaciens et des gestionnaires du système de la santé. L'article favorise une approche interdisciplinaire et contextualisée afin d'assurer une réponse de proximité aux besoins criants des aînés en région.

Mots clés : Santé mentale, Santé cognitive, Soins de première ligne, Région rurale, Vieillesse.

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population s'intensifie dans l'ensemble du Québec, mais il est particulièrement marqué en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, où plus de 30,4 % des habitants sont âgés de 65 ans et plus, ce qui est la plus élevée des proportions de la province (Institut de la statistique du Québec, 2024). Cette réalité démographique associée à l'éloignement géographique augmente le risque de vulnérabilité des aînés relativement aux enjeux de santé physique, mentale et cognitive. Malheureusement, l'état cognitif et mental des aînés demeure un sujet tabou dans plusieurs communautés rurales. Malgré ce certain tabou entourant cette réalité, il ne faut pas négliger que, comme le rapporte Moreau et Dallaire (2020), 2 % des personnes de 55 ans et plus présentent un trouble de santé mentale grave et persistant, généralement combiné à une histoire d'exclusion sociale, de difficultés résidentielles et de vieillissement précoce.

Dans la pratique, la détresse psychologique et l'isolement sont fréquents, mais trop souvent invisibles ou banalisés. Cette situation peut parfois conduire à un usage précipité ou prématuré de la polypharmacie (consommation de plus de cinq médicaments) et à une mauvaise utilisation de certaines molécules pharmacologiques en réponse à des symptômes comportementaux ou à un mal-être non diagnostiqué. Gosselin et al. (2020) soulignent que la Gaspésie affiche l'une des plus fortes prévalences de polypharmacie chez les personnes de 65 ans et plus au

Québec, en raison d'une proportion élevée de patients souffrants de multiples comorbidités. Dans ce contexte, les professionnels en soins de première ligne jouent un rôle essentiel dans le repérage, l'évaluation, la prévention et l'intervention en santé mentale et physique gériatrique. Cet article met en lumière les nombreux défis spécifiques aux régions rurales, particulièrement en Gaspésie, et propose des pistes d'actions adaptées aux contextes de la première ligne et d'éloignement.

ENJEUX SPÉCIFIQUES AUX RÉGIONS ÉLOIGNÉES

Les aînés vivant en milieu rural font face à plusieurs facteurs de vulnérabilité, dont l'isolement géographique qui les éloigne non seulement des services de santé, mais aussi des activités sociales. La distance entre les domiciles ou les commerces, la perte d'un repère (décès d'un conjoint, perte du permis de conduire, déménagement, etc.), et la rareté des transports publics et collectifs réduisent leur engagement et leur participation sociale. Cette réalité entraîne de nombreuses répercussions, dont une augmentation du risque de mortalité, une détérioration de la santé cardiovasculaire, de l'autonomie fonctionnelle, ainsi que de la santé cognitive et mentale. L'isolement géographique est également lié à une vulnérabilité accrue à la maltraitance et à la malnutrition (INSPQ, 2020).

La stigmatisation de la santé mentale persiste particulièrement dans les communautés plus âgées, où les troubles anxieux et dépressifs sont dans certains

cas banalisés et perçus comme une faiblesse. Cette marginalisation freine parfois les aînés à exprimer leurs émotions, à nommer leur ressenti et les amène à repousser les demandes d'aide. De plus, différents facteurs comme la pauvreté, les atteintes à la mobilité ou l'analphabétisme rendent plus difficile l'accès à certains organismes communautaires ou milieux de soins.

Aussi, l'accès aux soins spécialisés en santé mentale et en gériatrie étant limité, les décisions cliniques reposent alors sur les intervenants de première ligne qui doivent parfois agir en faveur d'une médication, d'un traitement ou même d'une hospitalisation qui sont peu recommandés chez l'aînée.

REPÉRAGE EN CONTEXTE RURAL : UN RÔLE IMPORTANT POUR L'INFIRMIÈRE EN PREMIÈRE LIGNE

En milieu rural, les professionnels en CLSC (Centre local de services courants) et GMF (Groupe de médecine familiale) sont habituellement les premiers points de contact, ce qui favorise la création d'un lien de confiance. Cette proximité permet un repérage précoce des signes de détresse psychologique, souvent masqués par des symptômes physiques. Malheureusement, encore aujourd'hui, « Parmi l'ensemble des suicides chez les adultes en 2021, près du quart (22,6 %) ont eu lieu chez des personnes aînées... » (Gosselin et al., 2025, p. 12). Ces données rappellent l'importance d'une évaluation sérieuse et approfondie de l'état physique et mental de la clientèle gériatrique par le personnel infirmier.

La pratique infirmière repose sur une approche qui place la personne et sa famille au cœur des décisions. L'infirmière soutient l'autogestion de la santé et intervient à différents niveaux : prévention, évaluation, suivi et coordination. Elle collabore étroitement avec les médecins de famille et les autres professionnels pour assurer la continuité des soins (Gouvernement du Québec, 2019). Sa démarche clinique structurée lui permet de cibler les besoins et de planifier des actions adaptées.

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) joue aussi un rôle central en GMF ou CLSC, en offrant des soins infirmiers et médicaux complets qui vont de l'évaluation au diagnostic ainsi qu'à la prescription de traitements. La collaboration étroite avec des partenaires locaux tels que les pharmaciens, les travailleurs sociaux et divers organismes communautaires est, sans contredit, fondamentale pour renforcer les interventions non pharmacologiques et adaptées à la personne.

De plus, le recours à des outils validés et disponibles sur la

plateforme de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) permet aux infirmières d'identifier rapidement certaines problématiques avant qu'elles ne s'aggravent. L'indispensable « Document synthèse : Repérage, diagnostic, annonce et suivi », disponible sur le site de l'INESSS et destiné aux professionnels de la santé en première ligne, est un guide de support pour optimiser le processus d'évaluation et de diagnostic de troubles neurocognitifs (Collette et al., 2015).



https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_DocumentSynthese/Reperage_diagnostic_annonce_suivi.pdf

INTERVENTIONS DE PREMIÈRE LIGNE ADAPTÉES AUX MILIEUX RURAUX

Les interventions ne se limitent pas uniquement à l'évaluation physique et mentale, elles incluent aussi l'écoute active et la valorisation de l'autonomie. Dans notre contexte de rareté des intervenants et médecins spécialisés, cette capacité à intervenir avec une vision globale et intégrative devient essentielle.

Outre l'intervention médicale, l'adoption de saines habitudes de vie, comme l'activité physique et la participation à des activités sociales et cognitives stimulantes, peut aussi retarder ou même prévenir les pertes cognitives chez les aînés. La promotion de la santé cognitive doit devenir une priorité de soins de première ligne et, pour ce faire, il est essentiel de

sensibiliser les intervenants à adapter leurs pratiques selon les recommandations issues de données probantes. De nombreux outils validés ont été créés pour aider les soignants et les proches aidants à développer des stratégies d'intervention adaptées à leur rôle.

Dans la section « bibliothèque de ressources » du site web alzheimermontreal.ca, on y retrouve une riche section de ressources destinées à différents publics, telles que les professionnels de la santé, les proches aidants, ainsi que ceux qui vivent avec un trouble neurocognitif. On y retrouve des documents explicatifs, des guides et des références fiables qui facilitent la compréhension des différents troubles neurocognitifs, mais aussi l'impact et les manifestations de ceux-ci (Société Alzheimer de Montréal, 2025).

Les proches aidants, souvent les seuls accompagnants, devraient eux aussi bénéficier d'un soutien professionnel en première ligne afin de répondre à leurs besoins et recevoir de l'enseignement au besoin. Le soutien aux aidants est d'ailleurs une forme indirecte à la prévention du recours à l'usage d'antipsychotiques, de contentions et même d'hospitalisation. Le site web referenceaidancequebec.ca est une plateforme gratuite où les professionnels de la santé, ainsi que les proches aidants eux-mêmes, peuvent demander un soutien. Leur mandat est « d'améliorer la qualité de vie des personnes proches aidantes au Québec et de faire connaître leurs rôles, dans toute leur diversité, en les accompagnant. Elle soutient et finance des services offerts par des organismes présents dans les milieux » (Aidance Québec, 2025).

Deux outils sont ultimement destinés aux proches aidants. Les professionnels peuvent les utiliser et les conseiller aux gens. Le premier document est un aide-mémoire pratique sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).



<https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/>

[Professionnels/Alzheimer/DPSAPA-AlzheimerSCPD-Cartable2021-WEB-FR.pdf](https://www.alzheimermontreal.ca/professionnels/alzheimer/dpsapa-alzheimer-scpd-cartable2021-web-fr.pdf)

Il met l'accent sur les approches non pharmacologiques adaptées à la personne et à son environnement, telles que la communication bienveillante, la compréhension de la vie, le maintien des routines, l'environnement sécuritaire et les activités significatives de la personne. (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2020)

Ce guide comprend plusieurs volets :

- Les approches à privilégier auprès des personnes ayant des atteintes cognitives;
- Un guide d'évaluation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence;
- La résistance aux soins d'hygiène;
- Intervenir lors d'une réaction de catastrophe;
- Personnes ayant des comportements associés à une atteinte du lobe frontal.

Le deuxième document est un livret qui offre plus de 40 activités pour s'amuser, qui est destiné à des personnes atteintes de troubles cognitifs et leurs proches aidants.



<https://767b071f.flowpaper.com/Livretdactivitsfrancais16nov2023/#page=1>

Il s'articule autour de différents thèmes, comme l'artisanat, les jeux intellectuels, l'activité physique, la stimulation des sens, des activités ménagères et des événements sociaux. Ce livret a été créé par des étudiants en ergothérapie, qui ont voulu mettre l'accent sur les activités significatives à entreprendre en famille afin d'optimiser les liens sociaux et la qualité de vie des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) et de leurs proches aidants (Drinkwater et al., 2020).

DÉFIS SYSTÉMIQUES ET PISTES DE SOLUTIONS

Les régions rurales, telles que la Gaspésie, font face à des défis dans l'accès aux soins en gériatrie et en santé mentale. Les services spécialisés sont généralement concentrés en milieux urbains. Les équipes locales de soins sont fréquemment insuffisantes et le roulement du personnel, combiné à la surcharge de travail des équipes, rend difficile l'implantation de bonnes pratiques.

Toutefois, des pistes de solutions existent, à commencer par le déploiement régional de formations ciblées pour les infirmières sur les troubles cognitifs, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et l'usage sécuritaire des antipsychotiques. Une Clinique de mémoire est notamment en place à Chandler en Gaspésie, où un gériatre, un neuropsychologue et une infirmière clinicienne ont le mandat d'offrir des formations, d'évaluer la clientèle et, au besoin, de supporter les équipes de première ligne à la prise en charge des patients souffrants de troubles cognitifs.

Une solution novatrice tient compte de la valorisation du rôle des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL) et celui des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) au sein du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Gaspésie. Elles permettraient d'offrir une prise en charge plus intégrée et autonome des personnes présentant des troubles cognitifs et d'exercer ainsi dans différents milieux de soins de première ligne. En collaboration, elles pourraient ainsi assurer le suivi de santé, la coordination des soins et même la gestion des médicaments de la clientèle ayant des troubles cognitifs, et ce, à travers les différents territoires couverts par le CISSS de la Gaspésie.

Il est important de ne pas négliger l'admirable rôle-conseil des pharmaciens communautaires et leur proximité avec la population. Ceux-ci veillent à la vérification du bon usage du médicament, à l'optimisation du traitement et n'hésitent pas à communiquer avec l'équipe de soins pour assurer une réponse optimale du traitement (Ordre des pharmaciens du Québec, 2025). Leur présence et leur disponibilité dans les GMF, CLSC et pharmacies communautaires sont essentielles. Les intervenants de

première ligne peuvent aussi se référer aux pharmaciens afin de les accompagner à travers l'épisode de soin de leur patient. Il s'agit d'une issue prometteuse pour permettre la diffusion d'informations, la sensibilisation et la recommandation pharmacologique adaptée visant à favoriser la santé cognitive et le bien-être des personnes âgées en collaboration avec les intervenants de première ligne.

Pour que les pistes de solutions soumises voient le jour, il est essentiel que les gestionnaires du réseau de la santé ajustent leurs modèles organisationnels aux spécificités locales et accompagnent activement les équipes dans leur déploiement. Ils jouent également un rôle important dans l'élaboration de stratégies efficaces de recrutement et de rétention du personnel. En offrant des possibilités concrètes de développement professionnel, des environnements de travail favorisant l'autonomie et en valorisant les idées émergentes des équipes de soins, il devient alors possible d'assurer une plus grande stabilité du personnel, de renforcer l'engagement professionnel et d'améliorer l'accessibilité aux soins pour la clientèle âgée, notamment où les besoins sont criants. Ces éléments auront une incidence positive sur la prise en charge optimale des patients et de leur proche aidant tout en favorisant une meilleure accessibilité aux soins.

CONCLUSION

En conclusion, trop souvent la santé mentale et cognitive des personnes âgées en région éloignée ne reçoit pas l'attention qu'elle mérite dans les priorités de soins cliniques et organisationnels. En Gaspésie, les défis sont multiples : l'isolement social, la stigmatisation persistante, l'accès limité aux ressources spécialisées et la rareté du personnel formé. Pourtant, les solutions existent. L'approche collaborative et engagée des infirmières, des IPS, des pharmaciens, des proches aidants et des gestionnaires du réseau constitue une avenue mobilisatrice puissante pour améliorer la qualité des soins.

En privilégiant la proximité, la formation, la collaboration entre disciplines et des modèles de soins organisationnels appropriés, on peut ainsi mieux répondre aux besoins des aînés tout en limitant les recours inutiles à la médication ou à l'hospitalisation. Face aux évolutions démographiques, il est essentiel que la santé mentale et cognitive des aînés ne soit ni invisible, ni éloignée, mais au cœur de l'action interdisciplinaire en soins de première ligne.



Auteure

Anne-Sophie Gilmour, B. Sc. S, Étudiante IPSPL

Anne-Sophie Gilmour, Inf. B. Sc. S, est étudiante à la maîtrise en science infirmière (IPSPL) actuellement stagiaire dans un GMF et CHSLD de la Gaspésie, où elle rencontre chaque jour une clientèle âgée et potentiellement vulnérable. Anciennement infirmière clinicienne à la Clinique de mémoire de la Gaspésie, Anne-Sophie est bien placée pour constater les défis auxquels font face les aînés et leurs intervenants en région. Elle s'est aussi impliquée activement dans le Plan Alzheimer du Québec en tant que personne-ressource territoriale, où elle a contribué à l'amélioration des pratiques en santé cognitives en Gaspésie.

