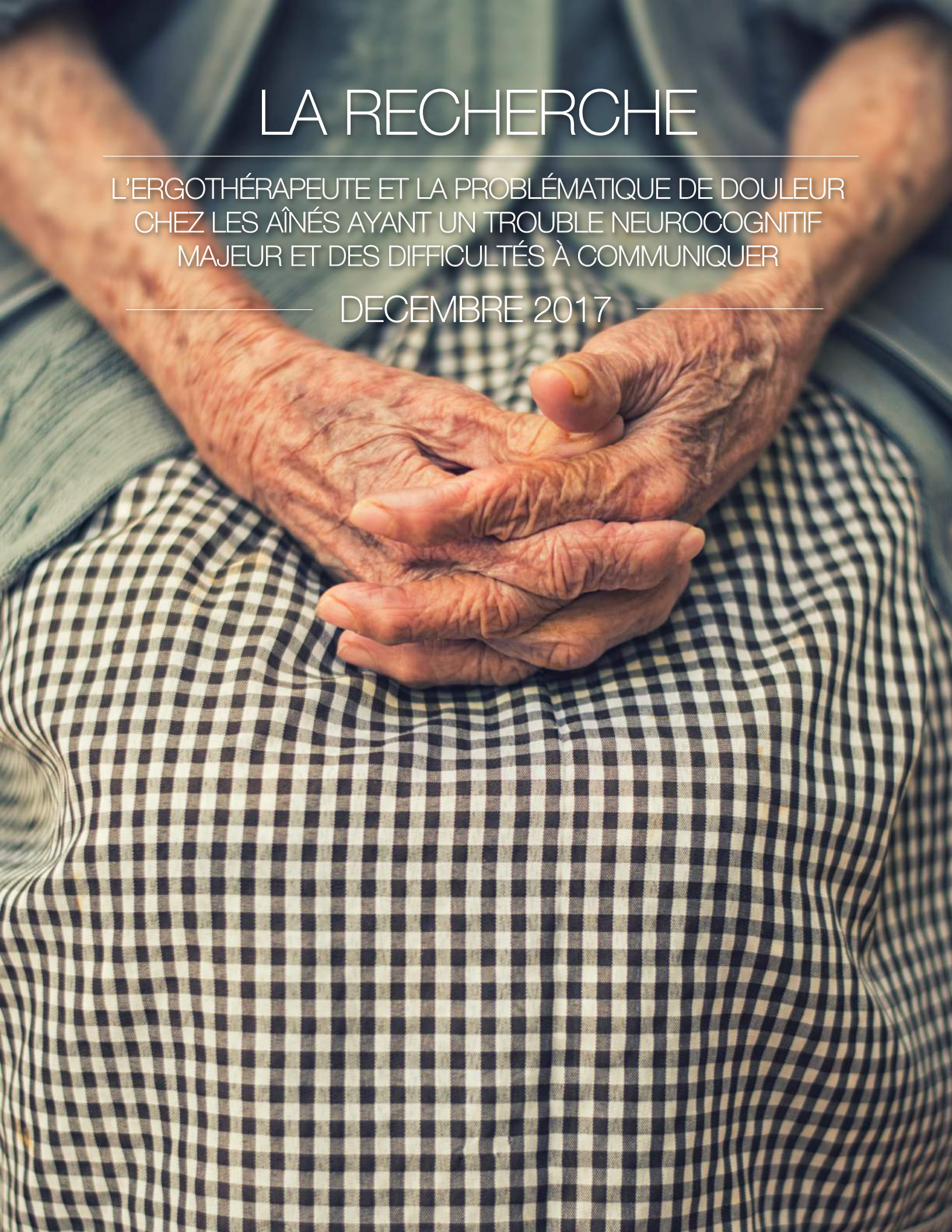


LA RECHERCHE

L'ERGOTHÉRAPEUTE ET LA PROBLÉMATIQUE DE DOULEUR
CHEZ LES ÂÎNÉS AYANT UN TROUBLE NEUROCOGNITIF
MAJEUR ET DES DIFFICULTÉS À COMMUNIQUER

