



La formation continue et le mentorat

PAR PHILIPPE VOYER
FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES, UNIVERSITÉ LAVAL
CENTRE D'EXCELLENCE SUR LE VIEILLISSEMENT DE QUÉBEC

Objectifs

- ▶ Que disait le plan Alzheimer au sujet de la formation continue?
 - ▶ Que s'est-il passé jusqu'à maintenant?
- ▶ Pourquoi la formation continue?
- ▶ Pourquoi le mentorat?

Que disait le
plan Alzheimer
au sujet de la
formation
continue?



**Relever le défi
de la maladie d'Alzheimer
et des maladies apparentées**

**Une vision centrée sur la
personne, l'humanisme et
l'excellence**

**RAPPORT DU COMITÉ D'EXPERTS
EN VUE DE L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION
POUR LA MALADIE D'ALZHEIMER**

Que disait le plan Alzheimer au sujet de la formation continue?

- ▶ Il faut élaborer une stratégie de sensibilisation, d'information et de mobilisation quant aux défis que pose la maladie d'Alzheimer.
- ▶ Un site web regroupant toutes les informations pertinentes sur la maladie d'Alzheimer.
- ▶ Un rôle accru des Sociétés Alzheimer pour éduquer les proches (Centre Alzheimer).
- ▶ Rehausser le contenu, sur la maladie d'Alzheimer, de la formation des professionnels de la santé et soignants.
- ▶ Formation intensive et particulière à la maladie pour les médecins, les infirmières et les autres membres de l'équipe.
- ▶ Utilisation des guides de pratique et des autres outils standardisés.
- ▶ Utilisation des nouvelles technologies de l'information.

Des réalisations





**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Processus clinique
visant le traitement des symptômes
comportementaux et psychologiques
de la démence



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Approche non pharmacologique
visant le traitement des symptômes
comportementaux et psychologiques
de la démence



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Approche pharmacologique
visant le traitement des symptômes
comportementaux et psychologiques
de la démence



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Outils d'observation ou d'évaluation recommandés

**en version intégrale pour le traitement
des symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence**

<http://capsulesscpd.ca/>

Symptômes comportementaux et psych (SCPD)

Soutien financier de



Initiative de



Partenaires scientifiques



Bienvenue

Ce portail vous propose des capsules de format présentent des symptômes comportementaux e

Vous y trouverez des explications de **spécialiste** base des SCPD. Certaines lectures et des vidéo

Il serait pertinent de suivre les activités du portail de votre choix, selon vos intérêts premiers. Des cheminement.

Vous inscrire au portail

Pour vous inscrire au portail de formation SCPD

- Cliquez sur le lien « Créer un compte », dan
- Répondre au questionnaire. Les questions r
- Le mot de passe doit comporter un **minimu**
- Vous recevrez un courriel à l'adresse indiqu
- Pour activer votre compte, cliquez sur le lien

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/alzheimer/information-clinique-formation-mentorat>

Santé
et Services sociaux

Québec

Accueil Plan du site Recherche Nous joindre Portail Québec

Sujets

- Groupes de population
- Santé publique
- Problèmes de santé
- Problèmes sociaux
- Organisation des services

Ressources

- Info-Santé 8-1-1
- Répertoires
- Atlas

- Ministère
- Réseau
- Campagnes
- Statistiques
- Documentation
- Publications
- Liens utiles
- Extranet

Professionnels

- Information pour les professionnels de la santé

Alzheimer et maladies apparentées

Accueil > Professionnels > Alzheimer et maladies apparentées > Information clinique, formation et mentorat

Orientations
ministérielles

Projet d'implantation
ciblée

Processus cliniques et
outils

Formation et
mentorat

Liens utiles

Information clinique, formation et mentorat

Les travaux des projets d'implantation ciblée ont donné naissance à plusieurs documents et outils visant soit la précision de certains aspects de l'offre de services ou encore l'habilitation des cliniciens et autres intervenants qui y sont impliqués. La plupart de ces travaux ont été réalisés de manière concertée par des groupes d'experts québécois provenant de chacun des réseaux universitaires intégrés en santé en réponse à des besoins exprimés par les intervenants impliqués dans les projets. Bien que leur étant initialement destinés, les ouvrages résultant de ces démarches peuvent également être utiles à d'autres cliniciens ou intervenants impliqués dans des contextes cliniques différents.

Il est à souligner qu'une approche de courtage de connaissance formelle, c'est-à-dire une prise de décision fondée sur les données probantes et les meilleures pratiques, a été utilisée pour la réalisation de plusieurs de ces documents.

Outils précisant des aspects de l'offre de services

- Cadre général de projet
- Cahier des exigences structurelles et de contenu
- Clinique de mémoire : Les paramètres organisationnels
- Équipe ambulatoire symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : Les paramètres organisationnels
- Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
- Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la

Contribution du CEVQ



Des ateliers

- ▶ Aptitude à consentir à un soin, prendre soin de sa personne et gérer ses biens : enjeux à considérer et évaluation clinique.
- ▶ L'examen clinique de l'état mental (troubles cognitifs, démence et dépression).
- ▶ Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les troubles du comportement : notions essentielles de base.
- ▶ Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les troubles du comportement : intégration des notions avancées.