Références

CIUSSS de l'Estrie - CHUS. (2020). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : Aide-mémoire à l'intervention*. <https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/Alzheimer/DPSAPA-AlzheimerSCPD-Cartable2021-WEB-FR.pdf>

Collette, C., Robitaille, G. v., Auclair, Y., Tessier, A., Tardif, M. et Bouchard, S. (2015). *La maladie d'Alzheimer (MA) et les autres troubles neurocognitifs (TNC) - Document synthèse : Repérage, diagnostic, annonce et suivi*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_DocumentSynthese_Reperage_diagnostic_annonce_suivi.pdf

Drinkwater, N., MacDonald, C., Vadot, E., MacDougall, M. et Bolduc, M.-E. (2020). *Livre d'activités pour les soignants et leur proches atteints de troubles neurocognitifs*. <https://767b071f.flowpaper.com/Livretdactivitsfrancais16nov2023/#page=1>

Gosselin, E., Simard, M., Dubé, M. et Sirois, C. (2020). *Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois entre 2000 et 2016*. Institut national de santé publique du Québec. <https://canadacommons.ca/artifacts/2052096/portrait-de-la-polypharmacie-chez-les-aines-quebecois-entre-2000-et-2016/2805187/>

Gosselin, M., Lévesque, P., Dahhou, M. et Simard, M. (2025). *Portrait des comportements suicidaires chez les personnes âgées au Québec*. article. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3657-portrait-comportements-suicidaires-personnes-aines-qc.pdf>

Gouvernement du Québec. (2019) *Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire*. article. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002376/>

Institut national de santé publique du Québec (2020). *Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées en contexte de pandémie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3033-isolement-social-solitude-aines-pandemie-covid19>

Institut de la statistique du Québec. (2024). *Panorama des régions du Québec*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/panorama-des-regions-du-quebec-edition-2024.pdf>

Moreau, A. et Dallaire, B. (2020). *Proche aidance en contexte de vieillissement et de trouble mental grave: état des connaissances et enjeux touchant les pratiques des travailleurs sociaux*. *Intervention*, 151, 179-191.

Ordre des pharmaciens du Québec. (2025). *Rôle du pharmacien*. <https://www.opq.org/protection-du-public/votre-pharmacien-et-vous/role-du-pharmacien/>

Référence aidance Québec. (2025). *Référer une personne proche aidante*. <https://referenceaidancequebec.ca/>

Société Alzheimer de Montréal. (2025). *Bibliothèque de ressources - Société Alzheimer de Montréal*. https://alzheimermontreal.ca/ressources/?_clientele=accompagner-un-proche%2Cinformation-generale-sur-les-troubles-neurocognitifs%2Cprofessionnels-de-la-sante%2Cvivre-avec-la-maladie&_type=document

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



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

Être membre de l'AQiiG, c'est :

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

Membre particulier

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

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



AMÉLIORER LE SOMMEIL DES PERSONNES ÂGÉES APRÈS UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL : L'APPORT DES INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES

DAPHNÉE PELLETIER, B.SC. ET CAROLINE ARBOUR, INF, PH.D.

Cet article scientifique s'inscrit dans le champ de la recherche en sciences infirmières. Réalisé dans le cadre d'un stage de perfectionnement préalable à la maîtrise, il repose sur une recension des écrits visant à examiner les interventions non pharmacologiques les plus prometteuses pour améliorer le sommeil des personnes âgées vivant avec les séquelles d'un traumatisme craniocérébral. Ce travail contribue à éclairer les pratiques cliniques et à soutenir le développement de solutions concrètes et adaptées aux besoins de cette population vulnérable.

Avec le vieillissement de la population, une proportion grandissante de personnes âgées vit avec les séquelles d'un traumatisme craniocérébral (TCC), dont des perturbations du sommeil fréquentes et persistantes. Ces perturbations affectent la récupération, la qualité de vie et la participation sociale des aînés. Pour mieux soutenir cette population, nous avons réalisé une recherche documentaire afin de recenser et analyser les interventions non pharmacologiques les plus prometteuses pour améliorer le sommeil, qu'elles soient mises en œuvre à domicile ou en établissement de soins de longue durée. Cette démarche a permis d'identifier les approches les plus transférables et acceptables pour les personnes âgées fragilisées après un TCC. L'article propose ainsi des solutions concrètes, fondées sur les meilleures données probantes, pour optimiser le sommeil et favoriser la récupération des personnes âgées qui se rétablissent d'un TCC.

Mots clés : Sommeil, personnes âgées, traumatisme craniocérébral, interventions non pharmacologiques

INTRODUCTION

Le TCC chez la personne âgée est en forte croissance à l'échelle mondiale et constitue un enjeu majeur de santé publique (Gardner et al., 2018). Au Canada, les personnes de 70 ans et plus ont représenté 40 % des hospitalisations pour TCC entre 2010 et 2021 (Saxena et al., 2024). Les chutes, souvent liées à des troubles de l'équilibre, de l'attention ou à la polymédication, en sont la principale cause (Lésion Cérébrale Canada, s.d.). Les accidents de la route y contribuent également, notamment en raison du déclin de la vision et du temps de réaction associé au vieillissement (Taylor et al., 2017).

En clinique, le TCC est défini comme une altération des fonctions cérébrales, ou toute autre manifestation de pathologie cérébrale causée par un impact direct ou une

secousse à la tête (Capizzi et al., 2020). Bien que les TCC peuvent être considérés de légers à sévères, jusqu'à 90 % des TCC recensés sont considérés légers et sont traités dans la communauté (Association des neuropsychologues du Québec, s.d ; Silverberg et al., 2020). Même sans saignement intracérébral, un TCC léger peut entraîner des répercussions importantes sur les comportements, la cognition, l'état émotionnel et la condition physique (Madhok et al., 2022). Ces effets dépendent de plusieurs facteurs, comme l'âge, la santé générale et l'accès aux soins (Lésion Cérébrale Canada, s.d.). Chez la personne âgée spécifiquement, l'occurrence d'un TCC peut accentuer l'isolement social et accroître le risque de troubles neurocognitifs dont la maladie d'Alzheimer (Lésion Cérébrale Canada, s.d.). Il augmente aussi le risque de nouvelles chutes, en raison des troubles de l'équilibre, de

la mobilité et des fonctions cognitives qu'ils occasionnent, créant ainsi un cycle de vulnérabilité (Hunzinger et al., 2023).

ENJEUX LIÉS AU SOMMEIL APRÈS UN TCC

Les perturbations du sommeil sont particulièrement fréquentes après un TCC, touchant entre 30 % et 70 % des personnes (Zuzuárregui et al., 2018). Les plaintes les plus courantes concernent l'insomnie et l'hypersomnolence, bien que les troubles du rythme circadien, les apnées du sommeil et certaines parasomnies soient aussi rapportés (Ouellet et al., 2015). Ces perturbations peuvent persister longtemps, même lorsque la récupération neurologique semble complète (Williams et al., 2008 ; Kempf et al., 2010). Chez la personne âgée, la vulnérabilité cérébrale liée au vieillissement accentue l'impact de ces perturbations du sommeil. En effet, **avec l'âge, le cerveau devient plus vulnérable aux traumatismes, car les mécanismes de réparation deviennent de moins en moins efficaces** (Gardner et al., 2018). Les lésions affectant les zones du cerveau responsables de la régulation du sommeil, dont l'hypothalamus, de même que les déséquilibres neurochimiques impliquant la mélatonine, l'orexine et l'acétylcholine, peuvent contribuer à la persistance et à la complexité des troubles du sommeil après un TCC chez la personne âgée (Aoun et al., 2019 ; Ghneim et al., 2024). Cette vulnérabilité accrue souligne la nécessité d'interventions adaptées, ciblant spécifiquement les besoins en sommeil de cette population.

SOMMEIL POST-TCC : QUELLES DIRECTIVES POUR LES PERSONNES ÂGÉES?

C'est La Fondation Ontarienne de Neurotraumatologie a publié en 2023 les *Living Concussion Guidelines*, présentant plusieurs recommandations pour optimiser la récupération après un TCC léger, dont sept portant spécifiquement sur le sommeil (Marshall et al., 2023) (Figure 1). L'une des recommandations clés de ce guide est de privilégier en première intention des interventions non pharmacologiques, notamment la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I), une approche structurée visant à modifier les comportements et pensées qui entretiennent l'insomnie. Lorsque la TCC-I n'est pas accessible, il est recommandé de recourir aux conseils professionnels sur l'hygiène du sommeil. La médication (somnifères ou autres) peut également être envisagée, mais uniquement sur de courtes périodes, afin de limiter les risques d'effets indésirables tels que la dépendance.

Ces recommandations, bien que pertinentes, s'adressent principalement à la population adulte générale et ne tiennent pas compte des besoins spécifiques

des personnes âgées. Or, ces dernières présentent des changements physiologiques qui influencent la pharmacocinétique et la pharmacodynamie, augmentant ainsi le risque d'effets indésirables. Leurs comorbidités, la polymédication et la fragilité cognitive ou fonctionnelle peuvent également limiter l'efficacité, voire la pertinence, de certaines approches, y compris non pharmacologiques. Par ailleurs, la majorité des TCC chez les aînés sont légers et pris en charge directement dans leur milieu de vie, qu'il s'agisse du domicile ou d'un centre de soins de longue durée, ce qui peut restreindre l'accès à des ressources spécialisées. Les interventions doivent donc être adaptées à leur profil clinique et à leur contexte pour en maximiser les bénéfices tout en minimisant les risques.

Dans ces circonstances, il devient pertinent de faire le point sur les écrits existants afin d'identifier les approches les plus prometteuses pour intervenir auprès des personnes âgées qui se rétablissent d'un TCC à domicile ou dans un établissement de soins de longue durée. En identifiant ces approches, **cette revue pourra servir de référence pour dégager des pistes concrètes et prometteuses, fondées sur des données probantes, afin d'améliorer le sommeil des personnes âgées se rétablissant d'un TCC.**

FIGURE 1. DIRECTIVES POUR MIEUX GÉRER LE SOMMEIL APRÈS UN TCCL



*Inspirée des recommandations de la Fondation Ontarienne de Neurotraumatologie (Marshall et al., 2023).

STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Questions de recherche et concepts clés

Afin de répondre au but de l'étude, une revue de la portée a été réalisée. Lors de notre recherche préliminaire, aucun article portant spécifiquement sur la gestion du sommeil chez la personne âgée ayant subi un TCC n'a été identifié. Face à ce constat, nous avons élargi notre recherche afin de recenser les interventions non pharmacologiques visant l'amélioration du sommeil chez la personne âgée en général. Nous avons par la suite évalué leur potentiel de transférabilité aux personnes âgées qui se rétablissent d'un TCC en nous appuyant sur des cadres théoriques reconnus dans le domaine, en considérant des critères pragmatiques tels la durée et la simplicité de l'intervention.

Trois questions ont guidé l'identification des concepts (Tableau 1) et la recherche :

1. Quelles interventions non pharmacologiques sur le sommeil ont été documentées chez les personnes âgées vivant à domicile ou en établissement de soins de longue durée, et quelles sont leurs caractéristiques (types, modalités, professionnels impliqués, durée, fréquence, etc.)?
2. Quels résultats concernant le sommeil ont été rapportés?
3. Sur la base de critères théoriques pertinents, quelles interventions semblent transférables à la population âgée qui se rétablit d'un TCC?

TABLEAU 1 : STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE AVEC LE MODÈLE PICO

Concept	Mots-clés français	Mots-clés anglais
Population	Personne âgée OR aîné* OR senior*	elderly* OR aged OR older people OR geriatric* OR senior*
	vivant à domicile OR soins de longue durée OR CHSLD	home* OR "long-term care" OR "residential care"
Intervention	interventions non pharmacologiques OR thérapie cognitivo-comportementale OR TCC-I OR modification environnementale OR activité physique OR hygiène du sommeil	non-pharmacologic intervention* OR cognitive behavioral therapy OR CBT-I OR environmental modification* OR exercise OR sleep hygiene
Sleep / Habitudes de sommeil	sommeil OR troubles du sommeil OR insomnie OR hypersomnolence OR rythme circadien OR parasomnies NOT apnée	sleep OR sleep disorder* OR insomnia OR hypersomnolence OR circadian rhythm OR parasomnia* NOT apnea

Concept	Mots-clés français	Mots-clés anglais
Symptômes associés au TCC	fatigue OR humeur OR cognition OR qualité de vie	fatigue OR mood OR cognition OR quality of life
Comparaison (C)	groupe contrôle OR soins standards OR placebo OR comparaison entre interventions	control group OR usual care OR placebo OR intervention comparaison
Outcome (O)	amélioration du sommeil OR effets indirects sur le sommeil	sleep improvement OR indirect sleep outcomes

CHOIX DES SOURCES DE DONNÉES ET CRITÈRES D'INCLUSION

J.L.: Le Bureau de partenariat et les actions du Comité expérience uLes bases de données PubMed, CINAHL et PsycINFO ont été consultées. La recherche documentaire a utilisé les opérateurs booléens AND et OR pour combiner les différents termes et synonymes. Les mots-clés ont été recherchés à la fois dans le titre et dans le résumé des articles afin d'optimiser la couverture des écrits pertinents. Les études incluses devaient porter sur des participants âgés en moyenne de 60 ans et plus, vivant à domicile ou en établissement de soins de longue durée. Les patients hospitalisés temporairement, les personnes présentant des troubles psychiatriques et neurocognitifs graves et les vétérans ont été exclus afin de préserver la transférabilité des résultats à une population âgée générale. Les interventions devaient être non pharmacologiques et viser principalement l'amélioration du sommeil en conjugaison ou non avec un autre symptôme associé comme la fatigue. Les études évaluant uniquement des approches pharmacologiques ont été exclues. En raison des progrès récents dans le suivi et la gestion des troubles du sommeil (Chi et al., 2020), seules les études publiées entre 2015 et 2025 ont été incluses. Les écrits devaient rapporter au moins un résultat lié au sommeil, mesuré subjectivement (ex. : questionnaires, autoévaluations) ou objectivement (ex. : actigraphie, polysomnographie).

SÉLECTION DES SOURCES DE DONNÉES

Le processus de sélection des sources de données s'est déroulé en plusieurs étapes, conformément aux recommandations PRISMA. Une première recherche a identifié 720 articles après suppression des doublons. Après lecture des titres et résumés, 65 articles ont été jugés pertinents et conservés pour évaluation en texte intégral. Ces 65 articles ont ensuite été examinés indépendamment par deux réviseurs (DP, CA) afin de confirmer leur admissibilité. En cas de désaccord, un troisième évaluateur était consulté pour parvenir à un consensus. À l'issue de ce processus, 30 études répondant aux critères d'inclusion ont été retenues pour l'analyse finale.

EXTRACTION ET ANALYSE DES DONNÉES

L'extraction a été réalisée par un premier réviseur (DP) et contrevérifiée par un second (CA) afin d'assurer la rigueur du processus. Les informations recueillies comprenaient : le ou les auteur(s), l'année de publication, l'âge moyen de l'échantillon, la modalité d'intervention, la durée et la fréquence, et l'adhérence de l'intervention. Les résultats rapportés ont été extraits dans un tableau séparé et sont présentés de manière narrative, sans inclure de données chiffrées.

ÉVALUATION DU POTENTIEL DE TRANSFÉRABILITÉ

Afin d'évaluer le potentiel de transférabilité des interventions sommeil vers une population âgée ayant subi un TCC, une grille de repérage fondée sur trois critères simples, concrets et facilement identifiables dans les écrits a été utilisée. Ces critères comprenaient : (1) la durée et l'intensité de l'intervention, les formats plus courts (≤ 8 semaines) et moins fréquents (≤ 2 fois/semaine) étant considérés comme plus adaptés aux personnes âgées avec TCC ; (2) la simplicité de livraison de l'intervention, les approches autodirigées ou offertes par un professionnel non spécialisé étant jugées plus réalistes à implanter ; et (3) les indicateurs d'adhérence ou de satisfaction, tels que les taux de participation ($\geq 75\%$) ou les commentaires des patients. Inspirés du *Theoretical Framework of Acceptability* (Sekhon et al., 2017) et des principes de proportionnalité clinique en gériatrie, ces éléments ont servi à estimer, de manière pragmatique, quelles interventions présentaient un fort potentiel de transférabilité dans un contexte gériatrique post-TCC. Un point était attribué aux interventions lorsqu'elles respectaient l'un des critères énumérés ci-haut. Les interventions ayant 0-1 points étaient considérées comme faiblement transférables, celles ayant 2 points comme modérément transférables et celles ayant les 3 points comme fortement transférables.

INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES RECENSÉES

Au total, 30 études ont été analysées : 3 portant sur les psychothérapies, 11 sur les interventions axées sur le mode de vie et les comportements, 4 sur les approches corps-esprit, 5 sur les interventions physiologiques et environnementales, 4 sur les thérapies manuelles et thermales et 3 sur des interventions combinées (Figure 2).

De façon sommaire (Tableau 2), les interventions sur le mode de vie et les comportements, comme l'activité physique ou l'éducation à l'hygiène du sommeil, durent de 2 à 24 semaines, 2 à 7 séances/semaine, avec une adhérence moyenne de 88 % et sont souvent encadrées par des spécialistes. Les approches physiologiques et environnementales (aromathérapie, luminothérapie,

camomille) sont plus brèves (1 à 10 semaines) avec une adhérence proche de 90 %. Les interventions corps-esprit (Tai Chi, Baduanjin) varient de 8 à 24 semaines, avec une adhérence de 73-75 %, en auto-administration ou sous supervision. Les interventions manuelles et thermales sont courtes (de 1 à 8 semaines), nécessitent un professionnel et présentent un taux d'adhérence de 98 %. Les approches psychothérapeutiques (TCC-I, pleine conscience) sont courtes (de 4 à 8 semaines), avec une adhérence moyenne de 92 % et peuvent se faire à domicile ou avec un spécialiste. Enfin, les programmes multimodaux sont courts (de 4 à 10 semaines), avec une adhérence de 84 % et nécessitent souvent l'accompagnement d'un professionnel.

FIGURE 2. RÉPARTITION DES INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES POUR LE SOMMEIL



RÉSULTATS SUR LE SOMMEIL

Interventions sur le mode de vie et comportements

Onze études ont évalué l'activité physique (aérobie, résistance, Tai Chi, callisthénie, pilates) ou l'éducation à l'hygiène du sommeil. Certains programmes d'exercices combinés, comme la résistance-aérobie (Sousa et al., 2017) ou l'aérobie en soirée (Seol et al., 2021), ont amélioré la qualité, la continuité et la satisfaction liées au sommeil, parfois en augmentant le sommeil profond (Melançon et al., 2015). Le Tai Chi a montré des bénéfices sur le sommeil, la cognition et le bien-être (Li et al., 2024; Ibrahim et al., 2024), tandis que d'autres approches comme les bandes élastiques, callisthénie ou pilates ont amélioré la qualité globale du sommeil et réduit la fatigue ou la dépression. L'éducation à l'hygiène du sommeil a diminué la somnolence diurne et la fatigue (Polat et Karasu, 2022).

Interventions physiologiques et environnementales

Cinq études ont porté sur l'aromathérapie, la luminothérapie et l'extrait de camomille. L'aromathérapie a amélioré la qualité du sommeil et réduit la fatigue chez les aînés en soins de longue durée (Faydali et Çetinkaya, 2018; Genç et al., 2020). La luminothérapie n'a pas modifié le sommeil, mais l'exposition matinale à la lumière stabilise les rythmes veille-sommeil (Wu et al., 2015; Juda et al., 2020). L'extrait de camomille a amélioré l'efficacité du sommeil par rapport au groupe contrôle, sans influencer les autres composantes du sommeil (Abid-Hajbaghery et Musavi, 2017).

Interventions corps-esprit

Quatre études ont évalué la pleine conscience (MBSR, MAP) et le Baduanjin. Le MBSR a amélioré la qualité globale du sommeil et le fonctionnement diurne (Gallegos et al., 2016; Zhang et al., 2015). Le Baduanjin a renforcé la qualité du sommeil et la qualité de vie (Fan et al., 2020), et la MAP a réduit les perturbations du sommeil, la dépression et la fatigue comparativement à l'éducation à l'hygiène du sommeil (Black et al., 2015).

Interventions manuelles et thermales

L'acupression a amélioré le sommeil en milieu communautaire et en soins de longue durée (Zeng et al., 2016; Lai et al., 2017). La balnéothérapie a contribué à la qualité du sommeil, au niveau de douleur et à l'humeur, avec des effets variables selon le sexe (Latorre-Román et al., 2015). Un bain de main chaud avec massage a réduit la latence d'endormissement et amélioré l'efficacité du sommeil chez des femmes âgées vivant en communauté (Kudo et Sasaki, 2020).

Psychothérapies

Trois études ont évalué la TCC-I. Kutzer et al. (2023) ont observé une réduction des croyances dysfonctionnelles liées au sommeil. Fung et al. (2025) ont noté une diminution de la nycturie, et Lovato et al. (2016) ont rapporté des améliorations significatives et durables de la qualité et de l'efficacité du sommeil, maintenues jusqu'à trois mois post-traitement.

Programmes combinés

Les interventions multimodales, telles que Tai Chi + pleine conscience + art thérapie + musicothérapie (Rawtaer et al., 2018), Tai Chi + stimulation magnétique transcrânienne (He et al., 2024) ou entraînement cognitif + hygiène du sommeil (De Almondes et al., 2017) ont amélioré le sommeil, la qualité de vie et les fonctions cognitives, avec des effets variables selon les

combinaisons et la population ciblée.

INTERVENTIONS
TRANSFÉRABLES

POTENTIELLEMENT

En tenant compte de trois critères de transférabilité, soit le taux d'adhérence ($\geq 75\%$), la durée-fréquence (≤ 8 semaines et $\leq 2x$ /semaine) et le type de modalité (autonome/à distance ou par un professionnel non spécialisé), seules 5 des 30 (17 %) interventions recensées ont été jugées comme ayant un potentiel de transférabilité élevé à une population âgée ayant un TCC. Ces interventions sont réparties ainsi : 2 interventions axées sur les modes de vie et comportements (activité physique et hygiène du sommeil) (Li et al., 2020 ; Polat et Karasu, 2022), 2 interventions sur les psychothérapies (TCC-I) (Kutzer et al., 2023 ; Fung et al., 2025) et 1 intervention corps-esprit (méditation pleine conscience) (Black et al., 2015). Ces interventions partagent toutes des caractéristiques favorables à une population âgée, comme elles sont courtes, peu exigeantes, ne nécessitent pas le recours à des professionnels et/ou peuvent être conduites à 100 % à distance. Parmi les interventions restantes, 7 avaient un potentiel de transférabilité modéré (23 %) et 18 en avaient un faible (60 %).

TABLEAU 2. TYPES ET CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES RECENSÉES

	Auteur(s), année	Milieu	Âge moyen	Modalités	Durée-fréquence	Livraison (lieu, administration)	Adhérence	Transférabilité potentielle
1. Mode de vie et comportements	Li et al., 2020	Domicile	75 ans	Activité physique	6 semaines, 2x/semaine	Domicile, Auto-administrée	100 %	Élevée (3/3)
	Polat et al., 2022	Domicile	69 ans	Hygiène du sommeil	2 semaines, 2x/semaine	Domicile, Spécialiste	93 %	Élevée (3/3)
	Chen et al., 2016	Maison de soins	80 ans	Résistance	24 semaines, 3x/semaine	Domicile Professionnel non spécialisé	84 %	Modérée (2/3)
	Seol et al., 2021	Domicile	71 ans	Aérobie	8 semaines, 7x/semaine	Domicile, Auto-administrée	82 %	Modérée (2/3)
	Melançon et al., 2015	Domicile	64 ans	Aérobie	16 semaines, 3x/semaine	Salle de sport, Spécialiste	100 %	Faible (1/3)
	Çuri et al., 2018	Domicile	64 ans	Exercices de pilates au sol	16 semaines, 2x/semaine	Salle de sport, Spécialiste	95 %	Faible (1/3)
	Sousa et al., 2017	Domicile	67 ans	Résistance + aérobie	8 semaines, 3x/semaine	Salle de sport, Spécialiste	100 %	Faible (1/3)
	Bullock et al., 2020	Domicile	> 60 ans	Activité physique	12 semaines, 3x/semaine	Salle de sport, Spécialiste	78 %	Faible (1/3)
	Li et al., 2024	Domicile	67 ans	Tai Chi	8 semaines, 3x/semaine	Salle de sport, Spécialiste	77 %	Faible (1/3)
	Ibrahim et al., 2024	Domicile	63 ans	Tai Chi	12 semaines, 3x/semaine	Domicile, Auto-administrée	71 %	Faible (1/3)
	Cetisli-Korkmaz et al., 2023	Maison de soins	69 ans	Callisthénie	6 semaines, 3x/semaine	Salle de sport, Spécialiste	NR	Faible (0/3)

	Auteur(s), année	Milieu	Âge moyen	Modalités	Durée-fréquence	Livraison (lieu, administration)	Adhèrenc e	Transférabilité potentielle
2. Physiologiques et environnementales	Genc et al., 2020	Maison de soins	73 ans	Aromathérapie	4 semaines, 7x/semaine	Domicile, Auto-administrée	100 %	Modérée (2/3)
	Faydali et Cetinkaya, 2018	Maison de soins	68 ans	Aromathérapie	1 semaine, 7x/semaine	Domicile, Auto-administrée	100 %	Modérée (2/3)
	Abid-Hajboghay et Mousavi, 2017	Maison de soins	69 ans	Extrait de camomille	4 semaines, 14x/semaine	Domicile, Auto-administrée	100 %	Modérée (2/3)
	Juda et al., 2020	Domicile	83 ans	Luminothérapie	10 semaines, 7x/semaine	Domicile, Auto-administrée	74 %	Faible (1/3)
	Wu et al., 2015	Maison de soins	80 ans	Luminothérapie	4 semaines, 3x/semaine	Domicile, Spécialiste	74 %	Faible (0/3)
3. Corps-esprit	Black et al., 2015	Domicile	66 ans	Méditation pleine conscience	6 semaines, 1x/semaine	Domicile, Auto-administrée	88 %	Élevée (3/3)
	Zhang et al., 2015	Domicile	> 75 ans	Pleine conscience	8 semaines, 7x/semaine	Domicile, Auto-administrée	95 %	Modérée (2/3)
	Gallegos et al., 2016	Domicile	72 ans	Pleine conscience	8 semaines, 1x/semaine	NR, Spécialiste	88 %	Modérée (2/3)
	Fan et al., 2020	Domicile	71 ans	Corps-esprit (Baduanjin)	24 semaines, 5x/semaine	NR, Spécialiste	74 %	Faible (0/3)
4. Manuelles et thermales	Zeng et al., 2016	Domicile	71 ans	Acupression	3 semaines, 15x/semaine	NR, Spécialiste	97 %	Faible (1/3)
	Latorre-Román et al., 2015	Domicile	70 ans	Balnéothérapie	2 semaines, 7x/semaine	Spa, Spécialiste	100 %	Faible (1/3)
	Lai et al., 2017	Maison de soins	> 65 ans	Acupression	8 semaines, 3x/semaine	Domicile, Spécialiste	100 %	Faible (1/3)
	Kudo et Sasaki, 2020	Domicile	78 ans	Massage de mains + bain chaud	1 semaine, 7x/semaine	NR, Spécialiste	93 %	Faible (1/3)
5. Psychothérap ies	Fung et al., 2025	Domicile	71 ans	TCC-i	5 semaines, 1x/semaine	Domicile, Spécialiste	100 %	Élevée (3/3)
	Kutzer et al., 2023	Domicile	66 ans	TCC-i	8 semaines, 1x/semaine	Domicile, Auto-administrée	78 %	Élevée (3/3)
	Lovato et al., 2016	Domicile	63 ans	TCC-i	4 semaines, 4x/semaine	NR, Spécialiste	98 %	Faible (1/3)
6. Combinées	Rawdaer et al., 2018	Domicile	69 ans	Tai Chi + pleine conscience + art-thérapie + thérapie musicale	10 semaines, 1x/semaine	Centre de recherche, Spécialiste	84 %	Faible (1/3)
	He et al., 2024	Domicile	69 ans	Tai Chi + SMT	4 semaines, 3x/semaine	NR, Spécialiste	84 %	Faible (1/3)
	De Almondes et al., 2017	Domicile	69 ans	Entraînement cognitif + hygiène du sommeil	NR	NR, Spécialiste	NR	Faible (0/3)

DISCUSSION

Le sommeil chez les personnes âgées représente un enjeu majeur, puisqu'il influence leur qualité de vie, leur fonctionnement cognitif ainsi que leur santé psychologique (Corbo et al., 2023). Dans cette optique, le présent article met en évidence l'éventail d'interventions non pharmacologiques actuellement disponibles pour favoriser un meilleur sommeil auprès de cette population. Il souligne aussi l'importance de choisir des approches adaptées au contexte clinique et gériatrique, en tenant compte des contraintes souvent rencontrées par les personnes âgées, comme le besoin de simplicité ou les limitations de mobilité. De telles interventions, rapides et ciblées, favorisent une meilleure adhésion et une plus grande satisfaction globale (Yeom et al., 2009 ; Guay et al., 2025).

Dans ce contexte, cinq des interventions recensées se distinguent par leur fort potentiel de transférabilité auprès d'une population âgée présentant des troubles du sommeil à la suite d'un TCC. Celles-ci se caractérisent par des programmes courts, peu exigeants, accessibles à distance ou pouvant être administrés par des professionnels non spécialisés. Ces caractéristiques sont cruciales pour les personnes âgées plus vulnérables, notamment celles présentant des comorbidités multiples ou des limitations fonctionnelles, comme c'est le cas des individus ayant subi un TCC (Hanafy et al., 2021). Ces interventions regroupent des programmes d'activité physique simples, l'éducation à l'hygiène du sommeil, la TCC-I et la méditation de pleine conscience. Elles se caractérisent par des taux d'adhérence élevés, une fréquence modérée et des durées courtes, ce qui en facilite l'intégration dans la routine quotidienne des aînés. Les interventions axées sur le mode de vie, telles que l'activité physique (aérobie, résistance, Tai Chi, pilates) et l'éducation à l'hygiène du sommeil, sont particulièrement bien documentées chez les personnes âgées et sont reconnues pour être efficaces en contexte de TCC (Mas et al., 2017 ; Bogdanov et al., 2017). Elles contribuent à améliorer la qualité du sommeil, à réduire la fatigue et à favoriser le bien-être psychologique, tout en limitant la charge organisationnelle. Leur accessibilité constitue un facteur clé de succès, car elle encourage une adhésion durable, ce qui est indispensable à l'efficacité de ces approches (Horsch et al., 2017). En revanche, les interventions plus longues, complexes ou exigeantes, bien que cliniquement pertinentes, demeurent difficiles à généraliser, particulièrement auprès des populations fragiles.

CONCLUSION

Le développement et la promotion d'interventions non pharmacologiques simples, de courte durée et facilement accessibles pour la prise en charge des troubles du sommeil devraient constituer une priorité en gériatrie. Le

principal défi demeure toutefois de concilier la rigueur scientifique avec les contraintes du terrain, afin d'offrir aux personnes âgées des solutions viables, personnalisées et mobilisables à grande échelle. Les interventions non pharmacologiques qui favorisent l'autonomie, comme l'éducation à l'hygiène du sommeil, la méditation guidée ou l'activité physique adaptée, devraient être privilégiées en première ligne. Les interventions manuelles et thermales représentent également des options pertinentes, notamment en établissement de soins, puisqu'elles contribuent à réduire le stress et la tension. Enfin, la psychothérapie, même lorsqu'elle est brève ou offerte à distance, devrait être plus largement proposée compte tenu de son efficacité démontrée. La mise en œuvre de ces approches simples et transférables constitue ainsi une stratégie clé pour améliorer la qualité du sommeil, le bien-être psychologique et la qualité de vie des personnes âgées, tout en tenant compte des contraintes propres aux populations vulnérables, comme celles ayant subi un TCC.

