

LES
CAHIERS

DU SAVOIR



NUMÉRO 4 OCTOBRE 2023

LA PERSONNE
ÂÎNÉE

TABLE DES MATIÈRES



Nous avons employé le masculin
dans le but d'alléger la lecture du texte.

Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

Téléphone : 514 738-1881
1 800 363-2644

ordrepsy.qc.ca
info@ordrepsy.qc.ca

Dépôt légal – 2023

Bibliothèque et Archives
nationales du Québec
ISBN 978-2-923164-68-7

Bibliothèque et Archives Canada
ISSN 2564-3800 (imprimé)

Envoi de Poste-publications :
numéro de convention 40065731

- 1 **Mot de la présidente**
- 1 **Mot de la rédactrice en chef**
- 2 **Chapitre 1 – L’alliance thérapeutique au fil des transitions de vie de la personne âgée : outils pour le psychologue**
D^{re} Laurence Villeneuve, Psy. D./Ph. D., et Jean Paul W. Tremblay, M.A. Ps., psychologues
- 7 **Chapitre 2 – Sexualité, intimité et vieillissement**
Maude Lecompte, Ph. D. (sexologie), Julie Beauchamp, Ph. D. (sexologie), et Isabelle Wallach, Ph. D. (ethnologie)
- 12 **Chapitre 3 – Dépression gériatrique et détresse psychologique**
Lucile Agarrat, master en psychologie, psychologue, neuropsychologue
- 18 **Chapitre 4 – Stress et vieillissement : quand on teste, est-ce qu’on stresse ?**
Sonia Lupien, Ph. D. (sciences neurologiques)
- 24 **Chapitre 5 – Évaluation et traitement de l’insomnie chez la personne âgée**
Karianne Dion, B.A. (psychologie), D^{re} Mélanie Vendette, Ph. D., psychologue, neuropsychologue, D^{re} Soojin Chun, M.D., FRCP(C), gériatopsychiatre, et D^{re} Rébecca Robillard, Ph. D., psychologue, neuropsychologue
- 31 **Chapitre 6 – Prévenir et ralentir le vieillissement cognitif : état des connaissances et interventions cognitives**
Catherine Gosselin, B.A. (psychologie), et Benjamin Boller, Ph. D., psychologue, neuropsychologue
- 37 **Chapitre 7 – Pratiques innovantes en matière d’hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif majeur**
D^r Carol Hudon, Ph. D., psychologue, neuropsychologue, et Philippe Voyer, Ph. D. (sciences infirmières)
- 43 **Chapitre 8 – Psychothérapie psychodynamique auprès des personnes âgées**
D^{re} Lise Gagnon, Ph. D., psychologue, neuropsychologue, Romane Duquette-Laplante, B.A. (psychologie), Émilie Tassé, B.A. (psychologie), et D^{re} Stéphanie Bourassa, D. Ps., psychologue
- 49 **Chapitre 9 – Les interventions artistiques d’inspiration humaniste/existentielle dans les soins palliatifs**
Alfonso Santarpia, *laurea* en psychologie, psychologue
- 55 **Chapitre 10 – Reconnaître la maltraitance et comprendre les rôles des psychologues dans l’accompagnement et la protection des personnes âgées**
Mélanie Couture, M.A. (gérontologie), Ph. D. (sciences cliniques), Kevin St-Martin, M. Serv. soc., et Sarita Israel, B.A. (service social), B.A. (sociologie), travailleuse sociale
- 62 **Biographies des auteurs**
- 66 **Références bibliographiques**



Je suis particulièrement fière de vous présenter cette édition des *Cahiers du savoir* qui se penche sur les réalités, enjeux et défis auxquels peuvent faire face les personnes âgées. Le bien-être des aînés me préoccupe au plus haut point, ceux-ci ne recevant pas l'ensemble des traitements et soins de qualité auxquels ils ont pourtant droit. Puisque nos proches vieillissent et que nous sommes tous les aînés de demain, il s'agit là d'un enjeu populationnel crucial et qui touche tout le monde, sans exception. L'Ordre a d'ailleurs procédé au lancement de la plateforme Web *aufildutemps.quebec* plus tôt cette année, une initiative qui vise notamment à éduquer et sensibiliser la population quant aux divers phénomènes liés au vieillissement du cerveau, et à promouvoir ainsi la culture de bienveillance des personnes âgées.

Dans le même esprit, il nous apparaissait essentiel de consacrer ce numéro des *Cahiers du savoir* aux aînés afin que les professionnels que nous sommes saisissons bien l'ensemble des enjeux pouvant découler du vieillissement, prennent conscience de la réalité des personnes âgées et comprennent l'ensemble des défis auxquels celles-ci doivent parfois faire face à cette étape de leur vie.

Rappelons que les *Cahiers du savoir* ont pour objectif de répondre à un besoin essentiel de formation continue, et que cette publication annuelle est destinée à tous les psychologues exerçant dans divers domaines et milieux de pratique. Sans prétendre remplacer les *textbooks* ni couvrir de manière exhaustive chacun des aspects propres à une population ou à une problématique donnée en matière de santé mentale, les *Cahiers du savoir*

présentent une synthèse à la fois pertinente et accessible des principaux phénomènes et enjeux que les psychologues peuvent rencontrer dans le cadre de leur profession. Je profite d'ailleurs de l'occasion pour souligner la contribution des plus significatives de tous les auteurs et membres de l'Ordre chevronnés, prônant différentes approches et provenant de divers horizons, qui ont contribué à la publication de chacun des numéros des *Cahiers du savoir*.

La rédactrice en chef, la D^{re} Isabelle Marleau, directrice de la qualité et du développement de la pratique de l'Ordre, a pu également compter sur l'expertise, le savoir et le regard aiguisé des membres du comité scientifique des *Cahiers* qui étaient chargés de la révision des textes composant le présent numéro. À cet effet, je tiens à remercier, en ordre alphabétique, les membres du comité scientifique de ce quatrième numéro : le D^r Luc Granger, le D^r Conrad Lecomte, M. André Renaud, la D^{re} Isabelle Rouleau et le D^r Camillo Zacchia, psychologues.

En terminant, je souhaite sincèrement que la lecture de cette nouvelle édition des *Cahiers du savoir* puisse enrichir vos connaissances et permettre une compréhension encore plus fine des réalités de la population âgée, contribuant ainsi à améliorer votre pratique professionnelle non seulement auprès de ces personnes, mais aussi auprès de leurs proches.

D^{re} Christine Grou, psychologue, neuropsychologue
Ph. D. (psychologie), M. A. (bioéthique), ASC
Présidente de l'Ordre des psychologues du Québec



MOT DE LA RÉDACTRICE EN CHEF

Pour une quatrième année consécutive, je vous présente les *Cahiers du savoir*. Ce numéro rassemble dix chapitres thématiques indépendants, offrant non seulement un portrait des défis que peuvent vivre les personnes âgées, mais traitant aussi des richesses que cette étape de la vie comporte.