Des visioconférences

- ▶ La résistance aux soins d'hygiène associée à la démence en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).
- ▶ Code blanc, situation de crise ou comportement d'agressivité extrême : comment intervenir auprès de la personne âgée atteinte de démence ?
- ▶ Utilisation de tests brefs pour la détection d'un trouble cognitif chez les personnes âgées.
- ▶ Ergothérapie et gestion des risques à domicile.
- ▶ Prédiction de la maladie d'Alzheimer chez les personnes âgées présentant un déclin cognitif subjectif.
- ▶ Le trouble cognitif léger (mild cognitive impairment) chez les personnes âgées.
- ▶ Les démences chez la personne âgée : démarche clinique pour que le médecin n'oublie rien !

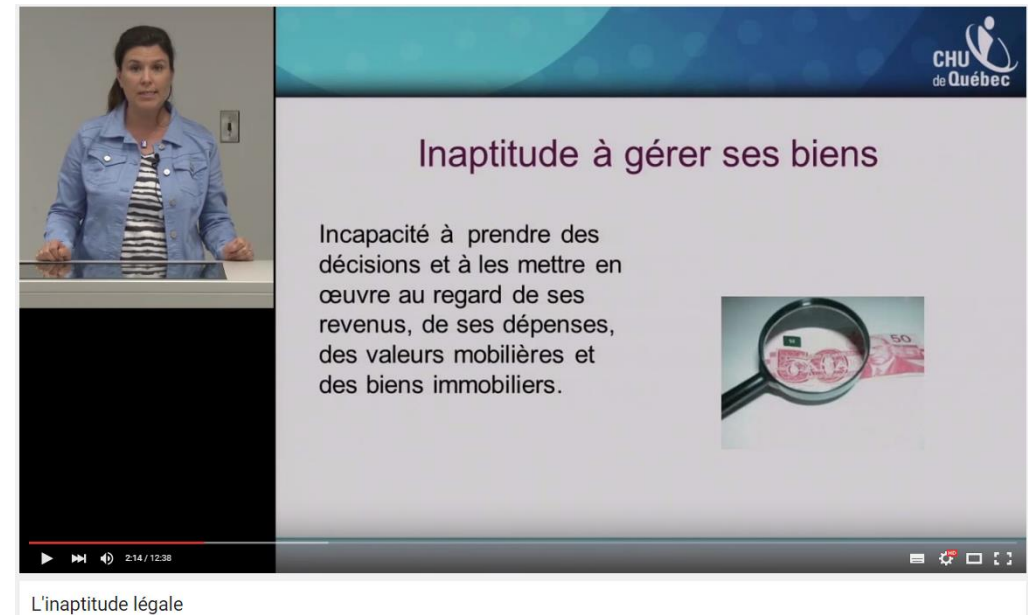
Des formations d'agents multiplicateurs

En 2015

- ▶ Montréal
 - ▶ 85 formateurs sur les troubles cognitifs et la démence
 - ▶ 84 formateurs sur les SCPD
- ▶ Lanaudière
 - ▶ 42 formateurs sur les SCPD
- ▶ Saguenay
 - ▶ 48 formateurs sur les SCPD

Capsules vidéos (www.cevq.ca)

- ▶ Aide-mémoire à la prise de décision lors de SCPD (RMG3) avec Catherine Gagnon, MD, et Judith Germain, MD
- ▶ La conduite automobile et le vieillissement avec Martin Lavallière, M.Sc.
- ▶ La perception de la douleur au stade avancé de la maladie d'Alzheimer avec Lucie Misson, Inf.
- ▶ Détection et évaluation de la douleur au stade avancé de la maladie d'Alzheimer avec Lucie Misson
- ▶ La maladie d'Alzheimer : facteurs de risque et de protection avec Danielle Laurin, PhD
- ▶ L'incapacité légale avec Dominique Giroux, erg. Ph. D.
- ▶ Le consentement aux soins avec Dominique Giroux, erg. Ph. D.



The screenshot shows a video player interface. On the left, a woman in a blue denim jacket is speaking. On the right, a slide is displayed with the title 'Inaptitude à gérer ses biens' and the text: 'Incapacité à prendre des décisions et à les mettre en œuvre au regard de ses revenus, de ses dépenses, des valeurs mobilières et des biens immobiliers.' An image of a magnifying glass over a 50 Euro banknote is also visible. The video player controls at the bottom show a progress bar at 2:14 / 12:30 and the text 'L'incapacité légale'.

CHU de Québec

Inaptitude à gérer ses biens

Incapacité à prendre des décisions et à les mettre en œuvre au regard de ses revenus, de ses dépenses, des valeurs mobilières et des biens immobiliers.

L'incapacité légale

Le mentorat

[Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec](#) > **Mentorat clinique**

Mentorat clinique

Supervisée par Philippe Voyer inf. Ph.D., l'équipe de mentorat du CEVQ est spécialisée en évaluation et en intervention et ce, en favorisant l'intégration de nouvelles connaissances gériatriques basées sur des données probantes et le développement de bonnes pratiques adaptées à la réalité clinique des équipes de 1re et de 2e ligne.

