

La revue internationale pour les professionnels de soutien direct

Soutien des personnes atteintes de DI alors qu'elles vieillissent

Par : Andrea Perry
Eric Wong
Erin Orr
Yona Lunsky

Debbie a 52 ans. Elle est un membre apprécié du foyer de groupe où elle vit depuis 12 ans. Elle a déménagé au foyer de groupe lorsque sa mère est décédée. Elle a un frère, David, qui vit à environ deux heures de là. Il visite Debbie lors des vacances et à certains moments spéciaux pendant l'année.

Debbie est atteinte du syndrome de Down. Elle prend des médicaments pour certains problèmes de santé liés à son cœur et à sa thyroïde. Debbie aime mettre la table pour tout le monde à l'heure des repas. Elle adore aller marcher au parc au bout de la rue et aller au cinéma. Elle aime choisir de belles tenues pour la journée.

Au cours de la dernière année, le personnel a observé quelques changements chez Debbie. Quelquefois, ses tenues ne sont pas aussi coordonnées qu'auparavant. Elle aime encore mettre la table, mais quelquefois elle semble 'bloquer' et le personnel la soutient pour finir la tâche. Le personnel a également remarqué que, la plupart du temps, elle aime encore sortir faire une promenade, mais elle semble lui prendre plus de temps, et certains jours, elle ne veut pas sortir du tout, ce qui est un grand changement.

Éditeurs: Dave Hingsburger, M.Ed.
Angie Nethercott, M.A., RP

Question : De quelles façons le foyer de groupe peut-il soutenir Debbie?

Contexte :

Les personnes ayant des déficiences intellectuelles (DI) et des troubles du développement vivent plus longtemps que jamais auparavant. C'est une excellente nouvelle! Mais, pour de nombreuses personnes, vivre plus longtemps (vieillir) pose souvent des défis particuliers.

Des chercheurs en Ontario ont découvert que les personnes atteintes de DI montrent des signes de fragilité et des maladies liées au vieillissement plus tôt que les personnes sans DI (Martin, Ouellette-Kuntz, McKenzie, & Habash, 2018; Ouellette-Kuntz, Martin, & McKenzie, 2016). Elles ont aussi davantage tendance à utiliser des services de soins pour aînés tels que les soins à domicile à un plus jeune âge.



Hands | Mains

TheFamilyHelpNetwork.ca
LeReseaudaideauxfamilles.ca



Le nombre de personnes atteintes de DI augmente. Comme préposé aux soins directs, vous avez peut-être remarqué que plusieurs des personnes que vous soutenez vieillissent et qu'elles peuvent avoir plus de difficultés dans le domaine de la santé.

Alors, que voulons-nous dire par vieillissement?

Le vieillissement est un processus biologique lié aux changements qui se produisent dans l'esprit et le corps. Pour les personnes atteintes de DI, le vieillissement commence probablement à un plus jeune âge que pour les adultes dans la population en général. Cela signifie qu'une personne atteinte de DI qui est dans la cinquantaine peut présenter des ressemblances dans son esprit et dans son corps à une personne octogénaire sans DI. En vieillissant, tous les systèmes organiques changent. C'est normal!

Examinons certaines des maladies courantes *liées au vieillissement* et les façons dont vous pouvez soutenir les gens pendant ce temps.