DECEMBRE 2017



par SARAH LAROCHE, M. erg. [16-036], GUILLAUME LÉONARD, pht., Ph. D [P05-124] et ÉMILIE LAGUEUX, erg., Ph. D. [03-103]



SARAH LAROCHE EST ERGOTHÉRAPEUTE, DIPLÔMÉE DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE DEPUIS 2016. ELLE POURSUIT ACTUELLEMENT SES ÉTUDES À LA MAÎTRISE AU PROGRAMME DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTÉ (CONCENTRATION EN GÉRIATRIE) DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE. DANS LE CADRE DE SA MAÎTRISE, ELLE S'INTÉRESSE AUX OCCUPATIONS QUI ENGENDRENT DE LA DOULEUR CHEZ LES AÎNÉS ATTEINTS D'UN TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR. EN PLUS DE SES TRAVAUX DE RECHERCHE, MME LAROCHE PRATIQUE EN CLINIQUE PRIVÉE AUPRÈS DE PERSONNES EN ARRÊT DE TRAVAIL EN RAISON DE DOULEUR CHRONIQUE OU DE TROUBLES MENTAUX COURANTS.



GUILLAUME LÉONARD, PHYSIOTHÉRAPEUTE, EST PROFESSEUR À L'ÉCOLE DE RÉADAPTATION DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE ET CHERCHEUR AU CENTRE DE RECHERCHE SUR LE VIEILLISSEMENT (CDRV) DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS. DANS LE CADRE DE SES TRAVAUX, LE PR LÉONARD TENTE DE MIEUX COMPRENDRE L'INTERACTION ENTRE LA DOULEUR ET LE SYSTÈME MOTEUR, DE MÊME QUE D'AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LES AÎNÉS. IL S'INTÉRESSE PARTICULIÈREMENT AU POTENTIEL DES TECHNIQUES DE NEUROSTIMULATION (NEUROSTIMULATION PÉRIPHÉRIQUE, STIMULATION TRANSCRÂNIENNE) COMME AVENUES THÉRAPEUTIQUES POUR DIMINUER LES DOULEURS ET MAXIMISER LA FONCTION PHYSIQUE DES PERSONNES ÂGÉES.



ÉMILIE LAGUEUX EST ERGOTHÉRAPEUTE, PROFESSEURE ADJOINTE AU PROGRAMME D'ERGOTHÉRAPIE DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE ET CHERCHEUSE AU CENTRE DE RECHERCHE CLINIQUE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE (AXE INFLAMMATION ET DOULEUR). PRE LAGUEUX PRÉSENTE UNE PROGRAMMATION DE RECHERCHE SOUS UNE PERSPECTIVE ÉMERGENTE DE LA PRATIQUE ERGOTHÉRAPIQUE EN GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE. METTANT DE L'AVANT SES COMPÉTENCES EN HABILITATION DE L'OCCUPATION ET D'AGENTE DE CHANGEMENT, ELLE S'INTÉRESSE À DÉVELOPPER ET À ÉVALUER DE NOUVELLES AVENUES THÉRAPEUTIQUES ERGOTHÉRAPIQUES AFIN D'AMÉLIORER LA GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE.

Introduction

Il est connu que l'avancement en âge s'accompagne d'une augmentation du risque d'être atteint d'une condition de santé engendrant de la douleur (ex. : arthrose, maladies vasculaires périphériques et cancer) (Barkin et coll., 2005). En fait, on estime que la douleur toucherait jusqu'à 50 % des aînés vivant dans la communauté, (Abdulla et coll., 2013) et jusqu'à 80 % des aînés vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (Björk et coll., 2016; Takai et coll., 2010).

Plusieurs fausses croyances en lien avec la douleur, partagées à la fois par les aînés et les professionnels de la santé, peuvent affecter la prise en charge de la douleur chez cette population (Registered Nurse's Association of Ontario, 2007; Thielke et

coll., 2012). La douleur est, par exemple, souvent vue comme une conséquence inévitable du vieillissement. Cette croyance pourrait faire en sorte que la personne soit moins portée à rapporter sa douleur à un intervenant du domaine de la santé. Un autre client pourrait ne pas chercher à soulager sa douleur, sous prétexte que celle-ci lui permet de « mériter » son ciel. Enfin, d'autres croiront que les professionnels de la santé sont les mieux placés pour évaluer leur douleur, ce qui les dispensent de la rapporter verbalement à ces derniers (Registered Nurses' Association of Ontario; Thielke et coll.).

