

Vulnérabilités associées au vieillissement : comment les identifier et obtenir de l'aide.

Treizième session d'échanges

Dans le cadre du Programme de formation croisée sur les troubles de santé mentale et de toxicomanie.

Pour améliorer la continuité des services et programmes auprès des personnes âgées à risque ou aux prises avec des troubles de démence, de santé mentale et de toxicomanie.

Cahier du participant

27 novembre 2015

Institut universitaire en santé mentale Douglas

Cette journée est financée par *La Fondation Molson*



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Ouest-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Bienvenue à cette treizième session de formation offerte dans le cadre du Programme de formation croisée sur les troubles de santé mentale et de toxicomanie.

Qu'est-ce que la «formation croisée»?

La **formation croisée** (« cross training ») est une approche de plus en plus utilisée pour améliorer le fonctionnement des services en réseau. Elle vise une meilleure compréhension du rôle de chacun des partenaires pour ainsi assurer une continuité des services plus optimale. Les programmes de formation croisée impliquent généralement des **rotations de personnel** dans différentes équipes œuvrant auprès d'une même clientèle pour permettre à des intervenants d'acquérir des connaissances sur d'autres organisations et d'autres modes d'interventions, favorisant ainsi l'amélioration de la collaboration professionnelle et du continuum de services. Depuis 2007, nous avons ajouté des **sessions d'échanges** comme celle d'aujourd'hui.

En quoi consiste cette 13^e session d'échanges?

Elle vise à dresser un portrait de la **situation actuelle chez les personnes âgées** souffrant de problèmes de démence, de santé mentale et de toxicomanie et à échanger autour des méthodes d'évaluation et d'intervention.

La session d'échanges à laquelle vous participez aujourd'hui est composée des activités suivantes :

- Conférences et présentations;
- Ateliers de discussion autour de vignettes de cas;
- Panel de proches aidants;
- Regard sur la journée.

Au nom de tous les partenaires impliqués dans la mise en place de ce projet, je vous souhaite une bonne et joyeuse session d'échanges.



Michel Perreault, Ph.D.

Qui sont les participants?

Cette session d'échanges rassemble par visioconférence des personnes réunies dans dix sites distincts dans les régions de Montréal, Mauricie, Outaouais et Québec. Au total, plus de 400 intervenants participent à cette journée. Ils proviennent entre autres des secteurs de la psychiatrie, de la toxicomanie, de la santé publique, de la sécurité publique, ainsi que des réseaux des services aux personnes âgées. On compte aussi, parmi les participants et les personnes impliquées dans l'organisation de la journée, des intervenants d'établissements du réseau de la santé ainsi que des milieux alternatifs, communautaires et universitaires.

Suis-je un participant modèle?

- Le participant modèle sait répondre à ses besoins primaires (boissons, collations, repas, toilette) pendant le temps alloué aux pauses et respecte l'horaire;
- Le participant modèle coupe le son de son téléphone, sa pagette, sa tablette, son gramophone ou son télégraphe avant le début des présentations;
- Le participant modèle est heureux de savoir que s'il a déclaré une allergie alimentaire dans son formulaire d'inscription, il trouvera une boîte à lunch identifiée à son nom aux tables d'accueil, à l'entrée du Douglas Hall. En cas de doute, il peut s'adresser à Louise Bénard.

Remerciements

Cette activité est offerte grâce au financement de *La Fondation Molson* et de la contribution des organismes qui soutiennent la participation de leurs intervenants. Un merci tout spécial à nos collaborateurs du CISSS de l'Outaouais et du Centre de réadaptation en dépendance Domrémy de la Mauricie/Centre du Québec ainsi qu'aux personnes qui ont, une fois de plus, généreusement accepté de participer à l'organisation de la journée à titre de conférenciers, de responsables d'atelier, de rapporteurs ainsi que ceux et celles qui se sont joints à l'équipe de recherche pour soutenir l'événement. Merci !