- **Démence** : Certaines personnes développent la démence en vieillissant. La cause la plus courante de la démence est la maladie d'Alzheimer. Les symptômes de la démence comprennent la perte de mémoire à court terme (oubli) et la difficulté à organiser sa routine quotidienne (dysfonctionnement exécutif). Avec le temps, les personnes atteintes de démence perdent le langage et la capacité de fonctionner de façon autonome, alors il sera nécessaire de leur fournir de l'aide pour manger, se laver, s'habiller et se promener dans les alentours de façon sécuritaire. C'est une différence essentielle des changements normaux d'un cerveau avec le vieillissement qui peut comprendre l'oubli sans affecter le fonctionnement ou la capacité de faire les choses que vous aimez faire.
 - **Nous savons maintenant que les personnes ayant une déficience intellectuelle sont plus susceptibles de développer une démence que d'autres adultes et que cela peut se produire à un plus jeune âge.** Cela est particulièrement remarqué chez les personnes atteintes du syndrome de Down, mais nous savons maintenant que c'est aussi un problème pour les adultes atteints d'autres formes de DI. Les déclin, bien qu'encore graduels, peuvent survenir plus rapidement que chez d'autres adultes. Quand les personnes atteintes de DI développent la démence, vous pouvez voir des changements dans la personnalité ou dans le comportement. Il peut être difficile de remarquer des changements chez quelqu'un qui a déjà besoin de pas mal d'aide. C'est la raison pour laquelle il est très important de connaître très bien les personnes que vous soutenez, afin que vous puissiez les comparer maintenant à ce qu'elles étaient il y a quelques mois, ou un an, plutôt que de simplement les comparer à d'autres personnes.
- **Dépression** : En vieillissant, le risque de développer une dépression augmente également. Les signes de la dépression comprennent des choses comme une humeur sombre (tristesse), ainsi que des changements dans le sommeil, de la difficulté à se concentrer, un manque d'appétit et des sentiments de culpabilité. Une personne souffrant de dépression peut aussi devenir plus irritable et facilement frustrée. Ses

mouvements peuvent être plus lents et vous pourriez remarquer que c'est plus difficile pour la personne de se motiver à faire les choses qu'elle aimait auparavant. Le risque de suicide est plus élevé chez les adultes plus âgés que chez les adultes plus jeunes. La dépression est traitable, alors un médecin devrait être informé si vous soupçonnez qu'une personne que vous soutenez souffre de dépression.

- **Délire** : Alors que la démence est liée à une diminution à long terme de la mémoire et des habileté au fil du temps (mois à années), le délire survient soudainement (heures à jours)! Le délire est un **état de confusion aigu (soudain!)** et il se peut que ce soit une urgence médicale. Malheureusement, le délire peut souvent être ignoré. Les aînés, particulièrement ceux et celles qui sont atteints de démence ou d'autres maladies du cerveau courent un risque plus élevé de développer le délire quand il y a des changements dans leur état de santé général. Même quelque chose de mineur tel qu'un changement de médicament ou une douleur mal soulagée peut mener au délire. Un examen physique et des analyses sanguines sont habituellement nécessaires pour évaluer la cause sous-jacente du délire. Un ou une infirmière ou une ou un médecin devrait toujours être informé si vous pensez qu'une personne montre des signes de changement soudain.

Signes à surveiller : être soudainement très confus, niveau d'attention qui fluctue ou change (par exemple, reconnaître une camarade de chambre tôt dans la journée, puis ne pas la reconnaître après le dîner, et puis savoir encore qui elle est plus tard), être incapable de se concentrer et de maintenir l'attention, être désorganisé et ne pas être logique, ou être très somnolent et difficile à réveiller.

- **Chutes** : Les aînés ont un risque de chute plus élevé. Malheureusement, les personnes atteintes de DI courent déjà un risque élevé de chute en raison de problèmes d'équilibre, de marche et de réflexes, ce qui rend ce problème encore plus grave parmi les aînés ayant une DI. Les chutes peuvent paraître mineures chez les personnes plus jeunes, mais les personnes âgées peuvent subir de graves blessures à la peau, aux muscles et même se briser des os à cause d'un simple trébuchement. Les choses qui peuvent possiblement faire trébucher les gens comprennent : prendre trop de médicaments (particulièrement les médicaments qui vous rendent somnolent), les problèmes articulaires (arthrite), la faiblesse musculaire (en raison d'un AVC ou de déconditionnement), un équilibre fragile (en raison d'un AVC ou de lésion nerveuse), une mauvaise vision (cataractes ou dégénérescence maculaire) et la démence. Quand une personne âgée tombe plus d'une fois, une évaluation approfondie est nécessaire pour prévenir le risque de tomber à nouveau.

Comment pouvez-vous protéger les gens contre les chutes?

- Une évaluation de la sécurité à domicile par une ou un ergothérapeute! Contactez la ou le coordonnateur local des soins à domicile de votre résidence (en Ontario, cela se fait par l'entremise du Réseau local d'intégration des services de santé, connu auparavant sous le sigle CASC).