L'évaluation et la prise en charge de la douleur s'avèrent d'autant plus complexes pour les individus ayant des difficultés ou des incapacités à communiquer en raison de la progression de leur

trouble neurocognitif majeur (auparavant appelé « démence ») (American Psychiatric Association, 2000, 2013; Hadjistavropoulos et coll., 2014; Scherder et coll., 2009). Ces difficultés à communiquer ont pour effet de diminuer la capacité de ces personnes à rapporter la présence de douleur, faisant ainsi obstacle à l'évaluation et au traitement de celle-ci. Les écrits scientifiques montrent d'ailleurs que les personnes âgées qui ont de la douleur et qui sont atteintes d'un trouble cognitif sont davantage à risque d'être sous-évaluées et sous-traitées comparativement aux aînés n'ayant pas de trouble cognitif (Gibson et Lussier, 2012; Hadjistavropoulos et coll.; Scherder et coll.). À titre comparatif, une récente étude transversale réalisée en Suède dans des centres d'hébergement auprès de 4831 participants a démontré que la prévalence de douleur chez les aînés sans trouble cognitif était de 31%, comparativement à 56% chez ceux ayant un trouble neurocognitif (Björk et coll.).

Cette situation est préoccupante compte tenu des nombreuses conséquences qu'une douleur non traitée peut entraîner (ex : diminution de la mobilité, diminution de l'autonomie au quotidien, augmentation du risque de chutes, apparition de troubles de comportements, dépression, anxiété, diminution de la qualité de vie et du bien-être, etc.) (Choinière et coll., 2010; Gibson et Lussier; Scherder et coll.; Stubbs et coll., 2014), d'autant plus qu'à la base, le trouble neurocognitif majeur en soi interfère avec la capacité d'une personne à réaliser ses occupations au quotidien (Canadian Association of Occupational Therapists, 1998).

Comme piste de solution, les écrits scientifiques recommandent de prioriser une approche holistique et systématique afin d'évaluer la douleur et l'efficacité des interventions mises en place subséquentement auprès des aînés ayant un trouble neurocognitif (Hadjistavropoulos et coll., 2007, 2009, 2014). Telle que recommandée par Hadjistavropoulos et ses collaborateurs (2014), cette approche reconnaît l'importance de prioriser l'autoévaluation de la douleur par le client, considérée comme la « mesure étalon », et ce, peu importe son statut cognitif. L'utilisation d'outils d'hétéro-évaluation de la douleur (effectuée par un observateur externe), combinée à

d'autres observations cliniques, est aussi recommandée afin d'obtenir un meilleur portrait de la situation du client. Parmi les outils d'hétéro-évaluation de la douleur possédant de bonnes qualités métrologiques, on retrouve le Doloplus-II (Pautex et coll., 2007), le *Pain Assessment for Seniors with Limited Ability to Communicate-II* [PACSLAC-II] (Chan et coll., 2014) et l'Algoplus (Bonin-Guillaume et coll., 2016). Quant à l'approche systématique, l'évaluation se doit d'être réalisée à plusieurs reprises afin de déterminer l'évolution de la condition du client dans le temps ou de déterminer l'efficacité des interventions utilisées pour soulager la douleur (Hadjistavropoulos et coll.). Il est d'ailleurs recommandé de procéder à l'évaluation et à l'enregistrement systématiques de la douleur en tant que 5e signe vital (Reed et Tilly, 2008).