Nous avons la chance d'avoir pu réunir des auteurs qui nous font découvrir leurs visions, dans le but renouvelé de réaliser notre mandat, soit celui de répondre aux besoins que vous nous avez exprimés en matière de formation continue.

Dans ce numéro, on aborde les particularités de l'alliance psychothérapeutique avec les personnes âgées. Ensuite, on présente les notions de sexualité et d'intimité en conjonction avec le vieillissement. Puis, on développe un regard sur la dépression gériatrique ainsi que sur la détresse psychologique et le stress vécus par cette population. Ce numéro nous permet également de découvrir l'évaluation et le traitement de

l'insomnie chez la personne aînée et de parcourir un état des connaissances et des interventions cognitives quant à la prévention et au ralentissement du vieillissement cognitif. On y découvre en outre des pratiques innovantes en matière d'hébergement et de soins de longue durée.

Par la suite, une perspective psychodynamique du vieillissement est présentée, et on ouvre une fenêtre sur les interventions artistiques d'inspiration humaniste et existentielle dans les soins palliatifs. En terminant, une incursion sur le thème de la maltraitance chez les personnes âgées est proposée, sous l'angle de la compréhension du rôle des psychologues dans l'accompagnement et la protection des aînés.

Je vous souhaite une lecture des plus éclairantes et enrichissantes.

D^{re} Isabelle Marleau, psychologue
Directrice de la qualité et du développement de la pratique
Ordre des psychologues du Québec

L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE AU FIL DES TRANSITIONS DE VIE DE LA PERSONNE ÂÎNÉE : OUTILS POUR LE PSYCHOLOGUE

D^{re} Laurence Villeneuve,
Psy. D./Ph. D.,
et **Jean Paul W. Tremblay,**
M.A. Ps., psychologues

L'établissement de l'alliance thérapeutique est au cœur de la relation entre le psychologue et son client. Cette alliance se définit à travers un processus dynamique qui influence la qualité de la relation (Drouin, 2021). Différents facteurs vont contribuer à la qualité de ce lien, notamment la capacité du client à développer une relation de confiance, à se sentir entendu, compris, *attaché*, mais également les capacités relationnelles du psychologue à entrer en relation avec le client à travers son ouverture, son authenticité, sa capacité d'écoute (Brillon, 2011). Plusieurs méta-analyses révèlent que l'alliance thérapeutique constitue une variable importante, expliquant jusqu'à 8 % de la variabilité des résultats psychothérapeutiques, et ce, peu importe l'approche théorique utilisée (voir Flückiger et al., 2018; Horvath et Symonds, 1991; Martin et al., 2000). Le psychologue doit veiller à transmettre à son client qu'il est important¹ (Flett, 2018; Flett et Heisel, 2021). Afin d'être en mesure d'établir adéquatement cette alliance, le psychothérapeute exerçant en gérontologie est appelé à bien comprendre les spécificités de sa clientèle. Ainsi, comme le soulignent Pons-Massiera et Bosc (2021), l'alliance thérapeutique va se construire à l'aide des connaissances qu'entretient le psychologue à propos du vieillissement, mais également des ajustements qu'il sera en mesure d'apporter au besoin pour s'adapter à sa clientèle. Ce chapitre s'attardera aux éléments de transition de vie vécus par la personne âgée afin d'accroître les connaissances du psychologue sur le vieillissement et sur les facteurs contribuant à l'établissement d'une saine alliance thérapeutique.

1. Réfère au terme *mattering* en anglais.

Le vieillissement : entre état de santé et transitions de vie

Le vieillissement est marqué à la fois par un processus de déclin physiologique et un désir de croissance (Laforest, 1989). La résolution de ce dilemme (c.-à-d. déclin ou croissance) mène à l'intégrité, selon Erikson (Erikson et al., 1989). La société véhicule de multiples préjugés sur les aînés ; certaines personnes diront qu'ils sont rigides, lents, fragiles, malades, voire peu enclins à s'adapter. Dans la conceptualisation populaire, le vieillissement renvoie souvent aux changements physiologiques qui sont physiquement observables et surviennent avec l'âge. Par exemple, la venue des cheveux gris et des rides, la diminution de la masse musculaire ou les changements sensoriels sur le plan de l'audition ou de la vue. La perspective biologique du vieillissement renvoie aussi à l'état de santé de la personne aînée, par exemple à des problèmes médicaux (p. ex., hypertension artérielle, diabète), dont des maladies ou troubles particulièrement invalidants (p. ex., cancer, troubles neurocognitifs) [Agence de la santé publique du Canada, 2020]. Toutefois, l'incidence de maladies chroniques demeure un parcours propre à chaque personne. En effet, certains aînés feront face à des maladies chroniques sur une longue période de leur vieillesse alors que d'autres y seront exposés à court terme seulement ou n'auront pas à y faire face. De même, d'autres personnes apprendront à conjuguer avec des incapacités fonctionnelles entraînant un niveau de dépendance léger à modéré (18 % chez les 65-74 ans ; 39 % chez les 75 ans et plus) [Pageau et al., 2001] alors que d'autres vivront sans incapacité (66 % chez les 65-74 ans ; 45 % chez les 75 ans et plus) [Pageau et al., 2001]. Le parcours de santé de chacun est unique.

Par ailleurs, il est noté que la cohorte actuelle de personnes aînées est nettement en meilleure santé que les générations précédentes, notamment en raison de l'amélioration des habitudes de vie (p. ex., tabagisme, exercice physique, consommation d'alcool). L'espérance de vie a augmenté de 30 ans au cours du 20^e siècle (Carstensen, 2009, 2012). Les problèmes de santé physique qui peuvent apparaître avec l'âge n'auront pas toujours le même impact selon qu'ils affectent ou non le fonctionnement social et l'autonomie de la personne. Le psychologue doit apprendre à distinguer le processus de vieillissement normal de ce qui ne l'est pas. Sa compréhension doit englober non seulement les changements attendus associés au vieillissement, mais également les pathologies survenant à un plus jeune âge et évoluant au cours des années (p. ex., client présentant une maladie bipolaire vieillissante) et celles pouvant faire leur apparition dans la vieillesse (p. ex., cancer, trouble neurocognitif, schizophrénie tardive). Ainsi, ce psychologue sera sensibilisé aux aspects de santé physique pouvant survenir et à leurs impacts sur le fonctionnement psychologique de la personne. Dans ce contexte, plusieurs

Chez un aîné, ces transitions et les deuils qui les accompagnent peuvent se multiplier, se succéder rapidement ou encore survenir sur une courte période, ce qui peut entraver les capacités d'adaptation de la personne et ultimement affecter son estime de soi.