Auteures



DAPHNÉE PELLETIER, B.SC.

Diplômée en neurosciences cognitives de l'Université de Montréal, Daphnée s'intéresse aux mécanismes du sommeil et aux stratégies non pharmacologiques favorisant la récupération après un traumatisme craniocérébral.



CAROLINE ARBOUR, INF., PH.D.

Louise Professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et titulaire d'une Chaire de recherche du Canada, Caroline Arbour mène des recherches sur le rôle du sommeil dans la récupération après un traumatisme et en oncologie, avec un accent sur le développement d'interventions novatrices et accessibles.

Références

Abid-Hajbaghery, M. et Mousavi, S.N. (2017). The effects of chamomile extract on sleep quality among elderly people: A clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 35, 109-114. doi: 10.1016/j.ctim.2017.09.010

Aoun, R., Rawal, H., Attarian, H. et Sahni, A. (2019). Impact of traumatic brain injury on sleep: an overview. *Nature and Science of Sleep*, 11, 131-140. doi: 10.2147/NSS.S182158

Association québécoise des neuropsychologues. (s.d.). *Traumatisme-cranio-cérébral*. <https://aqnp.ca/documentation/neurologique/le-traumatisme-cranio-cerebral/>

Black, D. S., O'Reilly, G. A., Olmstead, R., Breen, E. C. et Irwin, M. R. (2015). Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 175(4), 494-501. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.8081

Bogdanov, S., Naismith, S. et Lah, S. (2017). Sleep outcomes following sleep-hygiene-related interventions for individuals with traumatic brain injury: A systematic review. *Brain Injury*, 31(4), 422-433. doi: 10.1080/02699052.2017.1282042

Bullock, A., Kovacevic, A., Kuhn, T. et Heisz, J. J. (2020). Optimizing Sleep in Older Adults: Where Does High-Intensity Interval Training Fit? *Frontiers in psychology*, 11, 576316. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.576316>

Capizzi, A., Woo, J. et Verduzco-Gutierrez, M. (2020). An Overview of Epidemiology, Pathophysiology, and Medical Management. *Medical Clinics of North America*, 104(2), 213-238. doi: 10.1016/j.mcna.2019.11.001

Cetisli-Korkmaz, N., Kara-Cakici, G., Dogru-Huzmeli, E., Huzmeli, I. et Melek, I.M. (2023). The effects of calisthenic exercises on sleep quality, fatigue, and depression in elder adults. *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 34(3), 357-366. <https://doi.org/10.21653/tjpr.1015487>

Chen, K-M., Li, C-H., Huang, H-T. et Chen, Y-Y. (2016). Feasible modalities and long-term effects of elastic band exercises in nursing home older adults in wheelchairs: A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 4-14. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.11.004

Chi, J., Cao, W. et Gu, Y. (2020). Recent Progress in Sleep Quality Monitoring and Non-drug Sleep Improvement. *Frontiers in human Neuroscience*, 14(21). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.00021>

Corbo I., Forte, G., Favieri, F. et Casagrande, M. (2023). Poor Sleep Quality in Aging: The Association with Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3). doi: 10.3390/ijerph20031661

Curi, V.S., Vilaça, J., Haas, A.N. et Fernandes, H.M. (2018). Effects of 16-weeks of Pilates on health perception and sleep quality among elderly women. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 74, 118-122. doi: 10.1016/j.archger.2017.10.012

De Almondes, K. M., Leonardo, M. E. M. et Moreira, A. M. S. (2017). Effects of a cognitive training program and sleep hygiene for executive functions and sleep quality in healthy elderly. *Dementia & neuropsychologia*, 11(1), 69-78. doi: 10.1590/1980-57642016dn11-010011

Fan, B., Song, W., Zhang, J., Er, Y., Xie, B., Zhang, H., Liao, Y., Wang, C., Hu, X., McIntyre, R. et Lee, Y. (2020). The efficacy of mind-body (Baduanjin) exercise on self-reported sleep quality and quality of life in elderly subjects with sleep disturbances: a randomized controlled trial. *Sleep and Breathing*, 24, 695-701. doi: 10.1007/s11325-019-01999-w

Faydali, S. et Çetinkaya, F. (2018). The Effect of Aromatherapy on Sleep Quality of Elderly People Residing in a Nursing Home. *Holistic nursing practice*, 32(1), 8-16. doi: 10.1097/HNP.0000000000000244

Fung, C. H., Huang, A. J., Markland, A. D., Schembri, M., Martin, J. L., Bliwise, D. L., Cheng, J., Alessi, C. A., Johnson, T. M., 2nd, Burgio, K. L., Muirhead, L., Neymark, A., Der-McLeod, E., Sergeant, T., Chang, A., Bauer, S. R., Spencer, C., Guzman, A. et Vaughan, C. P. (2025). A multisite feasibility study of integrated cognitive-behavioral treatment for co-existing nocturia and chronic insomnia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 73(2), 558-565. doi: 10.1111/jgs.19214

Gallegos, A. M., Moynihan, J. et Pigeon, W. R. (2016). A Secondary Analysis of Sleep Quality Changes in Older Adults From a Randomized Trial of an MBSR Program. *Journal of Applied Gerontology*, 37(11), 1327-1343. <https://doi.org/10.1177/0733464816663553>

Gardner, R.C., Dams O'Connor, K., Morrissey, M.R. et Manley, G.T. (2018). Geriatric Traumatic Brain Injury: Epidemiology, Outcomes, Knowledge Gaps, and Future Directions. *Journal of Neurotrauma*, 35(7), 877-989. doi: 10.1089/neu.2017.5371

Genç, F., Karada, S., KiliçAkça, N., Tan, M. et Cerit, D. (2020). The Effect of Aromatherapy on Sleep Quality and Fatigue Level of the Elderly: A Randomized Controlled Study. *Holistic nursing practice*, 34(3), 155-162. doi: 10.1097/HNP.0000000000000385

Ghneim, M.H., Broderick, M. et Stein, D.M. (2024). Sleep-Wake Disorders Among Older Adults Following Traumatic Brain Injury. Dans L.J. Noble-Haeusslein, et D.M. Schnyer (dir.), *Traumatic Brain Injuries: Navigating the Unique Terrain of the Injured Young and Aged Brains* (1ère éd., vol. 42, p. 85-98). Springer Nature Switzerland.

Guay, E., Ngô, T.L., Jetté-Pomerleau, V., Goulet, J. et Moderie, C. (2025). *Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement de l'insomnie chez l'adulte et la personne âgée*. TCC Montréal. <https://tccmontreal.com/wp-content/uploads/2025/02/guide-therapie-comportementale-e-insomnie.pdf>

Hanafi, S., Xiong, C., Chan, V., Sutton, M., Escobar, M., Colantonio, A. et Mollaveya, T. (2021). Comorbidity in traumatic brain injury and functional outcomes: a systematic review. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 57(4), 535-550. doi: 10.23736/S1973-9087.21.06491-1

He, J., Chan, S.W., Lin, J. et Tsang, H.W. (2024). Integration of tai chi and repetitive transcranial magnetic stimulation for sleep disturbances in older adults: A pilot randomized controlled trial. *Sleep Medicine*, 122, 35-44. doi: 10.1016/j.sleep.2024.07.029

Horsch, C., Spruit, S., Lancee, J., Eijk, R.V., Beun, R.J., Neerincx, M. et Brinkman, W.P. (2017). Reminders make people adhere better to a self-help sleep intervention. *Health Technology*, 7(2), 173-188. doi: 10.1007/s12553-016-0167-x

Hunzinger, K.J., Law, C.A., Elser, H., Walter, A.E., Windham, B.G., Palta, P., Juraschek, S.P., Hicks, C.W., Gottesman, R.F. et Schneider, A.L.C. (2023). Associations Between Head Injury and Subsequent Risk of Falls: Results From the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Neurology*, 101(22), 2234-2242. <https://doi.org/10.1212/WNL.000000000000207949>

Ibrahim, F. M., Fadila, D. E., Elshatarat, R. A., Ibrahim, A. M. et Abd Elmawla, D. A. (2024). Effect of a Home-Based Simplified Tai Chi Exercise Program on Sleep Quality, Daytime Sleepiness, Quality of Life, and Psychological Well-Being in Egyptian Older Adults: A Quasi-Experimental Study. *Biological research for nursing*, 26(2), 202-218. <https://doi.org/10.1177/10998004231205014>

Juda, M., Liu-Ambrose, T., Feldman, F., Suvagau, C. et Mistlberger, R. E. (2020). Light in the Senior Home: Effects of Dynamic and Individual Light Exposure on Sleep, Cognition, and Well-Being. *Clocks & sleep*, 2(4), 557-576. doi: 10.3390/clocksleep2040040

Kempf, J., Werth, E., Kaiser, P.R., Bassetti, C.L. et Baumann, C.R. (2010). Sleep-wake disturbances 3 years after traumatic brain injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 81(12), 1402-1405. doi: 10.1136/jnnp.2009.201913

Kudo, Y. et Sasaki, M. (2020). Effect of a hand massage with a warm hand bath on sleep and relaxation in elderly women with disturbance of sleep: A crossover trial. *Japan journal of nursing science: JJNS*, 17(3), e12327. doi: 10.1111/jjns.12327

Kutner, Y., Whitehead, L., Quigley, E., Fu, S. C. et Stanley, M. (2023). Subjective versus objective sleep outcomes in older adults with and without uncoupled sleep following online cognitive behavioural therapy for insomnia. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 23(2), 298-310. <https://doi.org/10.1111/psyg.12931>

Lai, F. C., Chen, I. H., Chen, P. J., Chen, I. J., Chien, H. W. et Yuan, C. F. (2017). Acupressure, Sleep, and Quality of Life in Institutionalized Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(5), e103-e108. doi: 10.1111/jgs.14729

Latorre-Román, P. Á., Rentero-Blanco, M., Laredo-Aguilera, J. A. et García-Pinillos, F. (2015). Effect of a 12-day balneotherapy programme on pain, mood, sleep, and depression in healthy elderly people. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 15(1), 14-19. doi: 10.1111/psyg.12068

Lésion Cérébrale Canada. (s.d.). *Traumatisme Craniocérébral (TCC)*. Traumatisme Craniocérébral (TCC) - Lésion Cérébrale Canada

Li, J., Hodgson, N., Lyons, M.M., Chen, K-C., Yu, F. et Gooneratne, N.S. (2020). A personalized behavioral intervention implementing mHealth technologies for older adults: A pilot feasibility study. *Geriatric nursing*, 41(3), 313-319. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.11.011

Li, L-Y., Xie, X., Jiang, H-X. et Yu, J. (2024). Improving Memory Through Better Sleep in Community-Dwelling Older Adults: A Tai Chi Intervention Study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 79(11). doi: 10.1093/geronb/gbae156

Lovato, N., Lack, L. et Kennaway, D.J. (2016). Comparing and contrasting therapeutic effects of cognitive-behavior therapy for older adults suffering from insomnia with short and long objective sleep duration. *Sleep Medicine*, 22, 4-12. doi: 10.1016/j.sleep.2016.04.001

Madhok, D.Y., Rodriguez, R.M., Barber, J., Temkin, N.R., Markowitz, A.J., Kreitzer, N. et Manley, G.T. (2022). Outcomes in Patients With Mild Traumatic Brain Injury Without Acute Intracranial Traumatic Injury. *JAMA Network Open*, 5(8). doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.23245

Marshall S., Lithopoulos A., Curran D., Fischer L., Velikonja D. et Bayley, M. (2023). Living Concussion Guidelines: Guideline for Concussion & Prolonged Symptoms for Adults 18 years of Age or Older. Home | Living Concussion Guidelines

Mas, M.F., Mathews, A. et Gilbert-Baffoe, E. (2017). Rehabilitation Needs of the Elder with Traumatic Brain Injury. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 28(4), 829 - 842. doi: 10.1016/j.pmr.2017.06.014

Melançon, M.O., Lorrain, D. et Dionne, I. J. (2015). Sleep depth and continuity before and after chronic exercise in older men: Electrophysiological evidence. *Physiology & Behavior*, 140, 203-208. doi: 10.1016/j.physbeh.2014.12.031

Ouellet, M.C., Beaulieu-Bonneau, S. et Morin, C.M. (2015). Sleep-wake disturbances after traumatic brain injury. *The Lancet Neurology*, 14(7), 746-757. doi: 10.1016/S1474-4422(15)00068-X

Polat, F. et Karasu, F. (2022). Effect of sleep hygiene training given to elderly individuals on daytime sleepiness and fatigue: A randomized controlled trial. *Perspectives in psychiatric care*, 58(4), 2161-2169. doi: 10.1111/ppc.13043

Rawtaer, I., Mahendran, R., Chan, H. Y., Lei, F. et Kua, E. H. (2018). A nonpharmacological approach to improve sleep quality in older adults. *Asia-Pacific psychiatry : official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 10(2), e12301. doi: 10.1111/appy.12301

Saxena, S., Zutrauen, S. et McFaul, S.R. (2024). Assault-related traumatic brain injury hospitalizations in Canada from 2010 to 2021: rates, trends and comorbidity. *Injury Epidemiology*, 11(4). <https://doi.org/10.1186/s40621-024-00486-5>

Sekhon, M., Cartwright, M. et Francis, J.J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Service Research*, 88. doi: 10.1186/s12913-017-2031-8

Seol, J., Fujii, Y., Inoue, T., Kitano, N., Tsunoda, K. et Okura, T. (2021). Effects of Morning Versus Evening Home-Based Exercise on Subjective and Objective Sleep Parameters in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 34(3), 232-242. <https://doi.org/10.1177/0891988720924709>

Silverberg, N.D., Iaccarino, M.A., Panenka, W.J., Iverson, G.L., McCulloch, K.L., Dams-O'Connor, I.K., Reed, N. et McCrea, M. (2020). Management of Concussion and Mild Traumatic Brain Injury: A Synthesis of Practice Guidelines. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(2), 382-393. doi: 10.1016/j.apmr.2019.10.179

Sousa, T. M. D. S., Rodrigues, B., Uchida, M. C., Ruberti, O. D. M., Schwengel, P. A., Novais, T. M. G., Oliveira, P. D. L. L., Almeida, F. D. J. F., Pulcherio, J. O. B. et Gambassi, B. B. (2017). Novel Combined Training Approach Improves Sleep Quality but Does Not Change Body Composition in Healthy Elderly Women : A Preliminary Study. *Journal of Aging Research*, 1-6. doi: 10.1155/2017/8984725

Taylor, C. A., Bell, J. M., Breiding, M. J. & Xu, L. (2017). Traumatic Brain Injury-Related Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Deaths - United States, 2007 and 2013. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C. : 2002)*, 66(9), 1-16. DOI: 10.15585/mmwr.ss6609a1

Williams, B.R., Lazic, S.E. et Ogilvie, R.D. (2008). Polysomnographic and quantitative EEG analysis of subjects with long-term insomnia complaints associated with mild traumatic brain injury. *Clinical Neurophysiology*, 119(2), 429-438. doi: 10.1016/j.clinph.2006.11.003

Wu, M. C., Sung, H. C., Lee, W. L. et Smith, G. D. (2015). The effects of light therapy on depression and sleep disruption in older adults in a long-term care facility. *International journal of nursing practice*, 21(5), 653-659. <https://doi.org/10.1111/ijn.12307>

Yeom, H.A., Keller, C. et Fleury, J. (2009). Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21(2), 95-100. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00390.x

Zeng, H., Liu, M., Wang, P., Kang, J., Lu, F. et Pan, L. (2016). The Effects of Acupressure Training on Sleep Quality and Cognitive Function of Older Adults: A 1-Year Randomized Controlled Trial. *Research in nursing & health*, 39(5), 328-336. doi: 10.1002/nur.21738

Zhang, J-X., Liu, X-H., Xie, X-H., Zhao, D., Shan, M-S., Zhang, X-L., Kong, X-M. et Cui, H. (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction for Chronic Insomnia in Adults Older than 75 Years: A Randomized, Controlled, Single-Blind Clinical Trial. *Explore*, 11(3), 180-185. doi: 10.1016/j.explore.2015.02.005

Zuzuárregui, J.R.P., Bickart, K. et Kutscher, S.J. (2018). A review of sleep disturbances following traumatic brain injury. *Sleep Science Practice* 2, 2. <https://doi.org/10.1186/s41606-018-0020-4>



DÉPRESCRIRE POUR MIEUX ACCOMPAGNER : L'EXPÉRIENCE D'UNE ÉQUIPE EN CHSLD

ODETTE ROY

INTRODUCTION

Le programme Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services, (OPUS-AP) mis en place par le ministère de la Santé et Services Sociaux (MSSS) du Québec vise à réduire l'utilisation des antipsychotiques chez les aînés vivant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

On devine rapidement que la déprescription des antipsychotiques représente un défi de taille tant sur le plan clinique qu'organisationnel. Dans les faits, cette approche privilégie des interventions non pharmacologiques pour les personnes aînées affectées de troubles neurocognitifs majeurs et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Ce changement implique une transformation des pratiques, un engagement de toute l'équipe interdisciplinaire sans compter une grande ouverture d'esprit face à de nouvelles façons de faire.