- Regardez autour de la maison et voyez s'il y a des changements que vous pouvez apporter. Enlevez ou sécurisez les choses sur lesquelles une personne pourrait trébucher – telles que les cordons et l'encombrement, les paillassons et les carpettes.
 - Assurez-vous que les planchers sont secs. Surveillez les salles de bain de près.
 - S'il y a des marches, aidez à veiller à ce que toutes les marches soient vraiment visibles (par ex. ajoutez du ruban réflecteur).
 - Installez une main courante des deux côtés des escaliers, si possible.
 - Faites en sorte que les lumières soient allumées et vives, et qu'il y ait un éclairage de nuit (veilleuses) ou un éclairage à détecteur de mouvement pour les chambres à coucher et les couloirs.
 - Regardez les chaussures de la personne – ont-elles l'air trop grandes ou trop molles? Ou sont-elles trop ajustées et inconfortables? Les semelles sont-elles sécuritaires?
 - Vérifiez les pieds de la personne! Si les ongles d'orteil sont trop longs, s'il y a des plaies ou des ampoules, etc., cela peut probablement faire en sorte que la personne marche différemment, ce qui pourrait perturber son équilibre. Soyez particulièrement attentif si une personne souffre de diabète, car elle présente un risque accru d'ulcères du pied.
Voici une ressource qui peut être utile : www.findingbalanceontario.ca
- **Ostéoporose et fracture** : Un autre problème fréquent lié au vieillissement est l'ostéoporose, qui est une maladie de perte osseuse. Les hommes et les femmes âgés risquent de développer l'ostéoporose, mais les femmes postménopausées courent un risque plus élevé en raison de la perte d'estrogène qui protège les os. Les personnes âgées qui font peu d'exercice, qui vivent une vie sédentaire à l'intérieur courent un risque d'ostéoporose plus élevé. Tout comme les personnes qui prennent certains médicaments pendant longtemps tels que les médicaments donnés pour les troubles convulsifs. La perte osseuse mène aux fractures, ce qui peut avoir un effet grave sur l'autonomie d'une personne. Nous savons que les personnes atteintes de DI ont des taux de fractures plus élevés quand elles sont jeunes, alors, à mesure qu'elles vieillissent, le risque augmente encore plus. Il existe des médicaments pour prévenir la perte osseuse et les fractures. L'apport de vitamine D et de calcium par l'alimentation et les suppléments pourra aider à maintenir la santé des os.
 - **Yeux** : Le vieillissement est lié au développement de cataractes et autres maladies oculaires telles que le glaucome et la dégénérescence maculaire. D'autres changements courants comprennent la diminution de la vision périphérique, la vision nocturne réduite, les difficultés à distinguer les nuances de couleur et la sécheresse oculaire. Il est important que les personnes ayant une DI fassent vérifier leurs yeux régulièrement. Si des verres correcteurs sont disponibles, ils devraient être portés pendant la journée. Et n'oubliez pas de vous assurer que les verres d'une personne sont propres et sans taches!
 - **Ouïe** : La perte auditive est courante avec le vieillissement. L'utilisation d'appareils auditifs appropriés (vérifiez toujours la pile) ou un amplificateur personnel (comme un

Pocket Talker ou un système FM) peuvent rendre l'audition plus facile. Si un changement semble soudain, demandez de faire vérifier leurs oreilles—le cérumen peut s'accumuler beaucoup plus vite à mesure que les personnes vieillissent.