auteurs mentionnent que le psychologue sera régulièrement appelé à collaborer avec d'autres professionnels de la santé, tels les médecins, pharmaciens, infirmiers, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et physiothérapeutes, pour mieux comprendre la relation entre les aspects de santé physique et les difficultés psychologiques pouvant être observées (James, 2010 ; Pons-Massiera et Bosc, 2021). Il sera aussi un allié de ces professionnels pour les aider à mieux saisir l'influence du vécu de l'aîné sur l'évolution de sa maladie et sur le traitement.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2022) souligne qu'au-delà des changements physiques et de santé, le vieillissement est également marqué par des transitions de vie importantes auxquelles la personne et ses proches doivent s'adapter. Cela réfère à la perspective psychologique du vieillissement. À l'instar des changements biologiques, les transitions de vie sont nombreuses et diverses. Elles peuvent être marquées par le départ des enfants, la prise de la retraite (planifiée ou non ; volontaire ou imposée), l'arrivée des petits-enfants, l'apparition de nouvelles maladies, un changement de milieu de vie ou encore des changements dans le réseau social. Des données montrent que le cercle social tend à se réduire après la retraite ainsi qu'après le décès des amis ou du conjoint (Gilmour et Ramage-Morin, 2020). Bien que la majorité des aînés québécois âgés de 65 ans et plus (86 %) demeurent à leur domicile, certains vont déménager dans des milieux de vie collectifs (8 %) tels que des résidences pour aînés avec ou sans services d'aide et de santé, des ressources intermédiaires (RI) ou des ressources de type familial (RTF). Précisons que seulement 2,5 % des aînés québécois de 65 ans et plus vont vivre en centre d'hébergement et de soins de longue durée (Commissaire à la santé et au bien-être, 2021). Ce taux tend à augmenter avec l'avancée en âge (6 % chez les 75 ans et plus) et avec le décès du conjoint, le proche aidant facilitant le maintien à domicile.

Ces transitions de vie entraînent souvent des transformations dans les relations, les rôles et la conceptualisation de soi (Hétu, 2016). Chez un aîné, ces transitions et les deuils qui les accompagnent peuvent se multiplier, se succéder rapidement ou encore survenir sur une courte période, ce qui peut entraver les capacités d'adaptation de la personne et ultimement affecter son estime de soi. Diehl (1999) suggère de s'attarder

Il importe que le psychologue tienne compte de ses propres attitudes et préjugés sur le vieillissement. Bien que professionnel de la santé, le psychologue peut tout de même entretenir, consciemment ou non, des idées ou propos âgistes.

plus spécifiquement aux événements de vie importants qui n'ont pas pu être anticipés et qui sont hors du contrôle de la personne (p. ex., maladie invalidante, mortalité d'un proche) ainsi qu'aux événements autodéterminés par la personne (p. ex., reprendre le travail tout en étant rentière d'une pension), puisque ce sont ces événements qui auront le plus grand impact sur l'estime de soi et les capacités d'adaptation.

Les transitions de vie peuvent également mener à des changements de rôle chez l'ainé, par exemple passer de travailleur à retraité, de marié à veuf ou encore d'aidant à aidé. Parmi ces différentes transitions, le décès du conjoint est considéré comme la situation la plus stressante d'après l'échelle de Holmes et Rahe (1967), et peut causer des difficultés d'adaptation significatives. En effet, pour certains aînés, le décès du conjoint met fin à une longue vie conjugale (50, 60, voire 70 ans de vie commune), laissant souvent un vide. Ils doivent apprivoiser une nouvelle solitude et apprendre à développer de nouvelles compétences pour des responsabilités qui étaient jusqu'alors assumées par le conjoint. Pour certains, ce sera la première fois qu'ils auront à vivre seuls, puisque leur mariage a coïncidé avec le départ du nid familial. Mentionnons également que le décès du conjoint peut précipiter un changement de milieu de vie, et ce, pour différentes raisons.

Parmi les autres transitions de vie possibles, soulignons le fait de s'occuper d'un proche malade et d'agir comme proche aidant. Ce changement de rôle peut constituer une source d'épuisement, et causer une détresse psychologique significative (Arriagada, 2020; Pinquart et Sörensen, 2003), particulièrement lorsque la personne vient en aide à un proche présentant des troubles neurocognitifs (Institut canadien d'information sur la santé, 2018). Peu de personnes ont prévu de s'occuper d'un proche malade à leur retraite. Si les troubles neurocognitifs peuvent apparaître à un âge relativement jeune, ils sont, pour ceux qui l'atteindront, surtout une réalité du grand âge (80 ans et plus) [Société Alzheimer du Canada, 2022]. Voici un exemple pour illustrer comment ces multiples transitions peuvent se présenter chez la personne aînée et son entourage².

2. Le lecteur qui désire poursuivre sa réflexion sur le rôle du psychologue en gérontologie est invité à consulter ces ressources :

- American Psychological Association. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59(4), 236-260.
- Brehm, S. S. (2008). *Report of the APA Presidential Task Force on Integrated Health Care: Blueprint for change—Achieving integrated health care for an aging population*. American Psychological Association.

Transitions de vie – M. Émile, 82 ans, et son épouse

M. Émile a reçu un diagnostic de trouble neurocognitif de type Alzheimer il y a sept ans. Il est marié avec M^{me} Gilberte depuis 50 ans. Bien que l'annonce du diagnostic fût difficile pour les deux membres du couple, ils ont tenté de mettre en place des stratégies d'adaptation pour pallier les pertes de mémoire de M. Émile (aide-mémoire, rappel, support visuel). Au fil du temps, ces adaptations et l'aide de l'entourage sont devenues de moins en moins suffisantes. M. Émile présente une plus grande désorientation, demande à retourner chez lui alors que le couple demeure toujours dans la même maison, et des difficultés de sommeil surviennent, marquées par des périodes d'errance nocturne. Son permis de conduire lui a été retiré par son médecin il y a six mois. Cela amène le couple à de nouvelles adaptations puisque M^{me} Gilberte n'a jamais conduit, en raison de son anxiété. M^{me} Gilberte observe également que son conjoint est plus anxieux et qu'il la cherche constamment, ne tolérant pas d'être loin d'elle plus d'une dizaine de minutes. Le CLSC vient apporter une aide à domicile pour pallier les pertes de M. Émile, notamment en adaptant son environnement pour le rendre plus sécuritaire et en faisant le lien avec le centre de jour afin qu'il puisse être investi dans sa sphère sociale tout en permettant un répit pour sa conjointe. Toutefois, M^{me} Gilberte exprime être de plus en plus épuisée malgré les aides et adaptations apportées à son mari. Elle ressent un fardeau croissant face aux différentes tâches et responsabilités à accomplir. Elle rapporte une plus grande fatigue et des douleurs lombaires qui la clouent parfois au lit. Elle est confrontée au fait que son mari est toujours vivant, mais qu'il n'est plus la personne qu'elle a connue (un phénomène appelé « deuil blanc »). Elle est témoin impuissante des changements survenant chez son mari. Cet homme si aguerri avec qui elle prenait plaisir à philosopher, à voyager, n'est plus le même. Elle se questionne sur la suite, sur les choix à venir et sur les transitions qu'elle anticipe : héberger son conjoint ou trouver un appartement où ils pourront recevoir des services selon leur besoin spécifique. Malgré ces difficultés, elle rapporte qu'elle vit encore des moments de joie avec son mari et que bien qu'elle observe que leur expression sexuelle s'est transformée, que les caresses mutuelles sont moins fréquentes, elle ressent encore beaucoup d'amour et de désir pour lui. Ceci contribue d'autant plus à son sentiment d'ambivalence face aux décisions à venir.