L'équipe de mentorat du CEVQ s'est vu décerner le Prix d'[Excellence - Intégration des services](#) du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) 2014, le [Prix Innovation Clinique Banque Nationale 2014](#) de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Québec (ORIIQ) et le Prix Partenariat-Rayonnement du Gala Saphir 2013 du CHU de Québec.





Centre d'excellence sur
le vieillissement de Québec

Les mentors du CEVQ
pour une intégration
clinique efficace des
nouvelles compétences
sur les symptômes
comportementaux
et psychologiques
de la démence

PHILIPPE VOYER

L'équipe de mentorat du CEVQ

L'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec



CHU
de **Québec**

Affilié à
UNIVERSITÉ
LAVAL

The banner features the logo of the CHU de Québec on the left, which consists of a stylized human figure in blue. The central part of the banner is a collage of images related to healthcare, including a smiling woman, hands being held, and a person in a white lab coat. On the right, it states 'Affilié à UNIVERSITÉ LAVAL' with the university's logo.

Application de l'approche du besoin compromis et plus encore...

- ▶ La mentor travaille avec les équipes soignantes et les ressources sur place.
- ▶ La mentor doit tester ses interventions avant de les enseigner à l'équipe.
- ▶ Il y a deux objectifs d'apprentissage élaborés lors de chaque intervention.
- ▶ La mentor travaille avec le médecin traitant.

Efficacité sur les SCPD (2014-15)

- ▶ 97 % des cas se sont améliorés!

	Moyenne
IACM T1	52
IACM T2	36
% d'amélioration	71 %



% de cas avec ≥ 25 % d'amélioration	97 %
% de cas avec ≥ 50 % d'amélioration	84 %

L'importance du mentorat pour les SCPD

Aging & Mental Health, 2015
Vol. 19, No. 9, 799–807, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.967659>

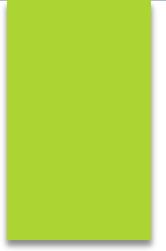


An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings

Marita P. McCabe^{a*}, Michael Bird^b, Tanya E. Davison^c, David Mellor^a, Sarah MacPherson^d, David Hallford^a and Melissa Seedy^a

- Uniquement les groupes qui ont reçu la formation suivi du coaching ont eu des effets tangibles à long-terme sur les SCPD!

Pourquoi la formation
continue est
importante?



Formation initiale

- ▶ La formation initiale des professionnels de la santé est très limitée concernant la maladie d'Alzheimer et les SCPD et cela a des conséquences...

Lisez-vous les
bonnes études?



REVIEW

Are cholinesterase inhibitors effective in the management of the behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease? A systematic review of randomized, placebo-controlled trials of donepezil, rivastigmine and galantamine

Joanne Rodda, Shirlony Morgan and Zuzana Walker

Department of Mental Health Sciences, University College London, London, U.K.

ABSTRACT

Background: The study aim was to conduct a systematic review of the evidence from randomized, placebo controlled trials related to the efficacy of donepezil, rivastigmine and galantamine in the treatment of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease.

Table 2. Summary of NPI scores at baseline and post treatment in studies of donepezil

STUDY	DURATION (WEEKS)	MEAN BASELINE NPI SCORE		MEAN CHANGE IN NPI SCORE FROM BASELINE		NPI SCORE CHANGE RELATIVE TO PLACEBO AFTER TREATMENT	P
		DONEPEZIL	PLACEBO	DONEPEZIL	PLACEBO		
Howard <i>et al.</i> 2007*	12	23.7	23.6	3.56	3.78	0.10	ns
Black <i>et al.</i> , 2007	24	22.7	22.2	-1.9	-3.3	+2.4	ns
Winblad <i>et al.</i> , 2006	24	19.0	19.6	-3.8	-2.1	-1.7	ns
Holmes <i>et al.</i> , 2004	24	15.1	14.3	-2.9	+3.3	-6.2	0.02
Courtney <i>et al.</i> , 2003	48	15	15	dns	dns	-0.3	ns
Feldman <i>et al.</i> , 2001	24	19.6	19.3	-4.6	+1	-5.6	0.0005
Tariot <i>et al.</i> , 2001**	24	21.0	20.5	-2.3	-4.9	+2.6	ns
Winblad <i>et al.</i> , 2001	52	13.1	11.8	dns	dns	dns	ns

NPI= maximum 144 points

Table 3. Summary of NPI scores at baseline and post treatment in studies of galantamine

STUDY	DURATION (WEEKS)	MEAN BASELINE NPI SCORE		MEAN CHANGE IN NPI SCORE FROM BASELINE		NPI SCORE CHANGE RELATIVE TO PLACEBO AFTER TREATMENT	P	
		GAL	PLACEBO	GAL	PLACEBO			
Brodaty <i>et al.</i> , 2005	26	IMM	12.6	10.3	-1.2	0.1	-1.3	ns
		PRC	11.2		-0.6		-0.7	ns
Rockwood <i>et al.</i> , 2001	12	9.2		9.4	-0.3	+0.5	-0.8	ns
Tariot <i>et al.</i> , 2000	20	8 mg	12.9	11.0	+2.3	+2.0	+0.3	ns
		16 mg	12.4		-0.1		-2.1	<0.05
		24 mg	11.9		0.0		-2.0	<0.05