S'il-vous-plaît, adressez-vous à la (très!) formidable équipe suivante pour vos questions :

Accueil	Diana	514-761-6131 poste 2829 diana.milton@douglas.mcgill.ca
Repas	Louise	514 761-6131 poste 3459 louise.benard@douglas.mcgill.ca
Coordination de l'événement	Léonie	514-761-6131, poste 2835 Leonie.Archambault@douglas.mcgill.ca
Responsable du programme	Michel	514-761-6131, poste 2823 michel.perreault@douglas.mcgill.ca

Vignettes

VIGNETTE DE CAS #1

Madame Tremblay, 81 ans

Vit avec son époux

Quatre enfants (3 filles et 1 garçon)

Madame Tremblay vit avec son mari depuis 58 ans. Le couple réside à Montréal et leurs quatre enfants vivent à Laval et Longueuil. Depuis quelques temps, les enfants ont remarqué que leurs parents sont plus isolés qu'auparavant. Ils sortent moins, semblent avoir perdu du poids et négligent l'entretien de leur maison. Monsieur Tremblay a confié à sa fille avoir remarqué certains changements de comportement chez sa femme. Elle présente une baisse d'énergie, un ralentissement dans ses réactions, et change d'humeur facilement. Elle oublie de préparer le repas, ou demande le numéro de téléphone de son fils Marc quand elle veut l'appeler (alors qu'elle connaissait ce numéro par cœur). De plus, Monsieur Tremblay a remarqué que sa femme fait souvent des erreurs dans sa prise de médicaments et se montre agressive envers lui lorsqu'il lui propose son aide. Suite à une récente visite à l'urgence pour un épisode d'arythmie, une demande d'évaluation des besoins d'aide à domicile a été faite au CLSC par l'hôpital. Toutefois, Madame a refusé la visite du CLSC. Elle a accusé son mari de la « prendre pour une folle » et de vouloir « la faire placer ». Monsieur Tremblay se sent impuissant devant l'attitude culpabilisante et agressive de son épouse et ne comprend pas l'origine de ces comportements. Après avoir eu plusieurs accrochages mineurs en stationnant la voiture dans le garage du domicile, Madame a accepté de cesser de conduire la voiture prétextant que sa vue est moins bonne qu'avant. Monsieur Tremblay l'accompagne maintenant partout. Il se sent épuisé et anxieux mais ne sait pas comment aborder la situation et craint la réaction de sa femme s'il tente d'obtenir de l'aide. Il a remarqué qu'elle aussi se montre anxieuse et inquiète, qu'elle a souvent de la difficulté à s'endormir et prends de plus en plus souvent une médication pour réussir à dormir (lorazépam). Il soupçonne d'ailleurs qu'elle a pris certains comprimés qui lui avaient été prescrits à lui en prévision d'une chirurgie mineure. Les enfants de Monsieur et Madame Tremblay se demandent comment soutenir leurs parents dans les circonstances.

Questions de discussion :

1. Le cas de Madame Tremblay est-il représentatif de la clientèle avec laquelle vous travaillez ?
₁ Oui, entièrement ₂ Oui, en grande partie ₃ Plus ou moins ₄ Non, pas du tout
2. Dans le cadre de votre pratique, de quelle manière pourriez-vous aborder la situation de Madame Tremblay? Quelles seraient les actions à mettre en place sur le plan clinique?
3. Quels sont les services ou programmes existants qui pourraient être mis à profit pour aider Madame Tremblay?
4. Selon vous, qu'est-ce qui aurait pu être fait en amont pour prévenir la situation de crise (détérioration, détresse du mari) dans laquelle se trouve Madame Tremblay?
5. Dans un monde idéal, si vous pouviez améliorer l'offre de services en matière de problèmes concomitants pour les personnes âgées, que proposeriez-vous?