Le CHSLD d'Acton Vale (CHAV) compte 74 lits d'hébergement permanent, un lit de soins palliatifs, deux lits d'hébergement temporaire. La clientèle hébergée est principalement des personnes aînées de plus de 65 ans atteintes de troubles neurocognitifs, bien souvent des SCPD.

Ultimement, je souhaitais donner la parole aux professionnels du terrain, action cruciale facilitant la compréhension du changement « de l'intérieur » par les professionnels qui le font, suscitant une plus grande implication de tous, tout en proposant des solutions mieux adaptées au vécu de chaque personne aînée hébergée. Ainsi j'ai eu le plaisir d'échanger

par TEAMS avec des professionnels réguliers du CHAV, dont : Katrina Provost, infirmière clinicienne assistante infirmière-chef; Éric Patenaude, technicien en éducation spécialisée et Lucie Bonneau, pharmacienne. Ils ont partagé leurs expériences avec beaucoup d'enthousiasme¹.

Tout au long de nos deux rencontres, ils m'ont parlé de leurs expériences, de leur démarche OPUS-AP débutée en mars dernier ainsi que des stratégies mises de l'avant pour arriver à mobiliser l'équipe de soins. Sensibilisés aux effets délétères de l'utilisation inappropriée de la médication antipsychotique, soutenus par la direction des soins infirmiers du CISSME et leurs gestionnaires, soucieux de la qualité de vie des personnes hébergées, les membres de l'équipe multidisciplinaires du CHAV ont mis de l'avant la démarche OPUS-AP.

Dans cet article, j'ai pris soin de rapporter l'essence même des propos à partir d'une transcription soigneuse des échanges afin de livrer l'essentiel de toute la démarche OPUS-AP qui est en cours au CHAV, mais aussi de partager la richesse de cette expérience collective quotidienne vécue avec les personnes aînées du CHAV.

Les lecteurs et lectrices seront en mesure d'apprécier leur démarche, leurs stratégies priorisées et le travail réalisé auprès du résident et de sa famille, mais aussi de se rendre compte des avancées significatives vers un changement de pratiques et leurs effets sur cette clientèle hébergée.

1. Fidèle, au contexte dans lequel s'est déroulé les rencontres, j'ai convenu dans cet article de conserver la nomination des intervenants par leur prénom.

ODETTE ROY (OR) : J'AIMERAIS QUE VOUS NOUS PARLIEZ DE VOTRE EXPÉRIENCE - EN LIEN AVEC CE CHANGEMENT DE PRATIQUE QUI EST L'OPUS-AP

Katrina Provost (KP) : Pour Katrina, il est évident que la formation OPUS-AP offerte à l'ensemble de l'équipe a constitué une des bases significatives pour débiter le changement. « Cela a permis à l'équipe soignante d'acquérir des connaissances nécessaires sur les SCPD, leurs causes, leurs manifestations mais surtout de découvrir et se sensibiliser à différentes mesures alternatives. Ainsi, l'équipe est mieux outillée pour participer à un changement de pratique de cette envergure. **Essentiellement, ce sont ces nouvelles connaissances qui ont permis, entre autres, de briser un des mythes les plus persistants concernant l'efficacité de la médication antipsychotique pour contrer les SCPD.** Du même souffle, notre formation et nos discussions nous rappellent que la médication exerce des effets délétères sur la personne âgée. Notre équipe est en mesure de comprendre les risques associés à la médication comme les chutes et les blessures, l'hypotension artérielle, les infections ainsi que l'aggravation de la confusion et de symptômes de la démence responsables dans bien des cas de la perte d'autonomie de la personne âgée dans les activités de vie quotidienne. »

Lucie Bonneau (LB) : À titre de pharmacienne, Lucie qualifie son expérience globale comme positive et gratifiante tant sur le plan personnel que professionnel. Un programme qui renforce l'importance d'une équipe de soins au centre des soins. Ce qui lui apparaît comme un incontournable pour atteindre un meilleur bien-être pour les personnes hébergées.

De cette expérience, poursuit-elle, deux défis sont bien présents dans son esprit: 1) venir ébranler les mythes sur l'utilisation de la médication et son efficacité et par le fait même de l'importance de les déconstruire; 2) Le manque de temps : celui-ci constitue un autre obstacle avec lequel il faut composer.

« Le premier défi concerne les mythes sur la médication, il faut comprendre que la médication apporte une sécurité au personnel et que le retrait de cette médication vient altérer leur sentiment de sécurité. Avec des expériences positives, le soutien et les discussions, les membres de l'équipe réalisent progressivement que l'application des mesures alternatives est tout aussi efficace que la médication. Ainsi l'équipe devient de plus en plus compétente pour décoder des sources potentielles des SCPD et des mesures pour les contrer, comme le soulagement de la douleur, la satisfaction d'un besoin non comblé comme le froid, la faim et la peur qui se manifestent bien souvent par de

l'agitation, de l'agressivité et de l'errance chez des résidents présentant des maladies dégénératives. »

Quant au deuxième défi, le temps, Lucie en parle ainsi : « Bien il ne faut pas négliger le fait qu'il faut du temps pour informer, s'informer et communiquer. **Par exemple, les formations demandent la libération du personnel et du temps nécessaire pour y assister.** Aussi l'équipe a besoin de temps pour intégrer ces nouvelles connaissances et les appliquer dans nos soins auprès de cette clientèle. Il faut aussi du temps pour évaluer la personne hébergée, bien la connaître et rencontrer sa famille pour en savoir davantage sur ses habitudes, son mode de vie et ses activités avant l'hébergement. Puis, il est nécessaire de disposer du temps pour bien cibler les mesures alternatives pour contrer les SCPD, les appliquer, les ajuster et en mesurer l'impact sur la personne hébergée. Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que l'application des mesures alternatives demande du temps, plus de temps en tout cas que d'administrer un médicament, mais au final c'est beaucoup plus efficace pour la personne hébergée et aussi plus gratifiant pour l'équipe soignante. »

Éric Patenaude (EP) : Pour Éric, OPUS-AP constitue une démarche positive. Il apprécie la démarche amorcée jusqu'à présent avec l'équipe. « **C'est gratifiant de pouvoir prendre un temps d'arrêt avec toute l'équipe sur la situation de la personne hébergée, faire une évaluation de sa situation, de suivre et évaluer ses comportements pour comprendre ce qui se passe.** C'est gratifiant de voir que des interventions ciblées apportent des résultats positifs à la vie de la personne hébergée. Puis, l'équipe devient de plus en plus compétente pour composer avec des comportements d'agitation, de la douleur, etc. Jusqu'à présent, j'ai vu des personnes hébergées recommencer à manger seules, être davantage en interaction avec l'environnement et reprendre de l'autonomie. J'ajouterais l'importance du rôle de la pharmacienne. Ces connaissances avancées dans le domaine, en particulier avec les médicaments antipsychotiques, nous apportent un soutien en tant qu'équipe multidisciplinaire dans le choix, la réduction de la médication et son inefficacité face à plusieurs comportements. Un autre point qui vient enrichir mon expérience jusqu'à maintenant c'est l'importance « de vendre l'idée » à toute l'équipe et que tout le monde se sente interpellé par le changement de pratique. Pour toutes ces raisons, c'est une expérience positive. »

OR : J'AIMERAIS EN CONNAÎTRE DAVANTAGE SUR VOTRE DÉMARCHE EN LIEN AVEC CE PROJET OPUS-AP. CE QUE VOUS RETENEZ COMME DES FACTEURS ESSENTIELS POUR SOUTENIR CETTE DÉMARCHE AUPRÈS DE L'ÉQUIPE DE SOINS, LES INTERVENTIONS QUI ONT ÉTÉ GAGNANTES JUSQU'À PRÉSENT POUR RÉDUIRE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ET AUTRES. PUIS, PARLEZ-NOUS DE LA CONTRIBUTION DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE, DES PERSONNES ÂGÉES ET DE LEURS FAMILLES DANS CE CHANGEMENT DE PARADIGME.

KP : Pour Katrina, les capsules de formation OPUS-AP sont d'une richesse inestimable pour la gestion SCPD. « Cela a permis de réduire l'appréhension de l'équipe qui se sentait vraiment démunie pour faire face aux symptômes d'agitation, d'agressivité, des menaces verbales et d'errance, poursuit-elle. C'est certain que la formation est une intervention essentielle à la démarche de changement, mais elle doit s'accompagner de d'autres interventions pour « embarquer » tous les membres de l'équipe dans cette nouvelle pratique, pour les soutenir et encourager la collaboration. »

« On a adopté un processus d'un changement à petits pas au début du projet. On accorde une attention toute particulière au choix de la personne aînée, au comportement ciblé, à l'observation du comportement et aux mesures alternatives. Concrètement cela a voulu dire, au début de l'implantation, de choisir les situations les moins difficiles et par conséquent ayant plus de chance de succès. Comme les personnes aînées avec médicaments PRN seulement plutôt que réguliers. L'observation avec grille de comportements ciblés nous révélait bien souvent que le comportement était absent ou beaucoup moins présent que l'on prétendait. C'est en réalisant ces premières étapes du processus avec la personne aînée que nous étions en mesure de cesser la médication PRN. »

« Par la suite, on est passé à un autre degré de difficulté, à des situations où la personne hébergée avait une médication régulière d'antipsychotique. On a adopté le même processus : choix de la personne aînée, une personne à la fois, observation du comportement, analyse de la grille, discussion et partage des données avec l'équipe de soins suivi d'une rencontre pour convenir du plan d'intervention individualisé (PII). C'est certain que le coffre à outils des mesures alternatives SCPD nous est très utile pour le PII. On y présente plusieurs mesures alternatives pour mieux composer avec la gestion du refus, la stratégie décisionnelle, la méthode discontinuée, l'écoute active adaptée, la diversion, la validation etc.

Tout au long du processus, c'est l'assistante infirmière-chef (ASI) qui assure la communication avec les équipes de soir et de nuit et fournit les informations sur la situation de la personne âgée, la rencontre avec la famille, l'analyse de la grille et les

mesures alternatives prioritaires. »

EP : Pour Éric, la démarche par étape proposée par OPUS-AP est vraiment utile. On est invité à respecter les étapes et à ne pas en sauter une. « La démarche est systématique. De plus, il faut ajouter que le comité OPUS-AP de notre établissement, avec sa belle représentativité terrain, joue un rôle dans la mobilisation des équipes. Ça aide le monde à se sentir dans le coup et à maintenir l'intérêt du groupe. Ces différentes stratégies sont des gages de mobilisation. J'ajoute, qu'OPUS-AP ne doit pas se limiter qu'au résultat de cesser ou de réduire la médication, mais il doit aussi s'intéresser aux apprentissages des membres de l'équipe, à l'appropriation de leur rôle à chacune des étapes suivantes : choix de la personne hébergée, comportement ciblé et son observation, l'analyse et l'utilisation des mesures alternatives. »

« Par exemple, évoque Éric, nous avons vécu une situation où le comportement ciblé (errance) est réapparu chez la personne aînée. Le réflexe n'a pas été la prescription automatique, mais un retour sur le processus d'observation et d'analyse qui nous a amené à ajuster l'heure de ses soins d'hygiène. Une des mesures alternatives touchait l'organisation de notre travail. »

LB : Lucie renchérit sur l'importance du comité OPUS-AP. « Dès le départ, on était en mesure de préciser le rôle de chacun et celui de l'infirmière qui est au centre de la démarche, compte tenu de sa proximité avec les personnes hébergées. En plus, chacun et chacune d'entre nous était en mesure de mieux comprendre le projet OPUS et aussi la signification du terme « Optimisation », dans certains cas c'est de cesser, dans d'autres cas, il s'agit de diminuer la dose et pour d'autres d'éviter l'augmentation de la médication. Mais dans chaque situation cela signifie SURTOUT d'avoir recours à des mesures alternatives pour contrer les SCPD. »

Car, rappelons-le pour ces trois collègues, les mesures alternatives dans les situations SCPD, c'est autre chose que d'administrer la médication, c'est d'écouter, d'être alerte face aux besoins de base de tout être humain. Concrètement, pour les personnes aînées présentant des SCPD, les mesures alternatives concernent principalement l'approche relationnelle dans les soins lors de la communication des repas, des soins d'hygiène, des activités, etc. ainsi que l'environnement.

Et Lucie d'ajouter : « Les mesures alternatives ce sont toutes les interventions ou moyens autres que les médicaments. Un médicament auprès des personnes présentant des SCPD c'est comme un « Band-Aid », ça agit sur un comportement mais ça n'enlève pas la cause. C'est pour ces raisons que les interventions non pharmacologiques ont leur pesant d'or pour améliorer la vie des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs. »

OR : QUELS SONT LES PRINCIPAUX RÉSULTATS QUE VOUS AVEZ OBTENUS JUSQU'À MAINTENANT AU NIVEAU CLINIQUE ET DE LA GESTION (EX : QUALITÉ DE VIE DES RÉSIDENTS, SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE, DES FAMILLES, RÉDUCTION DES MÉDICAMENTS AU NIVEAU DE L'UNITÉ DE SOINS, ETC.)?

QUELS SONT LES ASPECTS DONT VOUS ÊTES LES PLUS FIERS COMME ÉQUIPE ET COMME PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET NON PROFESSIONNELS SUR LES PLANS CLINIQUE, GESTION, ÉQUIPE, (COMME PAR EX : PARTICIPATION DU RÉSIDENT ET SES PROCHES, PARTICIPATION DES PAB, COMMUNICATION, FAIRE FACE AUX OBSTACLES AVEC CRÉATIVITÉ, PLAN D'INTERVENTIONS INDIVIDUALISÉ, ETC.)?