Table 4. Summary of NPI scores at baseline and post treatment in studies of rivastigmine

STUDY	DURATION (WEEKS)	MEAN BASELINE NPI SCORE		MEAN CHANGE IN NPI SCORE FROM BASELINE		NPI SCORE CHANGE RELATIVE TO PLACEBO AFTER TREATMENT	P	
		RIV	PLACEBO	RIV	PLACEBO			
Winblad <i>et al.</i> , 2007	26	9.5 mg	13.9	14.9	-1.7	-1.7	0.0	ns
		12 mg	15.1		-2.3		0.5	ns
		17.4 mg	15.1		-2.2		0.6	ns
Ballard <i>et al.</i> , 2005	26	NPI not used, CMAI was primary outcome measure.						ns

INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY

Int J Geriatr Psychiatry 2008; **23**: 574–579.

Published online 29 October 2007 in Wiley InterScience

(www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/gps.1934

Effect of an interdisciplinary educational program on antipsychotic prescribing among nursing home residents with dementia

Johanne Monette^{1,2,3*}, Nathalie Champoux⁴, Michèle Monette^{2,3,5}, Lynn Fournier⁵,
Christina Wolfson^{2,3}, Guillaume Galbaud du Fort³, Nadia Sourial^{2,3},
Jean-Pierre Le Cruguel^{2,3} and Brian Gore⁵

Discontinuation 49,9 % des antipsychotiques
Diminution de la fréquence des SCPD

Planifier le sevrage

- ▶ Faire un sevrage aux 3 à 6 mois
- ▶ Dans la présente étude (INESSS, 2012), 95 % de la thérapie est de longue durée. On sait que la durée de la thérapie AP chez les aînés avec diagnostic de démence est associée à des risques majeurs, dont le risque élevé d'EVC qui apparaît dès le début de la thérapie (dans la première semaine) et qui se maintient jusqu'à 90 jours ou même plus, jusqu'à 180 jours [Trifiro, 2011; Mehta et al., 2010b; Sacchetti et al., 2010a; Sacchetti et al., 2010b; Kleijer et al., 2009; Gill et al., 2007; Gill et al., 2005; Schneider et al., 2005].
 - ▶ L'usage de doses associées à un risque élevé de mortalité a été observé dans 25,2 % des cas (dose trop élevée).

Créer des lits d'hospitalisation?

- ▶ Des patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont hospitalisés pour traiter leurs SCPD sévères (agitation).
- ▶ Or, l'amélioration du profil comportemental durant l'hospitalisation n'est pas relié à l'usage des antipsychotiques ni des anxiolytiques.
 - ▶ Qui plus est, les patients subissent une perte d'autonomie importante durant l'hospitalisation...

[Dement Geriatr Cogn Disord](#). 2015;40(5-6):290-6. doi: 10.1159/000431087. Epub 2015 Sep 4.

Acute Psychogeriatric Inpatient Treatment Improves Neuropsychiatric Symptoms but Impairs the Level of Functioning in Patients with Dementia.

[Alanen HM](#)¹, [Pitkänen A](#), [Suontaka-Jamalainien K](#), [Kampman O](#), [Leinonen E](#).

+ Author information

Abstract

AIMS: To explore the impact of hospitalization on neuropsychiatric symptoms (NPS) and the level of functioning in patients with dementia. Our aim was also to study the influence of psychotropic medications.

METHODS: Behavioral disturbances, cognition and functional status of 89 patients were assessed using the Neuropsychiatric Inventory (NPI), Mini-Mental State Examination, Barthel Index, and Alzheimer's Disease Cooperative Study-Activities of Daily Living (ADCSADL).

RESULTS: The total NPI score decreased from 34.6 to 19.5 ($p < 0.001$), and ADL decreased from 32.2 to 21.7 ($p < 0.001$) during the hospital stay (mean of 44 days). For a change in ADL, only the effect of anxiolytics was significant ($p = 0.045$). For a change in NPI with antipsychotic and anxiolytic doses and Mini-Mental State Examination as covariates, no significant relationship was found.

CONCLUSION: NPS improved significantly during hospitalization, but neither antipsychotic nor anxiolytic medication use explained this improvement. In patients using anxiolytics, the functional decline was substantial. These results do not support anxiolytic use in demented patients with NPS.

© 2015 S. Karger AG, Basel.

L'effet placebo?

- ▶ Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et affichant des SCPD comme des comportements d'agressivité et de la résistance aux soins répondent bien à l'effet placebo!
 - ▶ On note une diminution de l'agitation et une amélioration de fonctions cognitives et de l'autonomie! Intéressant non...

[Int Psychogeriatr](#). 2015 Aug 25;1-9. [Epub ahead of print]

Change in agitation in Alzheimer's disease in the placebo arm of a nine-week controlled trial.