VIGNETTE DE CAS #2

Monsieur Herrera, 66 ans, originaire d'Amérique du Sud (au Québec depuis 30 ans)

Réseau social : Divorcé, père d'une fille restée en Amérique du Sud (relations conflictuelles)

Une amie/colocataire de 55 ans, souffrant de dépression et de troubles pulmonaires

M. Herrera a toujours consommé quelques bières de manière quotidienne, s'enivrant parfois la fin de semaine avec des amis dans des cafés. Sa consommation est devenue problématique il y a environ dix ans et s'est aggravée avec la perte de son emploi comme gardien de sécurité il y a cinq ans. Monsieur Herrera s'est alors désorganisé : l'hygiène de son appartement est très négligée, il accumule beaucoup de matériel, il est menacé d'éviction, il ne fait plus ses impôts. Il dérange ses voisins et entretient des rapports conflictuels avec eux. En état d'ébriété, Monsieur Herrera trouble parfois la paix dans son quartier. A quelques reprises un responsable de la Société des alcools du Québec lui demande de ne plus s'y présenter à cause de comportements inadéquats et menace d'appeler les policiers.

Avant d'arriver au Canada, Monsieur Herrera a été haut gradé dans les forces armées en situation de guerre dans son pays d'origine, qu'il a dû fuir. En période d'intoxication, il présente beaucoup de détresse et revient sur cet épisode de sa vie. M. aimerait retourner vivre dans son pays d'origine.

Monsieur Herrera a fait plusieurs traitements de désintoxication et séjours en réadaptation (interne et externe) dans différents centres. Il reprend toujours rapidement une consommation problématique lors de son retour à domicile et délaisse ses suivis. Durant certaines périodes, il consomme de grandes quantités de vodka. Puis, en période d'arrêt de consommation, des symptômes de sevrage majeurs nécessitent une supervision médicale. Suite à des arrêts brusques de consommation, il se rend à l'urgence de l'hôpital plusieurs fois par mois.

Suite à une période d'intoxication, Monsieur Herrera s'est fracturé des vertèbres au dos. Il s'est présenté à l'urgence et est retourné chez lui avec une prescription d'analgésiques et une référence pour un suivi à domicile du CLSC. En consultant le dossier médical de Monsieur Herrera, l'infirmière chargée de l'évaluation à domicile remarque un antécédent de trouble de la personnalité limite ainsi que des diagnostics de cirrhose et de diabète de type II. Il a un historique de tentatives de suicide. Une référence au CLSC pour un suivi en santé mentale a été faite il y a deux ans, mais Monsieur ne s'est pas présenté au rendez-vous. Lors de la visite de l'infirmière du CLSC, il pleure et verbalise des idées suicidaires. L'infirmière remarque que Monsieur semble avoir de la difficulté à gérer sa médication. Il demande de l'aide afin de lui trouver une ressource pour régler son problème d'alcoolisme et soulager sa détresse psychologique.

Questions de discussion :

1. Le cas de Monsieur Herrera est-il représentatif de la clientèle avec laquelle vous travaillez ?
₁ Oui, entièrement ₂ Oui, en grande partie ₃ Plus ou moins ₄ Non, pas du tout
2. Dans le cadre de votre pratique, de quelle manière pourriez-vous aborder la situation de Monsieur Herrera? Quelles seraient les actions à mettre en place sur le plan clinique?
3. Quels sont les services ou programmes existants qui pourraient être mis à profit pour aider Monsieur Herrera?
4. Selon vous, qu'est-ce qui aurait pu être fait en amont pour prévenir la situation de crise (détérioration, blessures, désorganisation) dans laquelle se trouve Monsieur Herrera?
5. Dans un monde idéal, si vous pouviez améliorer l'offre de services en matière de problèmes concomitants pour les personnes âgées, que proposeriez-vous?