Ce cas illustre plusieurs transitions de vie que la personne vieillissante et son entourage peuvent être appelés à vivre et auxquelles le psychologue devra porter une attention particulière. Sur le plan de la santé, on note des changements cognitifs et comportementaux chez M. Émile (trouble neurocognitif, désorientation, errance, difficultés de sommeil) et des changements physiologiques chez sa conjointe (douleur lombaire).

Ces changements contribuent à l'émergence de détresse psychologique à la fois chez M. Émile (anxiété) et sa conjointe (épuisement, deuil blanc). Ces changements sont également caractérisés par des transitions significatives telles que le changement de rôle au sein du couple (conjointe/conjoint → aidante/aidé) et dans l'environnement (arrivée de services de santé dans la sphère privée du domicile), mais aussi par des transitions anticipées (p. ex., hébergement).

Le processus de consultation psychologique des personnes âgées

Selon leurs différentes spécificités, les transitions de vie ont un impact variable sur le fonctionnement psychologique de la personne âgée et elles influencent le processus de consultation du psychologue. Par exemple, un aîné ayant toujours consacré une grande importance à ses réalisations professionnelles pourra ressentir le besoin d'être soutenu dans sa prise de décision entourant la retraite. De même, un aîné qui se voit confronté à une mise à pied dans son milieu de travail pourra également bénéficier d'un suivi psychologique afin de verbaliser sur cette nouvelle réalité qui a pu précipiter la prise de la retraite. L'annonce de nouveaux problèmes de santé (pour la personne elle-même ou un de ses proches), l'arrivée d'incapacité fonctionnelle (p. ex., déficit visuel, déficit auditif, diminution ou perte de la mobilité) ou la survenue de changements dans la dynamique relationnelle conjugale (p. ex., maladie du conjoint, conflits conjugaux) ou familiale (p. ex., départ des enfants du nid familial – ou retour dans celui-ci) ou dans la sphère sociale (p. ex., diminution du nombre d'amis en raison des changements sur le plan professionnel ou du décès de certains d'entre eux) sont autant d'exemples pouvant mener à une consultation auprès d'un psychologue.

Nos années de pratique suggèrent que la majorité des suivis psychothérapeutiques est liée à des difficultés d'adaptation qui s'inscrivent dans un contexte de transitions de vie qui génèrent une tension psychologique. Duffy (1999) mentionne que le processus psychothérapeutique survient également lorsque la personne âgée est confrontée à une prise de décision. La présence de détresse psychologique chez les aînés (p. ex., dépression, anxiété) est associée à une plus grande utilisation des services de santé, à des coûts de santé plus élevés et à une grande perte de qualité de vie (Préville et al., 2000; Vasiliadis et al., 2019), d'où l'importance d'intervenir. Toutefois, la consultation auprès de professionnels en santé mentale par les personnes âgées demeure limitée et constitue un défi auprès de cette population; seulement 5 % d'entre elles consulteraient un psychologue (Préville et al., 2009).

La perception du vieillissement

Les habitudes de consultation chez les aînés reflètent certaines caractéristiques propres à cette population. En effet, des auteurs mentionnent que les aînés ont tendance à rapporter

davantage des problèmes physiques plutôt que des symptômes émotionnels associés à la détresse psychologique (Drayer et al., 2005), ce qui peut limiter les démarches vers un professionnel de la santé mentale. Un autre facteur susceptible d'entraver les démarches de consultation est l'âgisme internalisé. Il n'est pas rare de voir des aînés avoir des propos âgistes à leur propre égard (« Je suis trop vieux pour changer »), minimiser leur détresse (« À mon âge, c'est normal de se sentir triste/déprimé ») ou encore se défavoriser (« Je ne veux pas prendre la place d'une autre personne plus jeune qui en bénéficierait davantage »). Le psychologue est appelé à explorer pour diminuer non seulement ces entraves à l'accès aux services, mais également leur possible impact sur l'établissement du lien thérapeutique.

En plus de la perception négative du vieillissement que la personne âgée peut entretenir, il importe que le psychologue tienne compte de ses propres attitudes et préjugés sur le vieillissement. Bien que professionnel de la santé, le psychologue peut tout de même entretenir, consciemment ou non, des idées ou propos âgistes (Bodner et al., 2018). Il va sans dire qu'entretenir une image positive du vieillissement et croire en la capacité de son client à changer et en sa capacité de s'engager dans un processus psychothérapeutique sont nécessaires à l'alliance thérapeutique.

Le psychologue qui travaille auprès des aînés peut se voir confronté à ses propres paradigmes entourant les interventions à privilégier et remettre en question la pertinence de certaines d'entre elles. Par exemple, il y a un risque de s'arrêter aux limitations fonctionnelles ou cognitives de certains clients sans tenir compte des adaptations possibles et de la diversité des modalités d'intervention (James, 2010). Le psychologue pourrait aussi remettre en question la pertinence de son intervention s'il ne constate pas le changement attendu. Comme le souligne Duffy (1999), le psychologue en gérontologie est encouragé à demeurer sensible face à son intolérance à l'incertitude et à l'ambiguïté, puisque cela pourrait l'aider à soutenir son client dans la prise de décisions difficiles, tel le changement de milieu de vie. Soulignons toutefois que cette pression peut parfois être nourrie par l'entourage (p. ex., les enfants craignant le risque d'épuisement relié à la proche aide peuvent favoriser l'hébergement de leurs parents âgés) ou par le contexte de soins (p. ex., milieu hospitalier qui souhaite statuer rapidement sur l'orientation de la personne). Bien que l'implication des proches et des soignants soit souhaitée, le psychologue doit demeurer vigilant et se centrer sur les intérêts de son client en lui redonnant le contrôle sur son suivi et en favorisant ses capacités d'autodétermination.