- **Peau** : Les aînés peuvent avoir la peau sèche (xérose). Des crèmes hydratantes d'usage régulier devraient être utilisées pour protéger la peau. Si une personne âgée est moins mobile, des escarres de décubitus (plaies de lit) peuvent se développer. Un positionnement proactif et un produit de protection cutanée peuvent aider à prévenir les ulcères. Si une personne passe beaucoup de temps au lit, ou dans une chaise, c'est une bonne idée d'impliquer une infirmière ou un ergothérapeute pour évaluer la possibilité de minimiser les escarres.
- **Douleur** : La douleur peut souvent passer inaperçue. Une partie essentielle des soins est de déterminer si une personne ressent de la douleur et, si oui, où la douleur se trouve, afin que le traitement approprié puisse commencer. Pensez à demander aux gens s'ils ont de la douleur, de manière à ce qu'ils comprennent (« Où cela fait-il mal? » « Avez-vous des bobos? »), pendant que vous utilisez aussi des aides visuelles pour aider au besoin. Incluez également des outils d'observation pour évaluer la douleur, au cas où les capacités langagières de la personne limitent sa capacité de vous dire de façon fiable si elle ressent de la douleur. Nous ne devrions jamais présumer qu'une personne atteinte de DI ne peut pas ressentir de douleur—c'est faux! Quand vous cherchez des signes de douleur, il est important de faire le contraste avec la ligne de base de la personne ou sa présentation habituelle (il est donc important d'avoir les commentaires de quelqu'un qui connaît bien la personne).
 - Pour en apprendre davantage sur la douleur, y compris les différentes sortes de douleur, et sur les façons dont vous pouvez aider, veuillez voir l'article [*AÏE! Comment la compréhension de la douleur peut devenir un avantage quand il s'agit de soutenir les personnes ayant une déficience intellectuelle*](#)
 - Voir [Échelle de douleur pour les adultes non-verbaux ayant une déficience intellectuelle \(Non-Verbal Pain Scale for Intellectual Disabilities\)](#) ou l'[outil PAIN de la maladie d'Alzheimer \(PAIN-Alzheimer's Disease tool\)](#).

En vieillissant, les capacités d'une personne peuvent changer, ce qui peut avoir une influence sur le rôle qu'elle tient dans la maison.

Il est primordial que des efforts soient faits pour découvrir les forces et les capacités de cette personne afin que sa qualité de vie soit la meilleure possible.

Du point de vue d'une soeur...

Je pensais que c'était important que ma soeur continue à faire les choses qu'elle avait l'habitude de faire. Qu'est-ce qui arrivera si elle ne va plus à cette activité? Mais dernièrement, j'ai commencé à penser aux choses de façon différente. Est-ce que je voudrai faire exactement les mêmes choses que je fais maintenant quand je serai plus vieille? Si je peux changer d'idée, ne peut-elle pas le faire aussi? Si elle vieillit plus rapidement, peut-être que nous devons adapter les choses plus rapidement aussi. Il nous faut être créatifs afin de trouver de nouveaux moyens pour qu'elle reste impliquée dans ses activités ménagères et qu'elle se sente bien dans sa peau.

Ce que vous, en tant que préposé(e), pouvez faire :

Dépression, délire, démence

- Effectuez le suivi de la ligne de base des capacités cognitives et fonctionnelles, en utilisant un outil propre aux DI (ex. Le GTN-Outil de dépistage précoce de la démence) ([NTG tool](#)).
- Si leur raisonnement ou leur mémoire change soudainement, pensez : délire? Avisez le personnel médical.
- Surveillez les signes de dépression. Cela pourrait être dû à un événement récent (perdre un ami, un membre de la famille ou un préposé) ou à quelque chose dans le passé qui a été déclenché ou qui reste avec cette personne.

Vue

- Encouragez un examen de la vue annuel.
- Assurez-vous que la personne porte ses lunettes et qu'elles sont propres.
- Si la personne a des problèmes de vision, approchez-la de façon à ce qu'elle puisse vous voir.
- S'il y a des problèmes de perception de la profondeur, appliquez un ruban gommé de couleur contrastante pour aider à indiquer les escaliers/surfaces.
- Assurez-vous que les espaces sont lumineux et bien éclairés. Fermez les stores le soir pour réduire les zones d'ombre.

Risque de chute et équilibre

- Examinez les stratégies de prévention des chutes. www.findingbalanceontario.ca est une bonne ressource.
- Demandez au médecin s'il y a des suppléments ou des vitamines que les membres pourraient prendre et qui les aideraient à garder leurs os solides.
- Surveillez la douleur : cherchez les visages crispés, les grimaces, les gémissements. Partagez vos impressions avec votre fournisseur de soins médicaux. L'utilisation d'une échelle d'observation de la douleur peut vous aider à structurer vos conclusions.
- Si les chutes se répètent, demandez au médecin de vous référer pour une évaluation gériatrique approfondie.