KP : « Jusqu'à présent c'est une belle réussite. C'est positif pour tout le monde. Le fait d'avoir commencé avec des résidents plus faciles a été une clé pour nous. Une des expériences qui m'a marquée le plus jusqu'à présent est une résidente dont le but n'était pas de uniquement cesser la médication, mais d'améliorer sa qualité de vie. Nous avons effectué un travail étroit avec la famille pour mieux la connaître, son histoire de vie et ses habitudes. Cela a permis de mettre de l'avant des mesures alternatives qui ont donné des résultats comme une diminution des SCPD chez la résidente et la diminution de l'usage des antipsychotiques. Ce que je constate, c'est que les collègues « embarquent » dans le projet. On les informe, on leur donne le soutien et l'encadrement nécessaire. Sans compter qu'il y a un meilleur travail d'équipe et une participation accrue de la famille, ce sont d'autres résultats importants. »

EP : Pour Éric, ce dont il est le plus fier jusqu'à présent, c'est de voir le changement de culture qui s'opère dans l'unité de soins. OPUS-AP agissant comme un véritable catalyseur à la mobilisation. « Une personne à la fois et un comportement à la fois. OPUS-AP agit comme si on mettait la LOUPE sur la personne âgée, c'est un regard en 360 degrés sur la personne âgée avec la participation active de sa famille. Tous les efforts se concentrent sur cette personne. On sent le travail d'équipe avec les préposés, l'infirmière, l'infirmière auxiliaire, la pharmacienne, le médecin, etc. »

LB : Volontairement, Lucie ne livre pas de chiffres ni de statistiques. À ce moment-ci de l'implantation du projet, elle veut plutôt mettre l'accent sur certaines retombées comme l'amélioration de la qualité de vie des résidents en diminuant les effets secondaires.

« En se concentrant sur un résident à la fois, on dépasse largement les bénéfices auprès de la personne âgée avec qui on a fait la démarche d'optimisation de la médication. La culture de questionnement, la valorisation d'utilisation de mesures alternatives et les nouvelles compétences sont mises à profit avec les autres résidents de l'unité de soins. Il y a une forme de rayonnement qui s'exerce auprès de l'ensemble de la clientèle. »

Pour Lucie, une tendance se dessine. « Avec la validation des ordonnances, on observe qu'il y a moins d'initiation d'antipsychotiques, de nouvelles prescriptions. En soi, c'est une excellente nouvelle, mais la déprescription doit échapper au risque d'ajouter d'autres médicaments. Pour moi, une évidence est la suivante : il y en a moins, parce que l'équipe est davantage capable de gérer les SCPD, l'équipe en élude les raisons de leurs présences pour mettre de l'avant des interventions alternatives les plus efficaces. Cette démarche de soins permet d'atteindre le résultat recherché : Moins d'ordonnances antipsychotiques chez cette clientèle vulnérable ».

OR : QUELS SONT LES APPRENTISSAGES FAITS JUSQU'À PRÉSENT EN TANT QUE MEMBRES DE L'ÉQUIPE (PROFESSIONNELS ET PERSONNELS), LES APPRENTISSAGES DES RÉSIDENTS ET DE LEURS PROCHES AIDANTS?

D'une même voix, Karina, Lucie et Éric font un même constat. Leurs apprentissages sont nombreux.

KP : Sans aucun doute, la formation OPUS-AP est une valeur ajoutée pour réaliser un tel défi. « Ce sont ces nouvelles connaissances qui aident à baliser le changement en termes de processus de soins : l'évaluation, les outils d'observation, les décisions sur la médication antipsychotiques et les mesures alternatives. Puis un autre constat s'ajoute comme apprentissage, celui de travailler en équipe multidisciplinaire. On ne peut pas arriver à améliorer la vie des personnes hébergées sans l'apport des compétences de chaque membre de l'équipe. OPUS nous amène aussi un travail avec la famille et la personne âgée hébergée. Une relation humaine qui encourage leur intégration au sein de l'équipe. »

EP : Pour Éric, un des apprentissages les plus significatifs est de voir les forces de chacun dans l'équipe. « On réalise que l'on peut aller beaucoup plus loin comme équipe que seul. Ainsi chacun apporte sa contribution pour mieux comprendre ce qui se passe, évaluer, collecter et analyser les données, découvrir de nouvelles façons de faire. Et c'est ce qui fait la différence en termes de résultats pour la personne hébergée. Un autre apprentissage est de prendre conscience que la médication n'est pas la solution miracle dans plusieurs SCPD (les cris, par exemple). Le projet OPUS, nous amène à d'autres pratiques. On se questionne plus rapidement avant de recourir à des médicaments. Sur le plan personnel, c'est valorisant, on voit que l'on fait une différence. Il en va de même avec la famille, on les intègre dans la recherche de solutions, on leur communique des informations sur ce qui se passe, ce qu'elle peut faire et nul doute cela constitue un plus pour la famille. »

LB : Pour Lucie, OPUS-AP est venu renforcer l'importance de la famille qui joue un rôle majeur dans une démarche de déprescription.

« Pour la personne aînée atteinte de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées, la collaboration des familles constitue une source précieuse d'information dans l'élaboration de PII. Il y a aussi l'apprentissage des familles dans une approche qui valorise la réciprocité « donnant donnant ». On apprend de chacun dans cette recherche d'amélioration de la qualité de vie, puis les familles réalisent comment les informations qu'elles fournissent sur leur proche sont importantes. On vit une meilleure collaboration. »

Lucie d'ajouter : « Mon expérience m'apprend beaucoup sur l'importance de démedicaliser les soins, démedicaliser le vieillissement, démedicaliser la maladie d'Alzheimer et autres conditions apparentées. De plus, j'apprends beaucoup avec l'équipe, l'importance du rôle de chacun et comment aller chercher le meilleur des personnes avec qui on travaille. »

OR : AUX ÉQUIPES QUI SOUHAITENT S'ENGAGER DANS CE CHANGEMENT, QUELS SONT D'APRÈS VOUS LES INGRÉDIENTS DE SUCCÈS À L'IMPLANTATION DE CETTE NOUVELLE PRATIQUE AINSI QUE LES PRINCIPAUX OBSTACLES À SURMONTER?

KP : « Le travail multidisciplinaire est un ingrédient clé. Par exemple, travailler étroitement avec les préposés aux bénéficiaires est un incontournable. Un changement de pratique demande de l'ouverture d'esprit et il faut s'ouvrir à d'autres perspectives de soins, ébranler nos préjugés et croyances, être au fait des zones de résistance afin d'y faire face avec ouverture et écoute. Un obstacle potentiel c'est de travailler en solo dans la description. »

EP : En plus du travail interdisciplinaire, Éric renchérit le propos de Katrina sur l'importance des capsules de formation,

sur le processus et sur le fait que ce soit réalisable.

« L'accompagnement est essentiel. Il faut des porteurs de dossier. Il faut que le changement se poursuive, évolue, il ne faut surtout pas lâcher. Un des obstacles c'est de se trouver du temps pour mettre en commun l'information, partager sur le plan d'interventions. »

LB : Pour Lucie, les ingrédients du succès sont la formation de base OPUS-AP mais aussi la formation continue. « Il faut soutenir le personnel, les accompagner. Ce sont eux qui détiennent les compétences dans les mesures alternatives. »

Quelques mots sur l'avenir et la poursuite du changement de pratique ...

En cœur, Katrina, Éric et Lucie déclarent : Nous sommes engagés à poursuivre le projet en ne perdant pas de vue nos objectifs d'amélioration continue de la qualité. On ne veut pas retourner en arrière. Puis, on ne perd pas de vue que le programme OPUS-AP ce n'est pas une course mais bel et bien un long marathon. On doit prendre le temps nécessaire de l'intégrer dans notre pratique interdisciplinaire.

OPUS-AP c'est un programme spécial profondément humain, mais pas juste une question de statistiques... Notre équipe est vraiment bien partie et on est convaincus que cela fait la différence et un gage de succès, garant de l'avenir pour soigner mieux.



Autrice

ODETTE ROY, INF., MSC., M.A.P., PH.D.

C'est cette passion du soin infirmier qui anime toujours Odette Roy. Forte de ses expériences cliniques, en gestion, en formation et en recherche, accumulées au cours des 47 dernières années, elle poursuit son engagement comme chercheuse autonome et mentore auprès des plus jeunes infirmières. Convaincue que l'expertise infirmière est indispensable à la prestation de qualité aux personnes âgées et proches aidants. Il devient clair, pour elle, que les changements significatifs à mettre de l'avant dans le système de santé actuel passe définitivement par le leadership infirmier. Il est temps plus que jamais, de donner la parole aux infirmières/infirmiers en ce qui a trait à leur pratique, l'organisation du travail et les résultats de soins infirmiers. Les écouter est primordial car les infirmières/infirmiers sont des forces vives à la création d'un système de santé pérenne et à des soins humains.

Personnes interrogées



ERIC PATENAUDE, ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ

Ma carrière a débuté en 1990 au sein du réseau de la santé, étant étudiant. En 1991, j'obtenais mon diplôme au Cégep Marie-Victorin, comme technicien en éducation spécialisé. Mes débuts furent avec une clientèle Di-TSA. Depuis 1995, je travaille en CHSLD. Souhaitant aller me chercher un complément de connaissances, j'ai terminé un certificat en santé mentale en 1998 et un second, en gérontologie en 2014. Dans un souci de maîtriser les recommandations ministérielles, j'ai toujours suivi les différentes formations pour être en mesure de bien supporter les équipes. Dans les 35 dernières années, j'ai traversé plusieurs transformations du réseau de la santé. Même après plusieurs réformes, je demeure un passionné de mon travail et toujours avec le même souci de faire la différence sur la qualité de vie des résidents.



KATRINA PROVOST, INF. B.SC

Infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat (ICASI) au CHSLD d'Acton Vale. Depuis 2018, elle possède une solide expérience auprès des personnes âgées. Elle a travaillé en gériatrie active, en centre d'hébergement de soins de longue durée, ainsi qu'en médecine et en oncologie. Elle fait partie des futurs étudiants inscrits au microprogramme de 2e cycle en administration des services de santé, dans le cadre du Programme régional de relève des cadres intermédiaires (PRRCI) du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est, prévu pour janvier 2026.



LUCIE BONNEAU, PHARMACIENNE

Diplômée de l'université Laval en 1999. Exerce comme pharmacienne dans les CHSLD du CISSS Montérégie-Est depuis 2007.

Référence

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Initiatives québécoises visant l'utilisation optimale des médicaments - Utilisation optimale des médicaments en hébergement de longue durée (démarche intégrée OPUS-AP/PEPS).*

Journée Thématique

Quels repères pour une
évaluation globale du
vieillessement?

29 AVRIL 2026

- ✓ 8 H À 16 H 30
- ✓ 7H FORMATION ACCRÉDITÉE
- ✓ 100% VIRTUEL

Ouverture des inscriptions
à venir, réservez la date!

Sylvie Rey,
inf., Ph. D.



Didier Mailhot-Bisson,
inf., Ph. D.



Stéphane
Lemire, MD.



AQiiG 
Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériologie (AQiiG)



LES INNOVATIONS POUR LA DÉTECTION ET LA PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES ÂÎNÉS

PHILIPPE VOYER, INF., PH.D., PROFESSEUR TITULAIRE, VICE-DOYEN AUX ÉTUDES DE PREMIER CYCLE ET À LA FORMATION CONTINUE, FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES, UNIVERSITÉ LAVAL, CAMILLE CÔTÉ, ASSISTANTE DE RECHERCHE, CENTRE DE RECHERCHE DU CISSS CHAUDIÈRE-APPALACHES, CAMILLE SAVOIE, INF., PH.D., PROFESSEUR ADJOINTE, FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES, UNIVERSITÉ LAVAL

Abrégé

Contexte : Les chutes chez les aînés sont une préoccupation de santé publique importante. Pour lutter contre ce phénomène, de nombreuses technologies de prévention et de détection des chutes sont en développement. On retrouve plusieurs innovations prometteuses, dont les systèmes de caméra utilisant l'intelligence artificielle (IA), les moniteurs de surveillance des chutes à capteurs radar et les ceintures à coussins gonflables.

Objectifs : Décrire les nouveautés en matière des technologies liées à la surveillance des chutes chez les aînés et résumer les évidences scientifiques associées à ces produits.

Méthode : Présentation de quelques produits novateurs liés à la prévention et la détection des chutes chez les aînés.

Résultats et conclusion : Il y a encore peu d'études sur ces nouvelles technologies, et ce, surtout dans un contexte d'application concret auprès des résidents dans les centres d'hébergement. Cependant, la littérature disponible fait état de résultats encourageants, soit des bénéfices présents pour les résidents en termes de prévention des chutes et de la réduction des blessures associées. Il demeure toutefois un besoin de continuer à réaliser des recherches afin de bien documenter leurs bénéfices et risques.

LES CHUTES, UN ENJEU DE SANTÉ À PETITE ET GRANDE ÉCHELLE

Les chutes occasionnent de nombreuses conséquences en réduisant l'autonomie et la qualité de vie des aînés. Ces derniers rapportent une perte d'indépendance et la peur de tomber à nouveau, ce qui peut mener à une utilisation accrue du système de santé (Agence de la santé publique du Canada, 2022; Bureau d'information et d'études en santé des populations et Institut national de santé publique du Québec, 2018; Hartholt et al., 2011).

Les blessures liées aux chutes peuvent accélérer l'admission de l'aîné en centre d'hébergement de longue durée, ou encore, mener à un transfert à l'hôpital (Agence de la santé publique du Canada, 2022). Les fractures de la hanche sont d'ailleurs le type de lésion qui mène le plus souvent à une hospitalisation suite à une chute chez les aînés au Québec (Institut en santé publique du Québec, 2019).

À l'échelle sociétale, les chutes chez les aînés constituent un enjeu majeur. En effet, la proportion

d'âinés dans la société est en croissance et l'avancement des âinés en âge augmente leur risque de chuter (Bureau d'information et d'études en santé des populations et Institut national de santé publique du Québec, 2018). Les âinés sont ainsi surreprésentés dans les hospitalisations et la mortalité associées aux chutes au Québec, comparativement aux autres groupes d'âge. Pour les hospitalisations, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 71,2 % des séjours hospitaliers liés à une chute, avec une moyenne de 21 433 hospitalisations par année (Institut en santé publique du Québec, 2022). Concernant la mortalité en général, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 91,9 % des décès liés aux chutes, pour une moyenne de 1 892 décès par année (Institut en santé publique du Québec, 2022).

En plus d'être fréquentes, les hospitalisations liées aux chutes sont également en augmentation constante. Le nombre annuel d'hospitalisations causé par les chutes chez les âinés aurait presque triplé depuis les années 1990 au Québec (Institut en santé publique du Québec, 2019) et est également en augmentation au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2022).

Ainsi, il est évident que les chutes chez les âinés constituent un enjeu de santé significatif. L'importance de ces conséquences vient d'autant plus démontrer la nécessité d'éviter les chutes chez cette clientèle particulièrement vulnérable. Malheureusement, l'absence totale de chute chez la population âinée est impossible et la détection rapide de celle-ci, lorsqu'elle survient, est cruciale afin de prodiguer les soins appropriés à la personne le plus rapidement possible. À cet effet, une offre variée de technologies est proposée sur le marché pour venir assister les professionnels dans leur mission de veiller à la sécurité des âinés. Certaines technologies sont largement connues des milieux d'hébergement et du public au Québec, tandis que de nouvelles innovations prometteuses ont émergé récemment. Via un rappel rapide des technologies déjà utilisées et une présentation détaillée des nouveautés technologiques, la pertinence d'adopter ces produits dans les milieux de soins sera analysée.