Les adaptations du clinicien pour faciliter l'alliance

L'alliance thérapeutique se construit dès les premières rencontres et évolue à travers le temps (Brillon, 2011). Au-delà de sa compréhension, le psychologue œuvrant auprès de la population âgée est appelé à adapter sa posture et ses

modalités relationnelles afin de faciliter l'établissement et le développement de cette alliance (Pons-Massiera et Bosc, 2021). Ces adaptations, bien qu'elles ne soient pas toujours nécessaires, peuvent toucher la façon d'intervenir (voir James, 2010). Le psychologue peut, par exemple, décider de diminuer le temps de séance pour s'adapter aux difficultés attentionnelles de son client ou encore de le prolonger pour s'adapter à une limitation langagière pouvant réduire le débit verbal. Il peut aussi décider de recourir à des interventions individuelles ou privilégier une approche systémique. De plus, il doit être attentif aux déficits sensoriels possibles de sa clientèle et s'assurer d'adapter sa façon d'entrer en relation, par exemple en demeurant attentif à son positionnement³, à la luminosité et au niveau sonore ambiant. Le psychologue peut aussi être appelé à favoriser les capacités mnémoniques de ses clients en fournissant des résumés de rencontre, des aide-mémoire ou des enregistrements de séance. Parmi les autres adaptations, soulignons que le psychologue peut également adapter son cadre thérapeutique aux contextes et aux besoins spécifiques de son client âgé. Ainsi, il n'est pas rare que certains suivis doivent se faire dans le milieu de vie de la personne âgée (p. ex., à domicile, en milieu de soins) afin de pallier certains déficits fonctionnels ou cognitifs ou encore certaines situations de vie qui rendraient plus difficile l'accessibilité des services dans un cadre plus conventionnel de consultation. Le psychologue est appelé à faire preuve de créativité dans le choix des adaptations d'interventions qu'il peut proposer afin de personnaliser le processus psychothérapeutique (Kivnick et Kavka, 1999). Ces modalités d'intervention et de suivi doivent être établies et discutées avec la personne âgée et/ou son entourage (avec le consentement du client et selon le besoin).

La littérature scientifique en gérontologie est relativement mince et l'est d'autant plus sur des sujets tels les taux d'attrition et les facteurs entraînant la rupture d'alliance en psychothérapie chez les aînés. Nos années de pratique clinique nous laissent toutefois voir que dans plusieurs cas, avec les adaptations adéquates apportées, il est possible de favoriser l'engagement du client aîné dans sa démarche. Prenons l'exemple de Margot :

Margot, 86 ans

Margot est hébergée en ressources intermédiaires (RI) depuis un mois en raison d'une perte fonctionnelle liée à une dégénérescence maculaire et à une diminution des capacités physiques. Elle rapporte que la prise de décision de quitter la maison familiale, où elle a résidé 50 ans, fut principalement motivée par les encouragements de ses enfants et de son médecin de famille, qui jugeaient le maintien à domicile de

plus en plus risqué en raison de ses pertes visuelles. Elle se dit triste et résignée à y vivre, ne formulant pas d'espoir face à l'avenir. Elle affirme attendre la mort, mais n'exprime pas d'intention suicidaire. Il lui est difficile d'envisager de pouvoir s'adapter à son nouveau milieu de vie. Elle ressent beaucoup d'impuissance, actrice passive des soins qu'on lui offre. Elle rapporte une perte d'appétit d'autant plus grande qu'elle mentionne que le milieu de soins restreint sa consommation de sucre et de sel en raison de ses problèmes de santé. Elle comprend que c'est principalement le personnel de soins et le médecin qui vous envoient, et bien qu'elle soit heureuse de vous parler, elle se questionne sur la façon dont vous pourriez l'aider.

Cet exemple illustre plusieurs facteurs pouvant entraver le processus psychothérapeutique et l'établissement du lien thérapeutique. L'écoute et la disponibilité du psychologue sont des éléments essentiels à l'établissement du lien thérapeutique, mais également la façon dont la situation sera abordée avec Margot. Comment lui insuffler de l'espoir et lui permettre de regagner un plus grand sentiment de contrôle lorsque tout lui semble hors de sa portée, hors de ses capacités fonctionnelles et sensorielles ? Comment lui permettre de reprendre confiance dans ses habiletés d'autodétermination et dans sa capacité de goûter aux plaisirs dans sa nouvelle réalité ?

Parmi les adaptations possibles, le psychologue pourrait décider d'explorer avec elle un plaisir quotidien qui lui est encore accessible afin qu'elle puisse regagner confiance dans ses habiletés à faire des choix et à ressentir du plaisir. Il pourrait par exemple s'agir pour elle de retrouver le plaisir de manger un yogourt à la saveur de son choix et de renouer avec les sensations que procure la consommation de ce yogourt. Progressivement, le psychologue pourra aussi l'amener à reprendre le contrôle sur son environnement, sur les prises de décision possibles, notamment en ce qui concerne ses soins. Il pourra également la soutenir afin qu'elle puisse exprimer et verbaliser ses questionnements ou ses besoins relativement à l'équipe de soins.

L'établissement de l'alliance thérapeutique auprès d'une personne âgée renvoie à plusieurs facteurs soulignant la spécificité de cette clientèle. Le psychologue est appelé à maintenir une compréhension juste du vieillissement, à demeurer vigilant face aux entraves possibles au processus de consultation, à porter attention aux transitions de vie de ses clients et à adapter ses modalités d'intervention au besoin. Par-dessus tout, il doit croire au potentiel de ses clients de croître et de changer, et ce, qu'importe leur âge, comme par exemple cette cliente âgée de 97 ans qui soutient : « Je ne peux pas vous promettre que je vais changer, mais je vous promets d'essayer. »

3. Par exemple, face à face pour faciliter la lecture labiale ou encore de biais pour s'adapter à une dégénérescence maculaire.

SEXUALITÉ, INTIMITÉ ET VIEILLISSEMENT

Maude Lecompte,
Ph. D. (sexologie),
Julie Beauchamp,
Ph. D. (sexologie),
et **Isabelle Wallach,**
Ph. D. (ethnologie)

Alors qu'en 2018 le Québec comptait 1,6 million de personnes âgées (65 ans et plus) [Gouvernement du Québec, 2018], les projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2020) prévoient qu'en 2066, il en comptera près de 2,7 millions. Actuellement, la proportion de personnes âgées dans la population avoisine les 20 % (ISQ, 2020). Le groupe compte plus de femmes que d'hommes, et cette tendance augmente avec l'âge, comme l'espérance de vie des femmes est plus élevée (Gouvernement du Québec, 2018). La majorité de ces personnes se disent actives et ont une vision positive de leur santé (Gouvernement du Québec, 2021b). Cette étape s'échelonnant de 65 ans à une espérance de vie moyenne de 83 ans (ISQ, 2022), il va sans dire que les réalités des personnes âgées sont diversifiées et évolutives.

Malheureusement, l'inclusion et la reconnaissance sociales des personnes âgées ne reflètent pas leur importance démographique. L'Organisation des Nations Unies (ONU) a d'ailleurs institué l'âgisme¹ envers les personnes âgées au rang d'enjeu mondial (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2023a). Ce constat est d'autant plus prégnant lorsqu'il est question de sexualité, alors que les personnes âgées se heurtent à un cumul de préjugés liés à l'âge et à la sexualité. Les lignes qui suivent visent à : 1) brosseur un portrait de la sexualité des personnes âgées; 2) approfondir les besoins spécifiques des : a) personnes de la diversité sexuelle ou romantique et de la pluralité des genres; b) personnes qui vivent avec des troubles neurocognitifs majeurs; 3) soulever des réflexions sur les enjeux de la sexualité en hébergement; 4) aborder les particularités des soins palliatifs, de la fin de vie et du veuvage; 5) proposer des recommandations aux professionnels et professionnelles pour favoriser la bientraitance sexuelle des personnes âgées.

1. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, « l'âgisme regroupe les stéréotypes (la façon d'envisager l'âge), les préjugés (ce qu'inspire l'âge) et la discrimination (la façon de se comporter), dont on est soi-même victime ou dont autrui est victime en raison de l'âge » (2021).

Droits sexuels, santé sexuelle et bien-être

Bien qu'il ait été maintes fois soulevé que la sexualité est une dimension fondamentale de la santé globale (Fileborn et al., 2017 ; Lindau et Gavrilova, 2010 ; Minichiello et Plummer, 2004), la sexualité des personnes âgées demeure taboue (P. Thomas et Hazif-Thomas, 2021), en particulier en ce qui a trait aux groupes les plus âgés, en perte d'autonomie ou dont la santé physique ou cognitive s'est fortement détériorée. Des préjugés âgistes persistent, tels que la présomption d'asexualité (Gewirtz-Meydan et Ayalon, 2020 ; Gott, 2005 ; Wallach, 2014, 2018). Certains vont jusqu'à considérer que la sexualité après un certain âge n'est plus appropriée ou est même perverse (Trudel, 2018). Or, présumer que les personnes âgées sont asexuelles a pour conséquence d'occulter leurs besoins sexuels et de bafouer leurs droits sexuels (Barrett et Hinchliff, 2018). Les droits sexuels sont « les droits de chacun de vivre et d'exprimer sa sexualité et de vivre en bonne santé sexuelle, en tenant dûment compte des droits d'autrui et dans un cadre de protection contre la discrimination » ; le respect des droits sexuels est indispensable à la santé sexuelle (OMS, 2023b). D'un autre côté, lorsque la sexualité des personnes âgées est discutée avec ou par les professionnels, elle l'est généralement sous l'angle du déclin de la fonction sexuelle ou des problèmes que génère l'expression sexuelle en contexte institutionnel, notamment la désinhibition ou les comportements sexuels jugés « inappropriés » associés à des troubles neurocognitifs majeurs. Très rares sont les ouvrages destinés aux professionnels qui s'intéressent à la sexualité des personnes âgées en bonne santé physique et mentale (Lefebvre des Noëttes et Gauillard, 2015).

En contrepartie, les dernières années ont vu émerger un courant qui enjoint aux personnes âgées de vivre une sexualité active, caractéristique d'un vieillissement réussi (Przybylo, 2021). Les auteurs associent ce nouveau stéréotype à la figure du ou de la « sexy oldie » (Gott, 2005 ; Hinchliff et Gott, 2016 ; Sinković et Towler, 2019). Cette injonction de sexualité active n'est pas sans conséquences sur le bien-être des personnes âgées, et ce, bien qu'elle puisse sembler plus positive que négative. Elle peut engendrer insatisfaction et déception devant les difficultés de se conformer à cette norme (Dupras, 2016). On peut penser que les impacts de cette injonction de rester actif sexuellement sont encore plus marqués pour les personnes âgées asexuelles², les personnes abstinentes (par choix ou en raison d'un problème de santé particulier) ainsi que les personnes célibataires ou veuves, cette norme pouvant être en rupture avec leur identité, leur état de santé, leur parcours de vie ou leur situation personnelle (Dupras, 2016 ; Przybylo, 2021).

2. « L'asexualité est un terme parapluie incluant les personnes qui ne ressentent pas ou peu d'attraction ou de désir sexuel. Il est important de faire la distinction entre le célibat ou l'abstinence et l'asexualité. Dans le cas du célibat ou de l'abstinence, la personne choisit de ne pas avoir de relations sexuelles. » (Interligne, 2023a)

D'autres préjugés entourent également la sexualité des personnes âgées, dont l'idée d'un conservatisme sexuel et d'une sexualité plutôt émotionnelle, s'inscrivant nécessairement dans une relation conjugale stable, hétérosexuelle et monogame (Gewirtz-Meydan et Ayalon, 2020 ; Hinchliff et Gott, 2016). Toutes ces représentations contribuent à l'asexualisation des personnes âgées, encouragent l'autocensure et diminuent le recours aux soins et aux services. Il est donc d'intérêt d'analyser les réalités des personnes âgées pour poser un regard plus juste sur la sexualité en contexte de vieillissement.

Réalités et besoins sexuels des personnes âgées

Bien que les données varient, il a été démontré que la sexualité demeure importante pour les personnes âgées (DeLamater, 2012 ; Sinković et Towler, 2019). La majorité de ces personnes restent actives sexuellement (Freak-Poli et Malta, 2020 ; Stentagg et al., 2021). Le maintien de l'activité sexuelle serait modulé par différentes caractéristiques, dont le genre, l'âge, l'état de santé et le statut conjugal. À ce propos, les hommes rapportent être actifs sexuellement dans une plus grande proportion que les femmes (Palacios-Ceña et al., 2012). Outre le genre, l'avancée en âge serait associée à une diminution de l'activité sexuelle (Lee et al., 2016 ; Macleod et al., 2020 ; Macleod et McCabe, 2020 ; Ricoy-Cano et al., 2020 ; Stentagg et al., 2021). L'état de santé physique, réel ou perçu, influence également la poursuite des activités sexuelles. Les personnes qui s'estiment en bonne santé rapportent plus d'activités sexuelles que celles qui souffrent de maladies chroniques ou qui prennent des médicaments régulièrement (Kolodziejczak et al., 2019 ; Palacios-Ceña et al., 2012 ; Syme et Cohn, 2021). Les comportements sexuels des personnes âgées sont diversifiés ; les plus fréquemment rapportés dans les études sont les caresses, les baisers et la pénétration vaginale (Lefebvre des Noëttes et Gauillard, 2015 ; Palacios-Ceña et al., 2012), alors que les comportements sexuels oraux et la masturbation auraient tendance à diminuer (Lurie et al., 2020 ; Macleod et al., 2020). En ce qui a trait à la fréquence des activités sexuelles, celle-ci serait davantage tributaire du statut conjugal que de l'âge (Kolodziejczak et al., 2019 ; Palacios-Ceña et al., 2012 ; Schlagdenhauffen, 2011 ; Stentagg et al., 2021). À ce sujet, le veuvage serait un des principaux freins à la poursuite des activités sexuelles (Lindau et al., 2007).