RECENSION DES ÉCRITS

La contribution de l'ergothérapeute dans l'évaluation et le traitement de la douleur des aînés ayant un trouble neurocognitif majeur est peu décrite ou mentionnée vaguement dans les consensus d'experts sur le sujet. Ainsi, une recension des écrits fut réalisée dans le but de détailler davantage le rôle de l'ergothérapeute dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur de ces personnes. Les mots-clés « pain AND [dementia OR major neurocognitive disorder] AND [rehabilitation OR occupational therapy OR non pharmacological] » furent utilisés et les banques de données Pubmed, PsychINFO, CINAHL Plus with Full Text furent consultées entre juin et juillet 2017. Les périodiques disponibles via l'Association Canadienne des ergothérapeutes furent également consultés. Au total, 674 résultats ont été obtenus. Parmi ces articles, 49 articles ont été retenus à la suite de la lecture des titres et des abrégés. Après la lecture des articles, 17 articles ont été retenus en raison de leur pertinence en lien avec le but de la recension des écrits. Les prochaines sections détaillent les résultats de cette recension.

RÔLE ET IMPLICATION ACTUELS DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

La problématique de sous-évaluation de la douleur des aînés atteints d'un trouble neurocognitif majeur et l'importance d'adopter une approche holistique pour son évaluation devraient faire écho aux ergothérapeutes (Brown, 2009), d'autant plus qu'il est

[suite page 04]

L'ERGOTHÉRAPEUTE ET LA PROBLÉMATIQUE DE DOULEUR CHEZ LES AÎNÉS AYANT UN TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR ET DES DIFFICULTÉS À COMMUNIQUER

connu que la douleur est un facteur affectant considérablement l'autonomie d'une personne dans son quotidien (Kaasalainen et coll., 2016; Morrison et coll., 2009). Or, les écrits scientifiques soulignent que très peu de ces personnes sont référées à des équipes multidisciplinaires de gestion de douleur où les ergothérapeutes prennent part au processus d'évaluation et d'intervention, comme il en est le cas pour les adultes ou les enfants (Brown).

Dans un premier temps, ce contexte peut s'expliquer par des besoins sur le plan de la formation universitaire initiale ou de la formation continue des ergothérapeutes au sujet de la neurophysiologie, de l'évaluation (ex : sources d'information à considérer, quels outils d'évaluation privilégier et comment les utiliser) et du traitement de la douleur de cette population (Tousignant-Laflamme et coll., 2012). Un autre enjeu est aussi nommé, soit le fait que le rôle de la réadaptation auprès de ces clients est encore peu connu par les autres professionnels du domaine de la santé, le tout limitant les communications entre les différents membres de l'équipe (Tousignant-Laflamme et coll.). Cette situation contribue, de toute évidence, à une implication non optimale des ergothérapeutes dans l'évaluation et le traitement de la douleur de ces aînés.

Au Canada, il est aussi souligné que l'ergothérapie ne serait pas utilisée à son plein potentiel et serait sous-utilisée dans le système de santé (Rexe et coll., 2013). Au Québec, des enjeux sur le plan organisationnel pourraient, entre autres, expliquer cet état de fait (ex. : petit nombre d'ergothérapeutes embauchés par CHSLD et ressources financières et matérielles limitées). En raison des importantes charges de travail des ergothérapeutes, les consultations réalisées en ergothérapie en soins de longue durée se limitent souvent à quelques visites et à l'essentiel, limitant ainsi les possibilités d'intervention et les concepts de prévention et de qualité de vie à long terme pour les clients (Rexe et coll.). En fait, les ergothérapeutes qui travaillent présentement en gériatrie offrent surtout des interventions pour prévenir l'apparition de douleur, pour remédier aux problèmes fonctionnels causés par la douleur et promouvoir l'indépendance au quotidien (ex : positionnement et mobilisations, adaptation de tâche,

utilisation d'aides techniques ou de surfaces thérapeutiques, enseignement de techniques de relaxation, modalités thermiques et conception d'orthèses) (Barawid et coll., 2015; Brown; de Andrade et coll., 2011; Dziechciaż, Balicka-Adamik et Filip, 2013; Weiner, 2001).

Cette situation s'avère préoccupante, puisque les consensus d'experts et les écrits scientifiques affirment qu'une approche multidisciplinaire centrée sur la personne, holistique, systématique et combinant à la fois des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques, est à privilégier pour la gestion de la douleur de cette population (Bartolo et coll., 2016; Buffum et coll., 2007; de Andrade et coll.; Heath, 2010; Horgas, 2003; Kress et coll., 2014; Reed et Tilly).