LES TECHNOLOGIES DE PRÉVENTION ET DE DÉTECTION DES CHUTES CHEZ LES ÂINÉS ACTUELLEMENT DISPONIBLES SUR LE MARCHÉ QUÉBÉCOIS

Certaines technologies sont bien connues par le public et les soignants, en plus d'être maintenant bien intégrées dans les centres d'hébergement au Québec. C'est d'ailleurs le cas des détecteurs de pression sous forme de tapis de sol ou de matelas de chaise ou de lit, les sonnettes d'appel, les détecteurs à cordelette

magnétique qui s'agrafent aux vêtements de l'utilisateur ou les vêtements de protection passifs. Il s'agit de technologies avec lesquelles les soignants cumulent une longue expérience, surtout dans le cas des détecteurs à pression ou à cordelette magnétique (Visvanathan et al., 2022). Ils sont maintenant plus à l'aise de s'y fier pour assurer la sécurité des âinés (Visvanathan et al., 2022). Toutefois, ces technologies ne sont pas toujours appropriées dans toutes les situations. En contexte d'isolement, par exemple, particulièrement durant la période de la COVID-19, les chutes pouvaient s'avérer un enjeu de sécurité pour les patients confinés à leur chambre et qui ne pouvaient pas être continuellement surveillés (Jain et Burke, 2024). Les personnes avec une atteinte cognitive risquent aussi ne pas les utiliser de façon appropriée, par exemple en appuyant par erreur ou de façon répétitive sur la sonnette d'appel, ou encore en retirant les détecteurs de pression, les agrafes ou les vêtements de protection passifs (Tarbert et al., 2023). D'autres technologies sont également utilisées pour la détection des chutes. Par exemple, les accessoires portatifs à bouton panique sous la forme de pendentif ou de bracelet sont nombreux sur le marché. C'est aussi le cas des téléphones intelligents avec une fonction de détection de chutes. Toutefois, une préoccupation subsiste en ce qui concerne les accessoires portatifs à bouton panique, dans les cas où l'utilisateur ne serait pas en mesure d'appuyer sur le bouton en raison de troubles cognitifs (Chaudhuri et al., 2014). De plus, la majorité des âinés hésiterait à utiliser leur dispositif, et ce, même en cas de chute (Chaudhuri et al., 2014). Enfin, pour les téléphones intelligents, les âinés peuvent trouver cette technologie difficile d'utilisation (Wang et al., 2020) et comportent le risque d'omettre de transporter leur appareil en tout temps avec eux.

Ces technologies existent en centre d'hébergement et pour les particuliers afin de mettre de l'avant la prévention et la détection des chutes chez les âinés au Québec. Bien que ces technologies soient désormais intégrées, elles comportent certaines limites. À ce propos, un véritable tournant en matière d'innovations technologiques a vu le jour dans les dernières années afin d'adresser ces préoccupations, particulièrement pour les technologies placées dans l'environnement telles que : a) les systèmes de caméra utilisant l'intelligence artificielle (AI) et b) les moniteurs de surveillance des chutes à capteurs radar, de même qu'avec c) les ceintures à coussins gonflables. Certaines de ces nouveautés technologiques sont en essai actuellement au Québec. Les ceintures à coussins gonflables sont d'ailleurs déjà implantées dans certains milieux en France et en Suisse. Ces innovations technologiques seront présentées dans la prochaine section, à l'aide d'un aperçu détaillé de leurs caractéristiques en termes

de surveillance des chutes des aînés. Il sera possible de consulter un tableau récapitulatif au terme de la section.

LES SYSTÈMES DE CAMÉRA UTILISANT L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE (IA)

Les systèmes de caméra utilisant l'intelligence artificielle permettent de transmettre en temps réel la vidéo et le son d'une pièce à un écran d'ordinateur afin qu'un employé puisse effectuer la surveillance des résidents pour assurer leur sécurité. Les soignants peuvent aussi visionner la vidéo de la chambre avec un téléphone intelligent, une tablette ou un ordinateur. L'IA permet pour sa part d'assurer une surveillance constante des résidents. En effet, sans l'IA, la sécurité par les caméras est assurée par un surveillant qui réalise des tournées visuelles et sonores (Voyer et Savoie, 2021). Ceci demeure un avantage par rapport aux tournées standards réalisées en personne la nuit dans les milieux d'hébergement, puisqu'un surveillant de nuit peut réaliser à l'aide des caméras une tournée complète de 170 chambres toutes les 30 minutes, alors qu'il serait impossible de le faire en personne faute de temps.

L'IA présente un grand potentiel pour les milieux d'hébergement, ayant l'avantage de ne jamais manquer d'attention par la fatigue. Elle permet la reconnaissance automatique des chutes, via un apprentissage à l'aide de divers scénarios des chutes les plus fréquentes chez les aînés (Voyer, 2023). En cas d'évènement, il est possible de visionner l'incident via l'enregistrement vidéo. Des développements en cours, par le consortium québécois Bravad-Virtuose Technologies, feront que cette technologie permettra une reconnaissance de plus en plus affinée des chutes, mais également de diverses actions pertinentes au contexte des soins de longue durée. L'IA permettra de différencier certains comportements, comme l'errance nocturne, l'altercation entre résidents, l'immobilité prolongée ou les sorties de lit. Il sera aussi possible de connaître l'emplacement du résident dans le centre d'hébergement, la présence de personnes dans une pièce donnée et même, déterminer si le résident est en train de dormir. Suivant les objectifs de l'organisation et le consentement obtenu du mandataire, la génération d'alertes les plus pertinentes à la situation de chacun pourrait être mise en place.

LES MONITEURS DE SURVEILLANCE DES CHUTES À CAPTEUR RADAR

Il existe également une technologie basée sur des capteurs radar, via LISA de LivingSafe, permettant de reconnaître la survenue d'un évènement chez cette clientèle, et ce, de façon non intrusive (LivingSafe, s. d.). En effet, ce dispositif mural ne nécessite pas de caméras. La détection des chutes se produit via la réflexion des ondes radar, qui permettent de visualiser les mouvements d'agitation illustrés par un nuage de points représentant la personne (Esplanade Québec, 2024). Ainsi, les enjeux éthiques d'anonymat ne sont pas une préoccupation pour ce type de technologie (Voyer et Savoie, 2021). Toutefois, l'absence de rendu visuel ou acoustique ne permet pas le même niveau de compréhension de l'évènement. Ainsi, le mandataire peut faire un choix selon ses préférences concernant ce qui est le plus important pour lui. Les deux technologies s'avèrent être complémentaires et offrent des options aux citoyens.



Image : Illustration du système radar

Source : Gracieuseté de David Landry, Living Safe

Qui plus est, cette technologie partage plusieurs éléments communs de surveillance avec les systèmes de caméras utilisant l'IA. Tout d'abord, elle permet d'amasser de l'information non seulement sur les chutes, mais également sur l'errance et les sorties de lit. Encore une fois, rappelons que ces comportements peuvent être des précurseurs d'une potentielle chute chez les aînés. De plus, la surveillance en continu grâce à cette technologie permet d'afficher le statut du résident, à savoir son emplacement variant entre la mention "Dans la chambre", "Au lit" ou "Salle de bain", indiquant au soignant si le résident est mobile ou non. En effet, les sorties de lit ou les visites aux toilettes, particulièrement de nuit, sont des moments qui peuvent être propices aux chutes. De l'information additionnelle est également disponible sur les habitudes des résidents, telles que le moment habituel du coucher, le

nombre de temps ou d'interactions avec le soignant par chambre, ainsi que la fréquence des visites aux toilettes.

LES CEINTURES À COUSSINS GONFLABLES

Cette technologie est une innovation qui joue un rôle important dans la protection en cas de chute chez les aînés. Les ceintures à coussins gonflables de Airr Belt (SP TechActive, s. d.) permettent de venir détecter les chutes avant même leur survenue, grâce à une détection automatique. En cas de chute, le déclenchement des coussins gonflables de la ceinture se produit pour venir protéger les hanches du résident en amortissant la force de l'impact. Les ceintures à coussins gonflables contribuent ainsi à réduire les conséquences associées aux chutes, dont les blessures et la possibilité de fractures aux hanches ou au col du fémur.

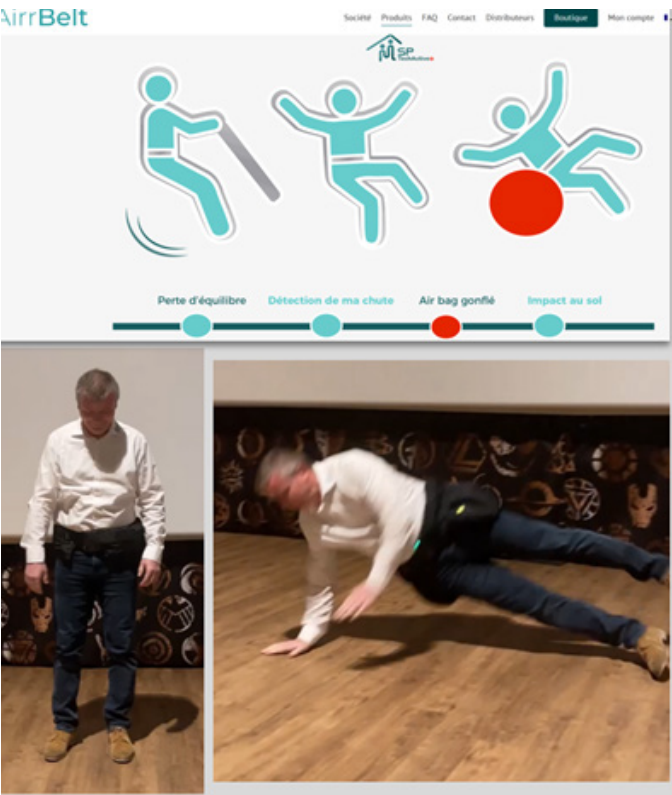


Illustration : Déploiement de la ceinture Airr Belt

Source : Gracieuseté de Thierry Jeandupeux, AirrBelt

Les ceintures à coussins gonflables comportent des similarités avec les autres types de technologies. Tout comme les systèmes de caméra utilisant l'IA et les moniteurs de surveillance des chutes à capteurs radar, les ceintures à coussins gonflables offrent une surveillance continue des chutes, puisque la ceinture peut être

portée en tout temps de jour et de nuit. Bien qu'étant une technologie à porter par le résident, les ceintures à coussins gonflables se veulent tout de même un outil de surveillance non intrusif que les résidents tolèrent habituellement bien. La ceinture est munie d'un système Bluetooth qui permet de communiquer la survenue d'une chute. Ceci favorise une réponse rapide en cas de déploiement. Le tableau 1 résume les technologies présentées.

Tableau 1 Résumé des technologies de prévention et de détection des chutes chez les aînés

Type de technologie	Forme	Caractéristiques de surveillance	Implantation
Système de caméra utilisant l'IA	<ul style="list-style-type: none"> - Caméra : dispositif mural - Pour les soignants : téléphones intelligents et tablettes connectées avec assistant virtuel ou console (plateforme avec tableau de bord) - Alertes : sonores ou notifications 	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance en temps réel et en continu - Reconnaissance automatique des chutes, de l'errance, de l'immobilité prolongée et des sorties de lit - Données sur l'emplacement, la présence de personnes dans une zone et le statut d'éveil 	<ul style="list-style-type: none"> - Résidence Humanitae (caméra avec IA [en test]) - Ressource Lanaudière (caméra) - Maisons des aînés (caméra)

Type de technologie	Forme	Caractéristiques de surveillance	Implantation
Moniteur de surveillance des chutes à capteurs radar	<ul style="list-style-type: none"> - Moniteur : dispositif mural - Pour les soignants : interface Web sur ordinateur portable - Alertes : sonores ou notifications 	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance non intrusive sans caméras et en continu - Analyse de l'incident (causes et circonstances de la chute) - Reconnaissance des chutes, de l'errance et des sorties de lit - Données sur l'emplacement, le moment du coucher, le nombre de temps des soignants passé dans chaque chambre et la fréquence des visites aux toilettes 	- Les Habitations Bordeleau
Ceinture à coussins gonflables	- Ceinture : munie de deux coussins gonflables	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance non intrusive et en continu - Détection automatique des chutes avant leur survenue - Amortissement de la force d'impact de la chute et protection des hanches 	- France et Suisse

LES BÉNÉFICES LIÉS AUX TECHNOLOGIES DE SURVEILLANCE DES CHUTES CHEZ LES ÂÎNÉS

En général, il faut reconnaître qu’il y a peu d’études dans le domaine en raison du caractère novateur de ces technologies. Les données scientifiques à ce sujet sont discutées ci-après.

Une revue narrative américaine traite d’un système de caméra utilisant l’IA qui se veut une solution en termes de prévention et de détection des chutes dans les centres d’hébergement (Jain et Burke, 2024). Des données sont collectées sur les éléments clés de la prévention des chutes. L’article aborde les avantages de la technologie, à la fois pour les résidents et les soignants. En ce qui concerne les résidents, on remarque tout d’abord que le système permet de mieux cibler ceux avec des comportements les menant à risque de chutes, dont une activité nocturne augmentée ou au contraire,

une inactivité marquée par rapport aux routines du résident qui pourrait venir indiquer un signe précurseur de décompensation ou l’apparition d’une maladie (Jain et Burke, 2024). L’équipe peut ainsi ajuster le plan de traitement, tout en incluant l’IA afin de garder un œil sur les routines du résident et sur les résultats associés à la mise en œuvre du nouveau plan.

Ensuite, plusieurs bénéfices potentiels sont énumérés pour les soignants, dont un accès accru et privilégié aux données des patients en termes de chutes, afin de s’assurer d’apporter des soins appropriés et personnalisés. Ainsi, le processus de décision en termes de soins est facilité. L’utilisation de ce système de caméra permet sans contredit d’améliorer la pertinence des soins en venant éliminer les examens additionnels non nécessaires (Jain et Burke, 2024). La technologie amasse constamment de l’information sur les résidents et les chutes, et cela sans ajouter au fardeau des soignants en terme de travail. En effet, des alertes indiquent tout simplement aux soignants le besoin d’intervenir avant la survenue d’un événement, en venant détecter un changement de routine chez le résident. Le soignant peut ensuite réviser uniquement l’information pertinente enregistrée au besoin (Jain et Burke, 2024).

Plusieurs études de cas ont démontré la pertinence du détecteur Ocuvera dans un hôpital universitaire de 79 lits auprès d’âinés. L’une d’entre elles, sur une période de 12 mois, permettait de détecter l’intention des patients à quitter leur lit grâce à un système de caméra avec IA (Clark Regional Medical Center, 2018). Pour ce faire, plusieurs caméras ont été placées dans des chambres. Au terme de la période de surveillance, c’est 621 patients qui se sont vus surveiller grâce au système de surveillance par caméra et IA. Comparativement aux 12 mois avant l’installation du produit, **le centre a vu son nombre de chutes liées aux sorties de lit réduire de 17 à une seule durant la période de surveillance assistée des caméras** (Clark Regional Medical Center, 2018). Les soignants ont émis une préférence pour ce type de technologie, comparativement aux détecteurs de pression qu’ils utilisaient déjà dans leur établissement. De plus, il y a eu des économies estimées à environ 140 000 \$ pour une année, liées notamment à la réduction des chutes et des blessures subséquentes, ainsi que les heures réduites habituellement attribuées à un surveillant pour les personnes à haut risque de chute (Clark Regional Medical Center, 2018).