Certes, des changements physiologiques, tels qu'une baisse des capacités érectiles ou la sécheresse vaginale, peuvent occasionner certaines difficultés sexuelles pouvant interférer avec l'activité sexuelle (Christensen et al., 2011 ; Peixoto et Nobre, 2015 ; Træen et Stigum, 2010). Cependant, il est à noter que les difficultés sexuelles ne sont pas systématiquement des dysfonctions au sens diagnostique, compte tenu du fait qu'une dysfonction sexuelle implique une détresse psychologique significative (American Psychiatric Association, 2013). Les maladies chroniques et l'iatrogénie médicamenteuse expliquent

en partie les difficultés rencontrées par les personnes âgées (Bancroft, 2009 ; Basson et al., 2010 ; Verschuren et al., 2010). Néanmoins, il semblerait que les représentations de la maladie et les normes capacitistes³ contribuent plus largement aux difficultés sexuelles que la maladie elle-même ou la prise d'un médicament (Merghati-Khoei et al., 2016). En outre, d'autres changements subjectifs peuvent survenir avec l'avancée en âge, dont une baisse du désir sexuel. Toutefois, ce n'est pas la majorité des personnes âgées qui rapportent ces changements (Lefebvre des Noëttes et Gaullard, 2015).

Santé sexuelle et ITSS

Malgré la présomption d'asexualité des personnes âgées, les dernières années ont vu l'incidence des cas d'ITSS et de VIH augmenter chez cette population (Minichiello et al., 2012 ; Wallach, 2018). Les tabous persistants sur la sexualité des personnes âgées réduisent les efforts de promotion des rapports sexuels protégés et d'éducation à la sexualité (Fileborn et al., 2015 ; Levy et al., 2007). Des études ont montré que, comparativement aux personnes plus jeunes, les personnes âgées rapportent des connaissances moindres sur la contraception et les ITSS, mais surtout moins d'opportunités d'en discuter avec des professionnels (Belgrave et al., 2018 ; Bergeron et al., 2017 ; Gedin et Resnick, 2014 ; Jennings, 2015 ; Johnson, 2013 ; Lindau et al., 2007 ; Minichiello et al., 2012). Les professionnels s'attardent peu à la promotion de la santé sexuelle auprès de ces personnes, la prévention des ITSS étant rarement à l'agenda. Pourtant, des études ont fait ressortir que les personnes âgées sont ouvertes à discuter de santé sexuelle avec les professionnels (Gott et Hinchliff, 2003 ; Lindau et al., 2007 ; Nusbaum et al., 2004 ; Slinkard et Kazer, 2011). Il incombe donc aux professionnels de favoriser le dialogue sur ces enjeux. Aborder la sexualité peut également aider à détecter les facteurs de vulnérabilité aux violences à caractère sexuel et à la maltraitance (Connolly et al., 2012).

Violences à caractère sexuel

L'Institut national de la recherche scientifique (INRS) définit les violences à caractère sexuel comme « toute forme de violence commise par le biais de pratiques sexuelles ou en ciblant la sexualité » (2023). Les violences sexuelles perpétrées à l'endroit des personnes âgées sont considérées comme problématiques, mais se heurtent à un manque de reconnaissance (Beaulieu et Lussier-Therrien, 2016 ; Connolly et al., 2012 ; Vierthaler, 2008). La situation s'explique entre autres par les préjugés âgistes précédemment relevés, dont la « non-désirabilité » des personnes âgées (L. Thomas et al., 2015). Ce manque de reconnaissance a des effets sur la réponse sociale et professionnelle à l'égard de cette problématique ;

3. « Le capacitisme [...] réfère au système d'oppression et aux discriminations faites sur la base des capacités humaines, psychologiques, intellectuelles ou physiques. » (Baril, 2013, p. 403, cité dans Baril, 2018)

Bien que les données varient, il a été démontré que la sexualité demeure importante pour les personnes âgées. La majorité de ces personnes restent actives sexuellement.

moins d'efforts sont investis dans la prévention et la détection (Connolly et al., 2012). De ce fait, la prévalence des agressions sexuelles sur les personnes âgées est difficile à établir et pourrait être fortement sous-estimée (Cook et al., 2011). De plus, la perception qu'une personne âgée ne peut être agressée sexuellement par un ou une partenaire contribue à la minimisation des agressions sexuelles envers les personnes âgées. Par ailleurs, lorsque les violences sexuelles sont commises à l'intérieur d'une relation de confiance, la situation est abordée sous l'angle de la maltraitance sexuelle (Gouvernement du Québec, 2023). En outre, les personnes âgées peuvent être exposées à la violence conjugale, celle-ci pouvant prendre plusieurs formes : physique, psychologique, sexuelle, voire négligence.

Le taux de dénonciation, et ce, tant concernant la violence conjugale, les violences sexuelles et la maltraitance sexuelle, est faible (Statistique Canada, 2018). Néanmoins, les agressions sexuelles déclarées sont en augmentation (Gouvernement du Québec, 2020). Par ailleurs, les données montrent que les femmes sont les plus vulnérables (P. Thomas et Hazif-Thomas, 2021 ; Vierthaler, 2008). Chose certaine, les conséquences sont nombreuses, dont la dépression, l'anxiété, la peur et la confusion (Cook et al., 2011 ; Hightower, 2004 ; Vierthaler, 2008). Pour Vierthaler (2008), les conséquences d'une agression sexuelle chez une personne âgée pourraient même contribuer à précipiter le décès. Les professionnels sont bien positionnés pour détecter les signes de victimisation compte tenu de la récurrence des contacts et du lien de confiance (Connolly et al., 2012).

Diversité sexuelle et pluralité des genres

Actuellement, il n'y a pas de données québécoises quant au pourcentage de personnes âgées issues de la diversité sexuelle⁴ et romantique⁵ ou de la pluralité des genres⁶ (Chamberland et al., 2012). Néanmoins, des données canadiennes indiquent que les personnes lesbiennes, gaies,

4. L'orientation sexuelle désigne l'attraction sexuelle envers des personnes d'un ou plusieurs sexes ou genres. Elle désigne également l'identité personnelle en lien avec cette attirance (Interligne, 2023b).

5. L'orientation romantique se définit comme l'attraction émotionnelle envers une ou des personnes et désigne également le désir de former une relation romantique. L'orientation romantique ne concorde pas nécessairement avec l'orientation sexuelle (Interligne, 2023b).

6. L'identité de genre désigne le sentiment d'appartenir à un genre ou non (Alix, 2023).

bisexuelles, trans et queers (LGBTQ) représentent 10 % de la population (Auger et Krug, 2013 ; Institute of Medicine, 2011). On peut penser que ces données sont incomplètes, car ce ne sont pas toutes les personnes LGBTQ qui dévoilent leur orientation sexuelle ou leur identité de genre ; il y a également fort à parier que l'orientation romantique n'est pas demandée fréquemment, compte tenu de la récence et de la méconnaissance du concept. Outre les enjeux d'âgisme auxquels sont confrontés les personnes âgées, et ce, qu'importent leurs caractéristiques individuelles, les personnes âgées LGBTQ sont plus à risque d'être exposées à de la discrimination (p. ex., homophobie, transphobie), à l'exclusion et à l'invisibilité sociale. Ces populations sont d'ailleurs moins susceptibles de recourir à des services professionnels compte tenu de l'histoire de discrimination des populations LGBTQ et de leurs propres expériences passées et présentes (Beauchamp et al., 2018 ; Beauchamp et Chamberland, 2015 ; Brotman et al., 2015). Pourtant, selon certains auteurs, « la gestion continue du dévoilement ou de la dissimulation » (Beauchamp et Chamberland, 2015) de l'identité LGBT de même que l'isolement peuvent fragiliser la santé mentale des aînés LGBT et accentuer leurs besoins de suivi professionnel (Barrett et al., 2015). À cet effet, des compétences culturelles comme levier à l'adoption de pratiques inclusives ont été identifiées, dont des pratiques langagières et administratives, notamment l'utilisation de termes neutres. À titre d'exemple, il est recommandé d'éviter de présumer de l'orientation sexuelle et romantique ou de l'identité de genre d'une personne (Lecompte et al., 2021).