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DE CETTE CLIENTÈLE

Peu d'articles scientifiques décrivent précisément le rôle de l'ergothérapeute dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur des personnes ayant un trouble neurocognitif majeur et des difficultés à communiquer. À la suite de cette recension des écrits, des recommandations à cet effet peuvent toutefois être émises, le tout en vue de bonifier la pratique des ergothérapeutes auprès de cette clientèle.

Tout d'abord, les ergothérapeutes doivent réévaluer leurs pratiques actuelles et leurs besoins de formation en lien avec la prise en charge de la douleur des individus ayant un trouble neurocognitif majeur (Brown), en vue de bonifier les programmes universitaires et les programmes de formation continue au sujet de la neurophysiologie de la douleur, des outils de mesure standardisés à privilégier et des modalités non pharmacologiques disponibles et reconnues efficaces pour cette clientèle (Tousignant-Laflamme et coll.). Afin de demeurer informé(e)s des plus récentes données probantes, les ergothérapeutes sont invités à devenir membres d'associations comme l'International Association for the Study of Pain (IASP) et la Société canadienne de la douleur (Brown).

L'ERGOTHÉRAPEUTE ET LA PROBLÉMATIQUE DE DOULEUR CHEZ LES AÎNÉS AYANT UN TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR ET DES DIFFICULTÉS À COMMUNIQUER

D'autre part, les ergothérapeutes doivent se rattacher à la définition même de leur profession et la faire valoir aux autres intervenants et aux décideurs du domaine de la santé (Rexe et coll.). L'ergothérapie est « l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation; habiliter les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être; et habiliter les membres de la société, de telle sorte que celle-ci soit juste et inclusive afin que tous puissent s'engager – selon leur plein potentiel – dans les activités de la vie quotidienne faciliter la participation à la vie quotidienne » (Townsend et Polatajko, 2013, p.31-32). Ce faisant, l'usage des activités signifiantes comme moyen et cible d'intervention est certainement une voie à privilégier pour intervenir auprès des personnes atteintes de douleur, d'un trouble neurocognitif majeur et de difficultés à communiquer. Au cours des dernières années, des études ont, par exemple, évalué l'efficacité de l'utilisation de jardins thérapeutiques (Detweiler et coll., 2012), de la musique préférée par le client (Park, 2010), de même que du yoga et du tai-chi adaptés (Norelli et Harju, 2008) auprès de cette clientèle dans la gestion de la douleur. Bien que les effets de ces interventions demeurent à confirmer en raison de la petite taille des échantillons de ces études, ces interventions sont à considérer dans l'éventail de modalités non pharmacologiques pouvant être utilisées pour soulager la douleur des aînés, d'autant plus que l'engagement dans des activités signifiantes comporte des avantages allant au-delà de la simple gestion de la douleur, comme le maintien des capacités fonctionnelles et l'amélioration de la qualité de vie (Reed et Tilly).

Afin de faire rayonner la profession de l'ergothérapie et d'en faire valoir sa contribution auprès des différents acteurs du système de santé, les ergothérapeutes doivent contribuer au développement de pratiques professionnelles exemplaires. Les ergothérapeutes se doivent ainsi de participer à l'écriture de guides de pratiques cliniques menant à une prise en charge optimale de la douleur des aînés ayant un trouble neurocognitif majeur. De plus, les ergothérapeutes doivent s'impliquer dans les formations dans ce champ d'intervention en s'adressant aux autres intervenants de la santé. Les écrits scientifiques

proposent notamment de former des équipes interdisciplinaires de douleur en CHSLD, ceci dans le but d'effectuer de l'enseignement et du partage de connaissances pour que les intervenants des milieux puissent collaborer dans le processus d'évaluation et de traitement de la douleur des clients (Kaasalainen et coll.).

Finalement, l'ergothérapeute doit davantage s'impliquer dans le processus d'évaluation holistique et systématique de la douleur des aînés en clinique, de même que dans la proposition de moyens visant à soulager leur douleur (Brown; Rexe et coll.).