Une étude mexicaine a testé l’efficacité d’un système de surveillance des chutes par radar à domicile, dans lequel plusieurs capteurs ont été placés dans diverses pièces d’un domicile afin de tester l’infrastructure technologique en termes de connectivité liée à la

captation de l'information (Magaña-Espinoza et al., 2014). Par la suite, les chercheurs ont développé et testé un algorithme de détection des chutes (Magaña-Espinoza et al., 2014). Ils ont mis en place une application mobile et une plateforme Web pour la transmission des alertes associées aux chutes (Magaña-Espinoza et al., 2014). Les données sur les chutes proviennent de 1 446 enregistrements en laboratoire, dans lesquels le participant chutait selon l'un des quatre scénarios de chute, soit des chutes par en avant, vers l'arrière, sur le côté ou lorsque la personne était initialement à genoux (Magaña-Espinoza et al., 2014). Ces enregistrements ont permis au système IA de s'entraîner afin d'améliorer son algorithme. **Le taux de réussite de détection des 97 chutes a été de 97,5% dans l'étude** et une seule fausse alarme a été détectée (Magaña-Espinoza et al., 2014). Le système de surveillance est aussi agrémenté d'une plateforme permettant d'alerter directement les soignants ou les proches en cas de chutes, à l'aide de téléphones intelligents (Magaña-Espinoza et al., 2014).

Une étude rétrospective a été menée sur 969 résidents de plus de 11 centres d'hébergement dans les Pays-Bas pour mesurer l'occurrence des incidents de chutes et des fractures associées chez les utilisateurs de la ceinture à coussins gonflables WOLK (Nemeth et al., 2022). Les aînés dans ces centres étaient décrits comme ayant besoin d'une assistance pour la réalisation des activités de la vie quotidienne et demandant ainsi un monitoring continu (Nemeth et al., 2022). La raison d'admission était un trouble neurocognitif majeur avancé, mais ces participants avaient également de nombreuses comorbidités (Nemeth et al., 2022). L'étude s'est déroulée sur trois périodes d'au moins 5 mois (Nemeth et al., 2022). La première phase de contrôle a permis d'amasser les données de base sur les routines événementielles des participants (Nemeth et al., 2022). Lors de la seconde phase, les chercheurs ont laissé un temps d'acclimatation à la technologie pour les aînés et les soignants, avec une introduction graduelle (Nemeth et al., 2022). Au terme de 16 mois, l'étape de l'intervention commençait avec l'attribution de l'ensemble des 45 ceintures à coussins gonflables (Nemeth et al., 2022). Les résidents en fauteuil roulant ou étant à risque d'enlever leur ceinture ont été exclus de l'étude (Nemeth et al., 2022). Sinon, il était prescrit de porter la ceinture en tout temps pour les aînés à haut risque de chute (Nemeth et al., 2022). À noter que le nombre de personnes éligibles à la ceinture en raison du risque de chutes était plus grand que le nombre de ceintures disponibles (Nemeth et al., 2022).

Durant la période étudiée, 72 fractures de hanches et 35 fractures d'autre type sont survenues (Nemeth et al., 2022). **Parmi les utilisateurs de la ceinture, les résidents avaient 5 fois moins de risque de souffrir d'une fracture** en portant cette ceinture protectrice si l'on compare les chutes de la période initiale à la période d'intervention (Nemeth et al., 2022). Il n'y a pas eu de diminution pour le risque d'autres types de

fractures suite au port de la ceinture (Nemeth et al., 2022).

Une étude pilote de 4 semaines sur l'adhésion des utilisateurs à porter leur ceinture à coussins gonflables de façon quotidienne a permis entre autres de confirmer l'efficacité du dispositif non seulement à se déployer, mais également à prévenir les blessures relatives aux chutes (Quigley et al., 2019; Tarbert et al., 2023). Pour ce faire, les 8 résidents du centre d'hébergement les plus à risque de chute en fonction de la survenue d'événements antérieurs ont été sélectionnés par l'équipe interdisciplinaire (Quigley et al., 2019). La ceinture a ensuite été ajoutée comme outil supplémentaire au plan prévu pour la gestion des risques de chute pour chaque résident. L'adhésion des résidents à porter leur ceinture a été mesurée par la soustraction du nombre d'heures de port prescrit par l'équipe de soin et les heures réelles de port de la ceinture. Dans plus de 80 % des cas, les utilisateurs ont porté la ceinture 24 h par jour (Quigley et al., 2019; Tarbert et al., 2023). L'étude note que les aînés ont augmenté graduellement leur adhésion au port de la ceinture au cours du déroulement de la recherche (Quigley et al., 2019).

Tableau 2 Résumé des bénéfices associés aux chutes selon le type de technologie

Type de technologie	Études	Bénéfices pour les résidents associés aux chutes
Système de caméra utilisant l'IA	Jain et Burke (2024)	- Mieux cibler les résidents avec des comportements à risque de chutes
Système de caméra utilisant l'IA	Clark Regional Medical Center (2018)	- Baisse du nombre de chutes associées à des sorties de lits - Baisse des blessures associées aux chutes
Moniteur de surveillance des chutes à capteurs radar	Magana-Espinoza et al. (2014)	- Taux de détection des chutes à 97,5 %
Ceinture à coussins gonflables	Nemeth et al. (2022)	- Baisse du risque de fractures des hanches associées aux chutes

Type de technologie	Études	Bénéfices pour les résidents associés aux chutes
Ceinture à coussins gonflables	Quigley et al. (2019), Tarbert et al. (2023)	- Adhérence à 80% pour le port de la ceinture

CONCLUSION

Les chutes chez les aînés constituent un enjeu de société. Une multitude de technologies visant à prévenir et à détecter les chutes sont présentement offertes sur le marché afin de venir répondre à cet enjeu. Des innovations technologiques prometteuses sont présentement en test au Québec, telles que les systèmes de caméra utilisant l’IA, les moniteurs de surveillance des chutes à capteurs radar et les ceintures à coussins gonflables. La littérature scientifique, bien que peu nombreuse, fait état de potentiels bénéfices pour les résidents lors de l’utilisation de ces technologies. Il demeure crucial de continuer les efforts de recherche dans le domaine, afin de toujours continuer à offrir une réponse optimisée et adaptée aux besoins des aînés.

Références

Agence de la santé publique du Canada. (2022). *Rapport de surveillance sur les chutes chez les aînés au Canada* [Recherche]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-surveillance-chutes-aines-canada.html>

Bureau d'information et d'études en santé des populations et Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Chutes et facteurs associés chez les aînés québécois vivant à domicile*. <https://policycommons.net/artifacts/2066911/chutes-et-facteurs-associes-chez-les-aines-quebecois-vivant-a-domicile/2820940/>

Chaudhuri, S., Thompson, H. et Demiris, G. (2014). Fall detection devices and their use with older adults : A systematic review. *Journal of geriatric physical therapy*, 37(4), 178-196.

Clark Regional Medical Center. (2018). *Executive Summary*. Ocuvera. <https://ocuvera.com/outcomes/>

Esplanade Québec (réalisateur). (2024, mai 8). *LivingSafe, un système de monitoring intelligent avec radar nonintrusif pour les aîné.e.s* [Enregistrement vidéo]. <https://www.youtube.com/watch?v=KOnQTr1PqRk>

Hartholt, K. A., van Beeck, E. F., Polinder, S., van der Velde, N., van Lieshout, E. M., Panneman, M. J., van der Cammen, T. J. et Patka, P. (2011). Societal consequences of falls in the older population : Injuries, healthcare costs, and long-term reduced quality of life. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 71(3), 748-753.

Institut en santé publique du Québec. (2019). *Évolution des hospitalisations attribuables aux chutes dans la population âgée de 65 ans et plus au Québec, de 1991 à 2016*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2609>

Institut en santé publique du Québec. (2022). *Chutes chez les personnes aînées*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/dossiers/chutes-chez-les-aines>

Jain, S. et Burke, C. (2024). Falls Prevention Using AI and Remote Surveillance in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. vol?(numéro), x-y <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105082>

LivingSafe. (s. d.). *LISA*. Consulté le 1 octobre 2024, à l'adresse <https://www.livingsafe.ca/>

Magaña-Espinoza, P., Aquino-Santos, R., Cárdenas-Benítez, N., Aguilar-Velasco, J., Buenrostro-Segura, C., Edwards-Block, A. et Medina-Cass, A. (2014). WiSPH : A wireless sensor network-based home care monitoring system. *Sensors*, 14(4), 7096-7119.

Nemeth, B., Van Der Kaaij, M., Nelissen, R., Van Wijnen, J.-K., Drost, K. et Blauw, G. J. (2022). Prevention of hip fractures in older adults residing in long-term care facilities with a hip airbag : A retrospective pilot study. *BMC Geriatrics*, 22(1), 547. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03221-1>

Quigley, P., Singhatat, W. et Tarbert, R. (2019). Technology Innovation to Protect Hips from Fall-related Fracture. *Physical Medicine and Rehabilitation Research*, 4. <https://doi.org/10.15761/PMRR.1000205>

SP TechActive. (s. d.). *Ceinture Airbag Jour / Nuit « AirrBelt »*. Consulté 10 novembre 2024, à l'adresse <https://www.airrbelt.ch/airrbelt/>

Tarbert, R. J., Zhou, J. et Manor, B. (2023). Potential Solutions for the Mitigation of Hip Injuries Caused by Falls in Older Adults : A Narrative Review. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 78(5), 853-860. <https://doi.org/10.1093/gerona/glac211>

Visvanathan, R., Ranasinghe, D. C., Lange, K., Wilson, A., Dollard, J., Boyle, E., Jones, K., Chesser, M., Ingram, K. et Hoskins, S. (2022). Effectiveness of the wearable sensor-based ambient intelligent geriatric management (AmbIGeM) system in preventing falls in older people in hospitals. *The Journals of Gerontology: Series A*, 77(1), 155-163.

Voyer, P. (Réalisateur). (2023). *Les caméras, les détecteurs acoustiques et l'intelligence artificielle* (Vol. 71) [YouTube]. <https://www.youtube.com/watch?v=JCStOH-rCE>

Voyer, P. et Savoie, C. (2021). Recourir aux caméras et aux détecteurs acoustiques pour accroître la sécurité et améliorer le bien-être psychologique des résidents atteints de problèmes cognitifs. *Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec*.

Wang, X., Ellul, J. et Azzopardi, G. (2020). Elderly fall detection systems : A literature survey. *Frontiers in Robotics and AI*, 7, 71.

Auteurs



PHILIPPE VOYER

Philippe Voyer, inf., Ph.D. est professeur titulaire et Vice-doyen aux études de premier cycle et à la formation continue de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.



CAMILLE CÔTÉ

Suite à un baccalauréat en psychologie, Camille Côté est assistante de recherche, avec ses intérêts portant sur les aînés et les enjeux associés. Elle est présentement étudiante à la maîtrise en épidémiologie.



CAMILLE SAVOIE

Camille Savoie est infirmière et professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Elle est chercheure au Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches, au Réseau de recherche en sécurité routière ainsi qu'au centre de recherche en santé durable VITAM.

Bourses d'études universitaires 2026

AQiiG

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériatrie (AQIIG)

3 bourses sont offertes aux étudiants en sciences infirmières membre de l'AQIIG :

- ✓ 1 bourse de 1000 \$ au 1^{er} cycle
- ✓ 1 bourse de 3000 \$ au 2^e cycle
- ✓ 1 bourse de 3000 \$ au 3^e cycle



Image par Ellye de Pixabay

**Date limite de dépôt de candidature :
15 février 2026**



Pour plus d'informations , écrivez à : info@aqiig.org

AQiiG

**Pour briser l'isolement
professionnel :**

**Partagez vos expériences et
découvrez des pratiques innovantes!**



**Discussions professionnelles sur
les soins aux personnes âgées**

Formation : 1h non accréditée

**Réservé aux membres de
l'Association québécoise des infirmières et
infirmiers en gériatrie (AQIIG)**

**Pour plus d'informations,
suivez nous!**



J'AI LU ET J'AI VU !

Un article intitulé « Santé mentale des aînés : la fin des tabous? » a attiré notre attention sur le site web du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM) (<https://criugm.qc.ca/sante-mentale-des-aines-la-fin-des-tabous/>).

Publié en 2024 par Brenda Pierucci, agente des communications, ce texte rapporte les propos du Dr Sébastien Grenier, psychologue-chercheur, professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal et directeur du Laboratoire d'Étude sur l'Anxiété et la Dépression gÉriatrique (LEADER) au CRIUGM.

Nous présentons ici quelques points saillants :

- On estime que 6 à 10 % des personnes de 65 ans et plus souffrent de troubles anxieux, tandis que 3 à 4 % présentent une dépression majeure, avec une augmentation annuelle de ces taux.

- La santé mentale des personnes aînées, auparavant négligée au profit de leur santé physique et cognitive, bénéficie depuis quelques années d'une attention accrue dans les médias, les instances politiques et le public. Les cliniciens et cliniciennes s'y intéressent de plus en plus et le financement pour la recherche s'est accru.

- Malgré ces progrès, certains préjugés persistent concernant l'anxiété et la dépression chez les personnes aînées. Le texte rappelle que ces troubles ne sont pas une fatalité du vieillissement et que les études prouvent la réceptivité des personnes aînées face à la psychothérapie.

- L'accès aux soins ou à la psychothérapie est limité en raison de l'insuffisance de psychologues spécialisés en vieillissement d'une part et, d'autre part, des difficultés de déplacement liées à la perte d'autonomie ou des problèmes de santé. Vivre dans des régions éloignées s'ajoute aux défis.

- Chez la personne aînée, l'anxiété se présente souvent sous la forme d'inquiétudes (ex. : catastrophes, perte d'autonomie, chute, altération de la mémoire, abandon par ses enfants ou placement dans un CHSLD, etc.). La dépression peut se traduire par de la dévalorisation et du découragement,

de l'irritabilité, une perte de motivation, ou encore de l'agitation. Repérer l'anxiété ou la dépression chez les personnes aînées est difficile car des symptômes similaires peuvent résulter de problèmes de santé physique ou d'effets indésirables de médicaments.

Se sentant interpellé par la situation, le Dr Grenier, avec son équipe, a lancé en 2023 le programme VIESÂGE (VivRE sans Anxiété pour les personnes âGÉes). L'objectif est d'outiller les intervenants et intervenantes de diverses organisations afin qu'ils et qu'elles soient en mesure d'identifier les signes de détresse psychologique chez une personne aînée et d'intervenir plus efficacement dans les limites de leur mandat. Une vidéo présentant le programme VIESÂGE peut être visionnée à l'adresse <https://www.viesage.ca/>.

Le Dr Grenier a également participé à l'élaboration des lignes directrices canadiennes sur l'évaluation et le traitement de l'anxiété chez les personnes aînées (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024). L'objectif de ces lignes directrices est de fournir des conseils pratiques et factuels sur la prévention, le diagnostic et la prise en charge de l'anxiété chez les personnes aînées.

Les infirmières et infirmiers, comme toute autre personne concernée, peuvent se prévaloir de la formation offerte dans le programme VIESÂGE ou s'inspirer des lignes directrices canadiennes pour améliorer les soins qu'elles prodiguent aux personnes aînées qui présentent une détresse psychologique ou de l'anxiété.





Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériatrie

 facebook.com/aqiigqc/

Courriel : info@aqiig.org