VIGNETTE DE CAS #3

Monsieur Leblanc, 77 ans
Veuf depuis 18 mois
Deux enfants (Marc et Robert)
Ouvrier retraité

Depuis quelques mois, la voisine de Monsieur Leblanc a remarqué que celui-ci ne sort presque plus de chez lui et ne reçoit plus de visiteurs. Lorsqu'il sort, ses vêtements semblent défraîchis, son allure est négligée. Depuis le décès de sa conjointe, l'année dernière, Monsieur Leblanc a perdu beaucoup de poids. La semaine dernière, la voisine a entendu des bruits inhabituels et des cris provenant de chez Monsieur Leblanc. Elle a sonné chez lui, mais n'a obtenu aucune réponse. Elle a signalé le 9-1-1 et les policiers ont trouvé Monsieur Leblanc gisant sur le plancher suite à une chute. Il était souffrant et ses propos étaient confus. De nombreuses bouteilles d'alcool vides étaient visibles dans l'appartement. Amené à l'hôpital, le patient reçoit un diagnostic de fracture de la hanche pour laquelle il est traité. L'équipe soignante s'aperçoit que le patient a manqué son rendez-vous annuel avec son omnipraticien. Robert rapporte que depuis le décès de sa femme, Monsieur Leblanc présente des troubles du sommeil, une perte d'appétit et qu'il néglige son hygiène personnelle et ses tâches domestiques. Selon Marc, le patient a des antécédents familiaux d'alcoolisme. Il ajoute que son père est plus agressif qu'avant et qu'il le fréquente d'ailleurs de moins en moins, ne sachant pas comment interagir avec lui. Toutefois, Robert, continue à visiter son père à l'occasion. Souffrant lui-même de troubles liés à la consommation de substances, Robert a une situation de vie plutôt instable. Marc craint que Robert ne profite de la vulnérabilité de leur père pour lui soutirer de l'argent. L'équipe interdisciplinaire en charge du patient se réunit afin de discuter de la situation biopsychosociale du patient et du plan d'action à entreprendre pour favoriser un éventuel retour à domicile.

Questions de discussion :

1. Le cas de Monsieur Leblanc est-il représentatif de la clientèle avec laquelle vous travaillez ?
₁ Oui, entièrement ₂ Oui, en grande partie ₃ Plus ou moins ₄ Non, pas du tout
2. Dans le cadre de votre pratique, de quelle manière pourriez-vous aborder la situation de Monsieur Leblanc? Quelles seraient les actions à mettre en place sur le plan clinique?
3. Quels sont les services ou programmes existants qui pourraient être mis à profit pour aider Monsieur Leblanc?
4. Selon vous, qu'est-ce qui aurait pu être fait en amont pour prévenir la situation de crise (blessure, problèmes familiaux, isolement) dans laquelle se trouve Monsieur Leblanc?
5. Dans un monde idéal, si vous pouviez améliorer l'offre de services en matière de problèmes concomitants pour les personnes âgées, que proposeriez-vous?

Où trouver votre atelier ?

- ➔ **Ateliers # 1 à # 7 : Sous-sol du Douglas Hall**
- ➔ **Ateliers # 8 à # 11 : Salle Bowerman du Pavillon Dobell**
- ➔ **Atelier # 12 : Salle Maurice-Forget, 2^e étage du Douglas Hall**
- ➔ **Atelier # 13 : Salle Gaston-Harnois, 2^e étage du Douglas Hall**
- ➔ **Atelier # 14 : Salle K-3223, 3^{ème} étage du Pavillon Porteous**
- ➔ **Atelier # 15 : Salle B-0102 – sous-sol du Pavillon Dobell**

Comment se rendre au Pavillon Porteous ?

Par l'intérieur : Descendez au sous-sol du Douglas Hall et suivez les flèches. Les indications permanentes peuvent également vous être utiles. À l'ascenseur, montez au 3^e étage. La **salle K-3223** se trouve dans l'**aile B**, soit dans le couloir derrière vous.

Par l'extérieur : Sortez du Douglas Hall par la porte principale. Empruntez le chemin qui se trouve à votre droite et tournez à droite. Le Pavillon Porteous se trouve sur votre gauche, après l'Urgence. Lorsque vous entrez dans le Pavillon Porteous, vous devez attendre que la première porte en vitre soit complètement refermée avant de pouvoir ouvrir la seconde porte en vitre. Prenez l'ascenseur jusqu'au 3^e étage. La **salle K-3223** se trouve dans l'**aile B**, soit dans le couloir derrière vous.

Retour à l'auditorium du Douglas Hall à 13h40.
Soyez ponctuels, svp.