CONCLUSION

À ce jour, les ergothérapeutes se sont peu impliqués dans la prise en charge de la douleur chez les aînés atteints d'un trouble neurocognitif majeur et peu d'écrits scientifiques mentionnent l'apport de l'ergothérapie auprès de cette clientèle. Cet article a pour but de sensibiliser les ergothérapeutes à cette situation et de les solliciter pour apporter la contribution de leur profession dans l'amélioration de la qualité de vie et le bien-être de ces clients. Différentes solutions existent, soit la bonification des programmes universitaires et de la formation continue, l'implication au sein d'associations ou des regroupements, la participation à la rédaction des lignes directrices cliniques, l'utilisation de l'activité signifiante comme moyen d'intervention et la formation d'équipes interdisciplinaires de douleur en CHSLD. À n'en point douter, l'ensemble du processus d'évaluation et d'intervention relié à la douleur de cette population serait bonifié par l'implication active des ergothérapeutes dans ce champ de pratique.

Pour joindre les auteurs :
sarahlaroch@spers.ca

[suite page 06]

RÉFÉRENCES

Abdulla, A., Adams, N., Bone, M., Elliott, A. M., Gaffin, J., Jones, D., ... British Geriatric Society. (2013). Guidance on the management of pain in older people. *Age and Ageing*, 42 Suppl 1.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.

Barawid, E., Covarrubias, N., Tribuzio, B. et Liao, S. (2015). The benefits of rehabilitation for palliative care patients. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 32(1), 34–43.

Barkin, R. L., Barkin, S. J. et Barkin, D. S. (2005). Perception, assessment, treatment, and management of pain in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(3 SPEC. ISS.), 465–490.

Bartolo, M., Chiò, A., Ferrari, S., Tassorelli, C., Tamburini, S., Avenali, M., ... Magrinelli, F. (2016). Assessing and treating pain in movement disorders, amyotrophic lateral sclerosis, severe acquired brain injury, disorders of consciousness, dementia, oncology and neuroinfectiology Conference on Pain in Neurorehabilitation, 52(6), 841–854.

Björk, S., Juthberg, C., Lindkvist, M., Wimo, A., Sandman, P.-O., Winblad, B. et Edvardsson, D. (2016). Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16, 154.

Bonin-Guillaume, S., Jouve, E., Lauretta, R., Nalin, C., Truillet, R., Capriz, F., et Rat, P. (2016). Algoplus performance to detect pain in depressed and/or demented old patients. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 20(7), 1185–1193.

Brown, C. (2009). Pain, ageing and dementia: The crisis is looming, but are we ready? *British Journal of Occupational Therapy*, 72(8), 371–375.

Buffum, M. D., Hutt, E., Chang, V. T., Michael, H. et

Snow, A. L. (2007). Cognitive impairment and pain management: review of issues and challenges. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(2), 315–330.

Canadian Association of Occupational Therapists. (1998). *Living at home with Alzheimer Disease*. ON: CAOT Publications ACE.

Chan, S., Hadjistavropoulos, T., Williams, J. et Lints-Martindale, A. (2014). Evidence-based Development and Initial Validation of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate-II (PACSLAC-II). *Clinical Journal of Pain*, 30(9), 816–824.

Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P. M., Boulanger, A., ... Ware, M. (2010). The Canadian STOP-PAIN project- Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anesthesia*, 57(6), 539–548.

de Andrade, D. C., de Faria, J. W. V., Caramelli, P., Alvaranga, L., Galhardoni, R., Siqueira, S. R. D., ... Teixeira, M. J. (2011). The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 69(2B), 387–394.

Detweiler, M. B., Sharma, T., Detweiler, J. G., Murphy, P. F., Lane, S., Carman, J., ... Kim, K. Y. (2012). What is the evidence to support the use of therapeutic gardens for the elderly? *Psychiatry Investigation*, 9(2), 100–110.

Dziechciaż, M., Balicka-Adamik, L. et Filip, R. (2013). The problem of pain in old age. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine : AAEM*, 1(1), 35–38.

Gibson, S. J. et Lussier, D. (2012). Prevalence and relevance of pain in older persons. *Pain Medicine*, 13, S23–S26.

Grant, M. J. et Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108.

Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Prkachin, K. M., Craig, K. D., Gibson, S. J., Lukas, A. et Smith, J. H. (2014). Pain assessment in elderly adults with dementia. *The Lancet Neurology*, 13(12), 1216–1227.

Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D., Fine, P., Dworkin, R., Helme, R., ... Williams, J. (2007). An Interdisciplinary Expert Consensus Statement on Assessment of Pain in Older Persons. *Clin J Pain*, 23(1), S1–S43.

Hadjistavropoulos, T., Marchildon, G. P., Fine, P. G., Herr, K., Palley, H. A., Kaasalainen, S. et Béland, F. (2009). Transforming long-term care pain management in North America: The policy-clinical interface. *Pain Medicine*, 10(3), 506–520.

Heath, H. (2010). Improving quality of care for people with dementia in general hospitals. *Nursing Older People*, (Quality of Care Supplement), 1–16. Retrieved from <http://www.rcn.org.uk/library>

Horgas, A. L. (2003). Pain management in elderly adults. *Journal of Infusion Nursing : The Official Publication of the Infusion Nurses Society*, 26(3), 161–5.

Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Akhtar-Danesh, N., Brazil, K., Donald, F., Martin-Misener, R., ... Dolovich, L. (2016). The effectiveness of a nurse practitioner-led pain management team in long-term care: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 156–167.

Kress, H.-G., Ahlbeck, K., Aldington, D., Alon, E., Coaccioli, S., Coluzzi, F., ... Sichère, P. (2014). Managing chronic pain in elderly patients requires a CHANGE of approach. *Current Medical Research and Opinion*, 30(6), 1–12.

Morrison, D., Flanagan, S., Fischberg, D., Cintron, A. et Siu, A. (2009). A novel interdisciplinary analgesic program reduces pain and improves function in older adults following orthopedic surgery. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(1), 1–10.

Norelli, L. J. et Harju, S. K. (2008). Behavioral Approaches to Pain Management in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24(2), 335–344.

Park, H. (2010). Effect of Music on Pain for Home-Dwelling Persons with Dementia. *Pain Management Nursing*, 11(3), 141–147.

Pautex, S., Herrmann, F. R., Michon, A., Giannakopoulos, P. et Gold, G. (2007). Psychometric properties of the Doloplus-2 observational pain assessment scale and comparison to self-assessment in hospitalized elderly. *The Clinical Journal of Pain*, 23(9), 774–9.

Reed, P. et Tilly, J. (2008). Dementia Care Practice Recommendations for Nursing Homes and Assisted Living, Phase 1 FUNDAMENTALS OF EFFECTIVE DEMENTIA CARE, 9(1), 33–41.

Registered Nurse's Association of Ontario. (2007). Assessment and Management of Pain in the Elderly Assessment and Management of Pain, 36p.

Rexe, K., McGibbon Lammi, B. et von Zweck, C. (2013). Occupational therapy: Cost-effective solutions for changing health system needs. *Healthcare Quarterly*, 16(1), 69–75.

Scherder, E., Herr, K., Pickering, G., Gibson, S., Benedetti, F. et Lautenbacher, S. (2009). Pain in dementia. *Pain*, 145(3), 276–278.

Stubbs, B., Schofield, P., Binnekade, T., Patchay, S., Sepehry, A. et Eggermont, L. (2014). Pain Is Associated with Recurrent Falls in Community-Dwelling Older Adults: Evidence from a Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Medicine (United States)*, 15(7), 1115–1128.

Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Okamoto, Y., Koyama, K. et Honda, A. (2010). Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Management Nursing*, 11(4), 209–223.

Thielke, S., Sale, J. et Reid, M. C. (2012). Aging: are these 4 pain myths complicating care? *The Journal of Family Practice*, 61(11), 666–70.

Tousignant-Laflamme, Y., Tousignant, M., Lussier, D., Lebel, P., Savoie, M., Lalonde, L. et Choinière, M. (2012). Educational needs of health care providers working in long-term care facilities with regard to pain management. *Pain Research & Management*, 17(5), 341–6.

Townsend, E. et Polatajko, H. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Weiner, D. (2001). Pain in nursing home residents: Management strategies. *Drugs and Aging*, 18(1), 13–29.