Médicaments

- Si une personne prend plus de quatre médicaments, cela accroît son risque de chutes, la confusion, les effets secondaires et les interactions. Signalez-le au médecin ou au pharmacien.
- S'il y a un changement soudain, les médicaments pourraient-ils en être la cause? Ce n'est jamais une mauvaise question à poser.

Ouïe

- Une évaluation annuelle de l'ouïe. Demandez au médecin de vérifier les oreilles pour voir si le cérumen s'est accumulé.
 - Utilisez les appareils auditifs (et vérifiez la pile régulièrement). Si les appareils auditifs sont trop difficiles, essayez un Pocket Talker. Sinon, parlez simplement, clairement et lentement et diminuez le bruit environnemental (TV, radio fermés). Écrivez les choses si la personne lit. Parlez-lui du côté où elle entend le mieux, si elle en a un.
-

Soins des pieds

- Recherchez des soins de pieds de façon régulière. Surveillez les pieds pour déceler les ampoules ou les ongles d'orteil trop longs.
- Assurez-vous que les chaussures sont bien ajustées et que les semelles sont intactes.- Si une personne est atteinte de diabète, assurez-vous de vérifier ses pieds plus souvent.

Sommeil

- Des troubles et des changements dans le sommeil sont courants. Les personnes peuvent avoir besoin de moins de sommeil qu'avant.
- Minimisez la caféine après le dîner. Découragez les siestes pendant la journée.
- Accompagnez la personne aux toilettes avant le coucher, mais gardez les couloirs bien éclairés au cas où la personne devrait se lever pendant la nuit.
- Les taux de l'apnée du sommeil sont élevés. Si les troubles de sommeil persistent, parlez-en au médecin.

Intestin et vessie

- Les personnes peuvent nécessiter plus de soutien pour maintenir le contrôle de l'intestin et de la vessie.
- Accompagnez la personne aux toilettes avant et après les repas et avant le coucher.
- Utilisez un 'Bristol Stool Chart' pour vérifier les selles. Parlez au médecin ou au pharmacien concernant une routine de l'intestin si la constipation est un problème.

En conclusion :

Si l'on repense à Debbie, il semble qu'elle montre plusieurs signes de vieillissement. Vous avez probablement pensé à plusieurs choses que vous aimeriez faire pour la soutenir. Voici quelques-unes de nos suggestions :

- Remplir l'outil GTN ([NTG tool](#)) pour obtenir un tableau des habiletés et des capacités de Debbie présentement. Si une version plus ancienne a été remplie, ou s'il y a une mesure de référence avec laquelle vous pourriez établir une comparaison, ce sera utile. Sinon, faites le suivi de ce que vous pouvez maintenant.
 - o Si l'humeur de Debbie semble hors de l'ordinaire, nous le ferions savoir au médecin.
- Démence : Nous emmènerions Debbie chez son médecin pour partager les changements observés (résultats du GTN; devient plus confuse avec les choses qu'elle était capable de faire par elle-même – s'habiller, mettre la table; plus renfermée et ne veut pas socialiser avec les enfants dans le parc; marche plus lentement, plus prudemment).
 - o Le médecin peut aider à déterminer s'il faut faire des tests médicaux (analyses sanguines; examen des médicaments, par exemple), et si le temps est approprié, aiguiller Debbie vers des services spécialisés pour une évaluation plus approfondie.