[Rosenberg PB](#)¹, [Drye LT](#)², [Porsteinsson AP](#)³, [Pollock BG](#)⁴, [Devanand DP](#)⁵, [Frangakis C](#)⁶, [Ismail Z](#)⁷, [Marano C](#)¹, [Meinert CL](#)⁸, [Mintzer JE](#)⁹, [Munro CA](#)¹⁰, [Pelton G](#)⁵, [Rabins PV](#)¹¹, [Schneider LS](#)¹², [Shade DM](#)¹³, [Weintraub D](#)¹⁴, [Newell J](#)¹⁵, [Yesavage J](#)¹⁶, [Lyketsos CG](#)¹, [CitAD Research Group](#).

⊕ Author information

Abstract

BACKGROUND: Placebo responses raise significant challenges for the design of clinical trials. We report changes in agitation outcomes in the placebo arm of a recent trial of citalopram for agitation in Alzheimer's disease (CitAD).

METHODS: In the CitAD study, all participants and caregivers received a psychosocial intervention and 92 were assigned to placebo for nine weeks. Outcomes included Neurobehavioral Rating Scale agitation subscale (NBRS-A), modified AD Cooperative Study-Clinical Global Impression of Change (CGIC), Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), the Neuropsychiatric Inventory (NPI) Agitation/Aggression domain (NPI A/A) and Total (NPI-Total) and ADLs. Continuous outcomes were analyzed with mixed-effects modeling and dichotomous outcomes with logistic regression.

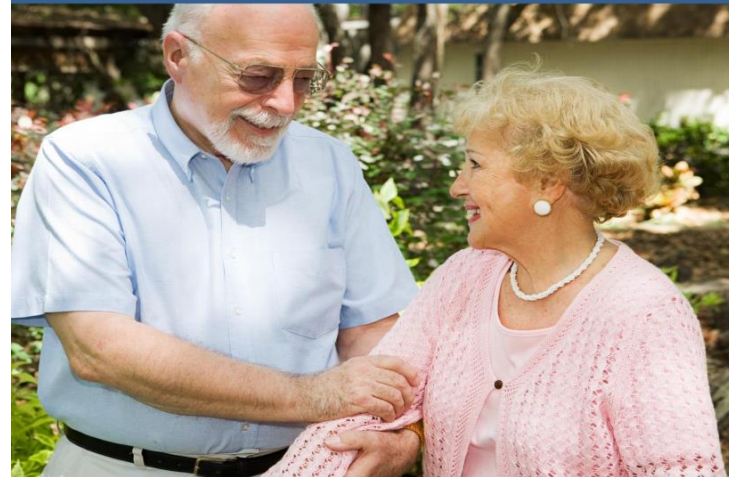
RESULTS: Agitation outcomes improved over nine weeks: NBRS-A mean (SD) decreased from 7.8 (3.0) at baseline to 5.4 (3.2), CMAI from 28.7 (6.7) to 26.7 (7.4), NPI A/A from 8.0 (2.4) to 4.9 (3.8), and NPI-Total from 37.3 (17.7) to 28.4 (22.1). The proportion of CGI-C agitation responders ranged from 21 to 29% and was significantly different from zero. MMSE improved from 14.4 (6.9) to 15.7 (7.2) and ADLs similarly improved. Most of the improvement was observed by three weeks and was sustained through nine weeks. The major predictor of improvement in each agitation measure was a higher baseline score in that measure.

CONCLUSIONS: We observed significant placebo response which may be due to regression to the mean, response to a psychosocial intervention, natural course of symptoms, or nonspecific benefits of participation in a trial.

Pas efficace?

- ▶ Un réseau de recherche indépendant de l'Ontario (Ontario Drug Policy Research Network) arrive à la conclusion que les antipsychotiques ne sont pas efficaces pour le traitement des SCPD (errance, agitations verbales et physiques, comportements d'agressivité, les psychoses).