- Dépression : Nous essaierions d'en apprendre davantage sur l'humeur de Debbie en lui demandant si elle est : heureuse? fâchée? triste? Nous regarderions autour du foyer pour voir s'il y a des changements subtils qui pourraient l'affecter. Comment vont les autres personnes où elle vit? Est-ce que certaines sont malades ou ne se sentent pas bien, ce à quoi Debbie pourrait réagir? Comment va son frère? Se pourrait-il que Debbie soit inquiète à son sujet?
- Délire : Nous surveillerions Debbie de près pour tout changement soudain, par exemple si elle devient confuse ou mêlée rapidement et nous le ferions savoir au médecin immédiatement.
- Vision : Nous emmènerions Debbie chez l'optométriste pour faire vérifier sa vision, au cas où elle aurait besoin de nouvelles lunettes. Peut-être que le changement dans son comportement est dû en partie au fait qu'elle ne voit pas très bien.
- Pendant que nous attendons les renseignements sur les prochaines étapes/autres évaluations, nous pourrions essayer d'aider Debbie à continuer de faire les choses qu'elle a toujours aimé faire.
 - o Nous pourrions l'aider à choisir ses vêtements et lui montrer à les placer dans l'ordre où elle les revêt habituellement pour voir si cela l'aide à se vêtir correctement.
 - o Nous pourrions simplifier la façon de mettre la table et l'aider à le faire une étape à la fois.
 - Si nous pensons que Debbie pourrait avoir besoin de plus d'aide que nous pouvons lui en apporter, étant donné le nombre de préposés actuels, nous demanderions si Debbie peut être vue par sa coordonnatrice de soins à domicile afin de déterminer si elle a droit à un certain nombre d'heures fournies par une ou un Préposé aux services de soutien à la personne (PSSP).
 - o Nous inviterions son frère à venir la visiter plus souvent, s'il le peut, pour voir si Debbie aime ces visites.
 - o Nous vérifierions les souliers de Debbie pour nous assurer qu'ils sont bien ajustés, afin que les marches au parc soient confortables.
 - o Nous inviterions Debbie à visionner ses films préférés avec d'autres dans le foyer—peut-être que nous pourrions faire cela un peu plus souvent, si possible. Si elle ne semble pas prêter attention au film, ce serait bon de faire vérifier son audition.
 - S'il y a un système FM /Pocket Talker, nous pourrions lui demander si elle aimerait l'essayer, au cas où ça l'aiderait à mieux entendre.

Pour plus de renseignements :

Société Alzheimer Ontario: <http://alzheimer.ca/fr/on>

- Un site Web qui fournit beaucoup d'information sur la maladie d'Alzheimer et la démence.

Outil de dépistage de la démence : Groupe de travail national – Détection précoce de la démence; Groupe de travail national sur les Pratiques de la déficience intellectuelle et de la démence (2013): www.aadmd.org/ntg/screening

- Un outil de dépistage de la démence. Les auteurs de cet outil recommandent de l'utiliser chaque année, à partir de l'âge de 40 ans pour les personnes atteintes du syndrome de Down et quand on observe une évolution du fonctionnement chez les autres.

Finding Balance Ontario (Prévention des chutes): www.findingbalanceontario.ca

- Un site Web de l'Ontario qui vise à aider à prévenir les chutes chez les aînés en fournissant des stratégies à utiliser pour réduire le risque de chute.

Jenny's Diary: <http://www.learningdisabilityanddementia.org/jennys-diary.html>

- Livret et cartes postales gratuites pouvant être utilisés pour soutenir les conversations sur la démence avec les personnes atteintes de DI.

L'Arche Canada Déficience et Vieillessement : <http://www.aging-and-disability.org/en/home>

- Site Web fournissant de l'information sur les divers troubles liés au vieillissement et aux DI et des conseils sur les choses à faire pour mieux soutenir une personne confrontée à ces défis.

MAPS (Multidimensional Assessment of Providers and Systems):

<https://www.mapsresearch.ca/projects/aging/>

- Cette ressource fournit de l'information sur la recherche qui s'effectue en Ontario sur les aînés atteints de DI.

Partenariat ontarien sur le vieillissement et les déficiences intellectuelles :

<http://www.reena.org/training/opadd/>

- Page Web fournissant de l'information sur le Partenariat ontarien sur le vieillissement et les déficiences développementales (OPADD). C'est un partenariat de fournisseurs de services dans le continuum des services aux aînés et des déficiences développementales.

Publications et communications du Sommet international sur la déficience intellectuelle et la démence (Glasgow, Écosse – 13-14 octobre 2016):

http://www.learningdisabilityanddementia.org/uploads/1/1/5/8/11581920/summit_publications.pdf

- Comprend un résumé de diverses communications sur la démence et la DI qui ont été présentées au Sommet international sur la déficience intellectuelle et la démence à Glasgow, en Écosse en 2016.