Antipsychotic Use in the Elderly



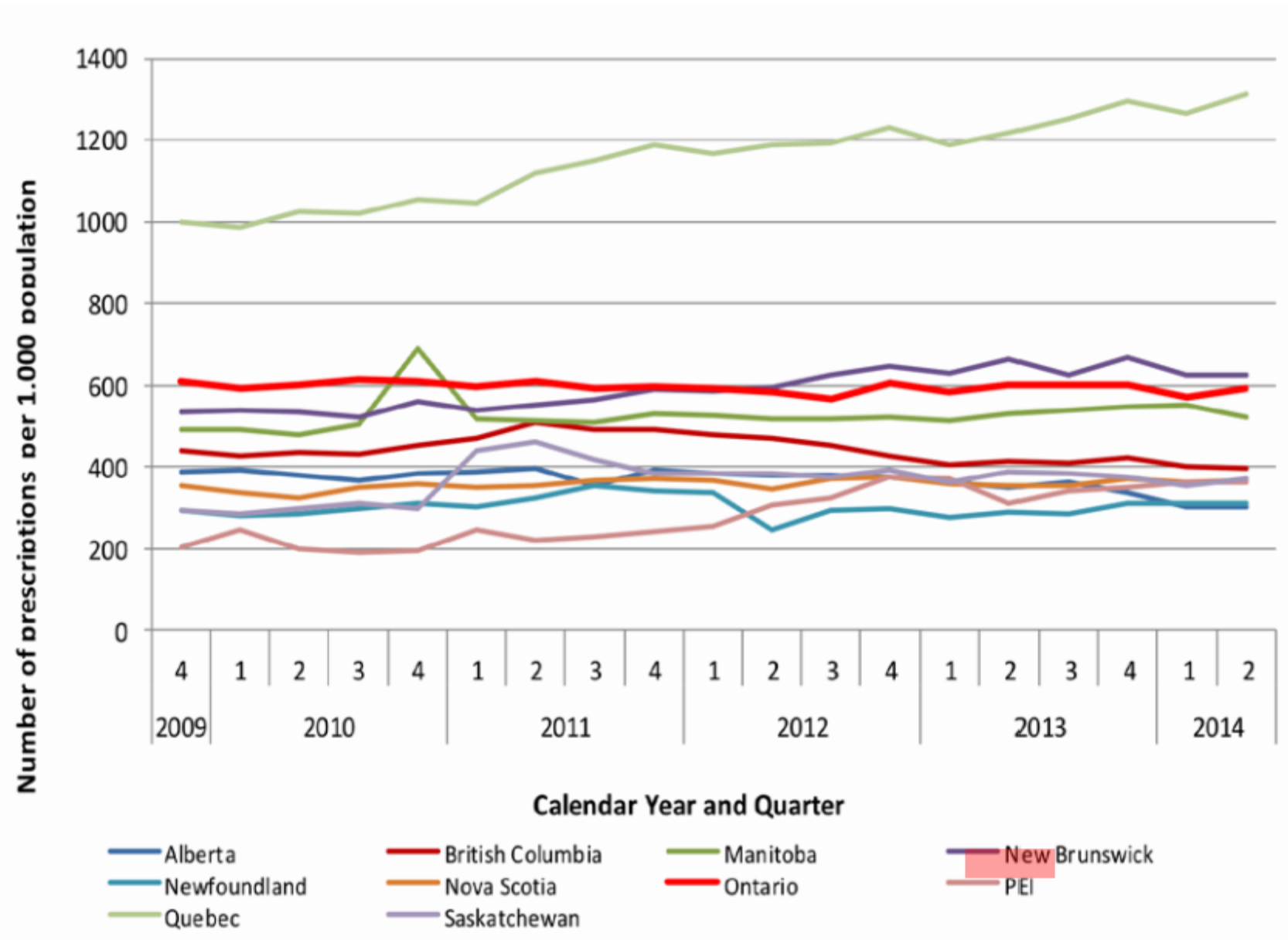
Final Consolidated Report
June 2015

ODPRN ONTARIO
DRUG POLICY
RESEARCH NETWORK

Au Québec?

(97%). **Quebec** has the highest rate of antipsychotic prescribing in Canada (1,314 prescriptions per 1000 elderly), with all other provinces having rates ranging between 303 and 625 prescriptions per 1,000 elderly. By the second quarter of 2014, Ontario's rate of antipsychotic prescribing to elderly patients was 592 prescriptions dispensed per 1,000 eligible patients, which was higher than rates in all provinces except for New Brunswick and Quebec.

Exhibit 2: Population-adjusted utilization of antipsychotics in the elderly in Canada by province



À oui, pourquoi
la formation
déjà!



An educational intervention on drug use in nursing homes improves health outcomes resource utilization and reduces inappropriate drug prescription.

García-Gollarte F¹, Baleriola-Júlvez J², Ferrero-López I³, Cuenllas-Díaz Á⁴, Cruz-Jentoft AJ⁵.

⊕ Author information

Abstract

OBJECTIVE: Inappropriate drug prescription is a common problem in people living in nursing homes and is linked to adverse health outcomes. This study assessed the effect of an educational intervention directed to nursing home physicians in reducing inappropriate prescription and improving health outcomes and resource utilization.

DESIGN: Prospective, randomized, multicenter study.

SETTING: A private organization of nursing homes in Spain.

PARTICIPANTS: Sixty nursing home physicians caring for approximately 3900 nursing home residents in 37 centers were randomized to receive an educational intervention (30) or as a control group (30).

INTERVENTION: 10 hours educational program, followed by on demand support by phone.

OUTCOME MEASUREMENTS: Outcomes were assessed in 1018 randomly selected nursing home residents. Appropriateness of drug use [measured by the Screening Tool of Older Persons Prescriptions (STOPP) and Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment (START) criteria], incidence of selected geriatric syndromes (falls, delirium) and health resource utilization (visits to physicians and nursing homes, visits to the emergency room, days of hospitalization) were recorded for 3 months before the intervention started and 3 months after the intervention finished.

RESULTS: A total of 716 residents finished the study (344 cared for by the intervention group physicians, 372 cared for by control physicians). Mean age was 84.4 ± 12.7 years; 73% were women. The mean number of inappropriate drugs (STOPP criteria) was higher at the end of the study in the control than in the intervention group (1.29 ± 1.56 vs 0.81 ± 1.13), as was the number of residents on 6 or more drugs (76.5% vs 67.0%), using antipsychotics (9.1% vs 3.2%) or duplicate medications (32.5% vs 9.2%). The number of fallers increased in the control group (from 19.3% to 28%) and did not significantly change in the intervention group (from 25.3% to 23.9%); the number of residents with delirium increased in the control group (from 3.8% to 9.1%) and decreased in the intervention group (from 6.1% to 3.2%). The number of visits to a physician did not change in the control group (-0.22 , $P = .3$) but were significantly reduced in the intervention group (-0.76 , $P = .01$), the same happened with the number of visits to a nurse (-0.38 , $P = .4$ in controls, -1.43 in the intervention group, $P < .001$). Visits to the emergency room and days in hospital significantly increased in the control group ($+0.12$ and $+0.38$) but were unchanged in the intervention group ($+0.03$ and $+0.01$).

CONCLUSIONS: An educational intervention on drug use is feasible in nursing home physicians and improves the use of inappropriate drugs, use of antipsychotics, and drug duplications in their residents. It may also improve the risk of delirium and falls, and reduce the use of health care resources.

Copyright © 2014 AMDA – The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

RESULTS: A total of 716 residents finished the study (344 cared for by the intervention group physicians, 372 cared for by control physicians). Mean age was 84.4 ± 12.7 years; 73% were women. The mean number of inappropriate drugs (STOPP criteria) was higher at the end of the study in the control than in the intervention group (1.29 ± 1.56 vs 0.81 ± 1.13), as was the number of residents on 6 or more drugs (76.5% vs.67.0%) using antipsychotics (9.1% vs 3.2%) or duplicate medications (32.5% vs 9.2%). The number of fallers increased in the control group (from 19.3% to 28%) and did not significantly change in the intervention group (from 25.3% to 23.9%); the number of residents with delirium increased in the control group (from 3.8% to 9.1%) and decreased in the intervention group (from 6.1% to 3.2%). The number of visits to a physician did not change in the control group (-0.22 , $P = .3$) but were significantly reduced in the intervention group (-0.76 , $P = .01$), the same happened with the number of visits to a nurse (-0.38 , $P = .4$ in controls, -1.43 in the intervention group, $P < .001$). Visits to the emergency room and days in hospital significantly increased in the control group ($+0.12$ and $+0.38$) but were unchanged in the intervention group ($+0.03$ and $+0.01$).

National Dementia & Antipsychotic Prescribing Audit 2012





Executive Summary

This report describes the results of the National Dementia and Antipsychotic Prescribing Audit which collects demographic and prescribing information for people with dementia from primary care clinical systems.

This report provides the results of the audit, at a national and Strategic Health Authority (SHA) level, which covers people with a diagnosis of dementia and any prescription of antipsychotic medication or any alternative medication including drugs for dementia, hypnotics and anxiolytics and antidepressants over a six year period (2006 to 2011).

The key findings from the audit were:

- The number of people newly diagnosed each year with dementia in the participating practices has increased by 67.7 per cent in the last six years (from 2006 to 2011)
- There is a higher prevalence of diagnosed dementia in women (66.3 per cent) than in men
- The majority of people diagnosed with dementia are aged 65 years and above (94.7 per cent)
- There was a decrease of 10.25 percentage points in the number of people with dementia receiving prescriptions of antipsychotic medication for people with dementia from 17.05 per cent in 2006 to 6.80 per cent in 2011
- There has been a 51.8 per cent reduction in the number of people with dementia receiving a prescription of antipsychotic medication from 2008 to 2011

GP level analysis providing each submitting practice with individual results as well as PCT summary reports will be available in August 2012 to support the national findings. Further information can be found on the audit website at: www.ic.nhs.uk/dementiaaudit

Domaine scientifique en évolution rapide

- ▶ Un domaine dont les connaissances évoluent énormément.
- ▶ Un domaine qui exige de multiples compétences :
 - ▶ L'exemple des formations du CEVQ

Les professionnels doivent connaître les réponses à plusieurs questions...

- ▶ Quelles sont les manifestations cliniques normales de la maladie d'Alzheimer?
 - ▶ Corps de Lewy?
 - ▶ Fronto-temporale?
 - ▶ Vasculaire?
 - ▶ Delirium?
 - ▶ Trouble cognitif léger?
 - ▶ Dépression chez l'aîné atteint de la maladie d'Alzheimer?
- ▶ Quelle est l'efficacité des antipsychotiques pour les SCPD?
- ▶ Quelle est l'efficacité des benzodiazépines pour les SCPD?
- ▶ Quelle est l'efficacité des inhibiteurs de la cholinestérase pour les SCPD?
- ▶ Quelles sont les indications pour la validation?
- ▶ Quelles sont les indications pour la diversion?

Les professionnels doivent connaître les réponses à plusieurs questions...

- ▶ Quelle est la contribution infirmière à l'évaluation du risque à la conduite automobile?
- ▶ Comment évaluer l'adhésion aux traitements chez une personne atteinte d'une démence?
- ▶ Quels sont les besoins à évaluer chez le proche-aidant ?
- ▶ Comment gérer les PRN?
- ▶ Quelles sont les indications pour la méthode discontinuée?
- ▶ Quelles sont les indications pour utiliser les stratégies décisionnelles?
- ▶ Quelles sont les indications pour l'écoute active adaptée?
- ▶ Quelles sont les indications pour utiliser le toucher versus le bruit ambiant?
- ▶ Et il y a des choses qu'on trouve évidente qui finalement ne le sont pas...