Représenter les sous-représentés : Conversations stimulantes sur les difficultés d'apprentissage et la démence <https://www.elder.org/the-elder/representing-the-underrepresented-empowering-conversations-learning-disabilities-dementia/>

- Entrevue qui souligne les défis dans le soutien d'un adulte atteint de DI et de démence et l'importance d'une communication et d'un soutien efficaces.

Vidéo Soutien de Derek (Supporting Derek) :

<https://www.youtube.com/watch?v=O3ekO4QdKXU>

- Une vidéo à utiliser pour former le personnel qui travaille dans les foyers de soins sur la façon de mieux traiter les patients atteints de DI et de démence.

Références

Andreson L & Dorsi J. (2014) Growing Older. Aging and Intellectual Disability, United States' Resources for Integrated Care.

<https://www.resourcesforintegratedcare.com/webinar/series/individuals-with-idd>.

Genik, L. M., Freedman-Kalchman, T., McMurtry, C. M., Lunsky, Y. (2017). AÏE! Comment la compréhension de la douleur peut devenir un avantage quand il s'agit de soutenir les personnes ayant une déficience intellectuelle. *International Journal for Direct Support Professionals*, 6(6). Extrait de

<http://www.vitacsl.org/UserFiles/uploads/files/sss%20vol%206%20issue%205%20-%20ENGLISH.pdf>

Martin, L., Ouellette-Kuntz, H., McKenzie, K. & Habash, M. (2018). *Mise à jour 2017/2018 du Projet sur le vieillissement*. Kingston, ON: Évaluation multidimensionnelle des fournisseurs et des systèmes. Extrait de <https://www.mapsresearch.ca/wp-content/uploads/2018/03/Aging-Project-201718-Update.pdf>

Ouellette-Kuntz, H., Martin, L., & McKenzie, K. (2016). Rapport final du projet sur le vieillissement. Toronto, ON : Programme de recherche sur l'accès aux soins de santé et la déficience intellectuelle. Extrait de

<https://www.porticonetwork.ca/documents/38160/99698/Aging+Final+Report/cf0cbbab-0943-4796-88d9-1f8e3afb5af8>

Au sujet des auteurs

Andrea est une ergothérapeute qui a récemment commencé à travailler à la Place Surrey dans les programmes Adultes et les soins primaires en tant que facilitatrice des transitions; ce sont des programmes axés sur les adultes atteints de DI en phase de vieillissement. Avant d'occuper ce poste, elle travaillait à Baycrest et à Toronto Western en santé mentale gériatrique. Elle a aussi travaillé au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) dans le Programme de recherche sur l'accès aux soins de santé et la déficience intellectuelle (H-CARDD) et à l'Hôpital St. Michael's au sein d'une équipe de sensibilisation communautaire en santé mentale.

Eric est un médecin qui se spécialise en médecine gériatrique à l'Hôpital St. Michael's et à l'Hôpital Mount Sinai. Il est présentement inscrit au programme de maîtrise en épidémiologie clinique et recherche en soins de santé à l'Université de Toronto.

Erin est une doctorante dans le programme de psychologie clinique de l'Université Ryerson. Elle travaille également au CAMH en tant que stagiaire en recherche dans le Programme des services du neurodéveloppement chez les adultes.

Yona est directrice du Centre Azrieli pour les déficiences neurodéveloppementales chez l'adulte et la santé mentale, scientifique principale dans le Programme des services neurodéveloppementaux pour adultes et directrice du programme H-CARDD au CAMH.

Réponses aux FAQ au sujet de la revue internationale

- 1) Cette revue est destinée à être distribuée à grande échelle; vous n'avez pas besoin de permission pour la transférer. Vous avez cependant besoin de permission pour la publier dans un bulletin d'information ou un magazine.
- 2) Vous pouvez vous abonner en faisant parvenir un courriel à dhingsburger@vitacls.org
- 3) Nous acceptons les soumissions. Envoyez les idées d'articles par courriel à l'adresse ci-dessus ou à anethercott@handstfhn.ca
- 4) Nous apprécions la rétroaction sur tout article qui apparaît ici.