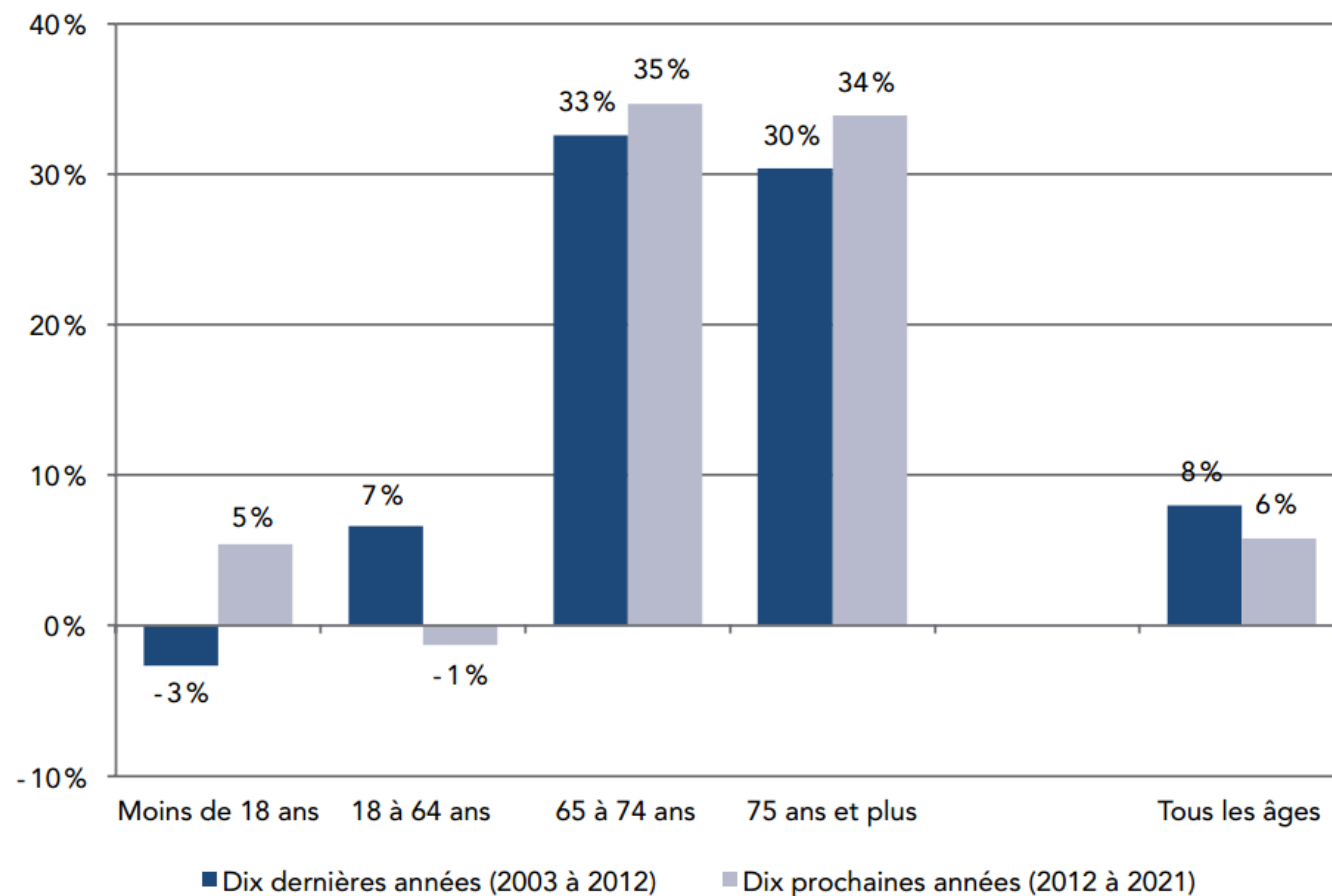
Le delirium chez une personne avec un TCL et le détecter

- ▶ L'attention versus l'orientation
- ▶ L'organisation de la pensée versus la mémoire...

- ▶ Voir c'est croire!
 - ▶ Voir c'est apprendre

Ça vaut la peine
d'investir dans ces
compétences...

FIGURE 16
CROISSANCE DE LA POPULATION DU QUÉBEC DANS LES DIX DERNIÈRES ANNÉES (2003 À 2012)
ET PRÉVISION DE CROISSANCE DANS LES DIX PROCHAINES ANNÉES (2012 À 2021)
SELON L'ÂGE (EN %)



Est-ce qu'on change ou pas? Ce n'est pas la question... sommes-nous réactifs ou proactifs?

- ▶ Le Québec atteindra 9 millions d'habitants en 2027 et il dépassera les 10 millions vers 2061.
- ▶ Les personnes de 80 ans et plus seront au nombre de 1,2 million en 2061, comparativement à 329 000 en 2011.
- ▶ Le Québec pourrait compter 33 600 centenaires en 2061, comparativement à 1 200 en 2011.

Conclusion

- ▶ Nous sommes certains qu'il y aura des aînés.
- ▶ Sans un traitement préventif ou curatif, il y aura des aînés atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies connexes.
- ▶ La question est de savoir si tous les professionnels auront les compétences requises pour prendre soin d'eux (ou de nous)