Troubles neurocognitifs majeurs

Avec l'avancée en âge, il n'est pas rare d'observer un déclin variable des facultés cognitives duquel peut découler une diminution graduelle de l'autonomie (Dupras, 2015). Ces changements, bien que communs, peuvent aussi être symptomatiques des troubles neurocognitifs majeurs, appelés démences⁷, qui touchent plus de 100 000 Québécois (CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2016). La majorité de ces personnes est âgée de plus de 65 ans. La démence se caractérise par un déclin des fonctions cognitives, dont la mémoire et le langage, et physiques pouvant entraîner des changements comportementaux (Dupras, 2015 ; Gouvernement du Canada, 2022a). Rigaux (2011) évoque la disqualification sociale de la personne âgée avec un trouble neurocognitif majeur. Cette disqualification se décline dans la présomption « d'incompétence décisionnelle » qui guide trop souvent les interventions auprès de ces personnes (Gouvernement du Québec, 2021a). Outre cela, il peut être ardu pour les professionnels et l'entourage de départager la désinhibition sexuelle symptomatique

7. « La démence est un terme générique pour désigner un ensemble de symptômes qui touchent les fonctions cérébrales. Il s'agit d'une condition chronique qui s'aggrave avec le temps [...] Il existe de nombreuses formes de démence, chacune ayant sa propre cause. » (Gouvernement du Canada, 2022a)

de l'avancement de la démence et les besoins sexuels réels de la personne (Derouesné, 2005, 2009). Bien entendu, les personnes qui vivent avec une forme de démence peuvent maintenir une activité sexuelle épanouissante (Derouesné, 2005, 2009 ; Lefebvre des Noëttes et Gauillard, 2015). Contrairement à la croyance populaire, on observe plus fréquemment chez ces personnes un émoussement de l'intérêt sexuel plutôt qu'une augmentation (Derouesné, 2005, 2009 ; Giami et Ory, 2012 ; Lefebvre des Noëttes et Gauillard, 2015). Pourtant, la tendance est à la pathologisation de toutes formes d'expression sexuelle chez ces personnes (Giami et Ory, 2012). À cet effet, il importe que les professionnels soient en mesure d'intervenir dans une optique de respect des droits sexuels et de la vie privée, tout en assurant la validité du consentement et la sécurité des personnes concernées (Eshmaewy et al., 2020 ; Lefebvre des Noëttes et Gauillard, 2015 ; Ouameri et al., 2023). Giami et Ory (2012) proposent d'ailleurs d'outrepasser la problématisation des comportements sexuels pour s'intéresser aux besoins affectifs et intimes sous-jacents. En définitive, il est primordial d'ouvrir le dialogue avec les patients et les proches plutôt que d'occulter ou de réprimer, et ce, non seulement pour favoriser le respect des droits sexuels, mais aussi pour créer des occasions d'identifier des cas d'abus, le cas échéant (Roach, 2004 ; Tabak et Shemesh-Kigli, 2006). L'expression de la sexualité chez les personnes avec un trouble neurocognitif majeur se voit également compromise par les limites de la sexualité en hébergement.

Sexualité, intimité et hébergement

En hébergement, les enjeux liés à l'expression de la sexualité sont décuplés en raison du fonctionnement institutionnel qui encadre les milieux de vie et les comportements sociaux ainsi que de l'ingérence potentielle des professionnels, des familles et des autres usagers (Frankowski et Clark, 2009 ; Lambelet et al., 2019 ; Ribes, 2012 ; Villar et al., 2014). De surcroît, les lieux physiques laissent généralement peu de place à l'intimité (Darnaud et al., 2013 ; Frankowski et Clark, 2009 ; Villar et al., 2014). Des enjeux juridiques, éthiques et de sécurité relativement à la capacité de consentir à des activités sexuelles sont soulevés par les professionnels (Gouvernement du Québec, 2021a). Les professionnels jonglent avec des cas complexes qui impliquent des parties prenantes aux intérêts, aux responsabilités et aux besoins diversifiés. Pour ces raisons, leurs interventions ont tendance à occulter les questions d'intimité, de conjugalité et de sexualité. À titre d'exemple, la conjugalité en hébergement n'est généralement pas abordée à l'accueil ou lorsqu'elle l'est, les données ne sont pas colligées, donc ne suivent pas systématiquement la personne dans son parcours de soins, au risque que les droits sexuels de la personne soient bafoués (Gouvernement du Québec, 2021a). On peut donc penser que ces enjeux sont d'autant plus importants pour les personnes célibataires, veuves ou qui s'inscrivent dans des

configurations conjugales non traditionnelles. Ces manques peuvent s'expliquer par le fait que les personnes admises en hébergement sont perçues comme des patients plutôt que des sujets (Darnaud et al., 2013). Parmi les autres barrières à l'expression de la sexualité en hébergement, on relève des processus hétérocisnormatifs⁸, dont l'hégémonie de l'hétérosexualité dans les institutions (Gouvernement du Québec, 2021a).

Soins palliatifs, fin de vie et deuil

Alors que les soins palliatifs visent l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies potentiellement mortelles ainsi que celle de leur entourage et qu'il a été démontré que la sexualité contribue à la qualité de vie (OMS, 2020), la sexualité n'y est que rarement abordée (Malta et Wallach, 2020). Cette situation s'explique par le triple tabou (relativement à la mort, à la sexualité et au vieillissement) qui entoure la sexualité des personnes âgées en soins palliatifs (Malta et Wallach, 2020). Pourtant, à l'instar des personnes âgées saines, pour les personnes âgées atteintes de maladies incurables, qui reçoivent des soins palliatifs ou qui sont en fin de vie, l'expression de la sexualité garde une place importante (Lemieux et al., 2004). Bien que les comportements intimes et sexuels se modifient avec l'avancement de la maladie, ils contribuent au bien-être et à la qualité de vie (Kelemen et al., 2016; Lemieux et al., 2004; Leung et al., 2016; Taylor, 2014), d'autant plus dans un contexte où l'horizon temporel est considérablement réduit (Morrissey Stahl et al., 2018). L'expérience de la sexualité en contexte de soins palliatifs a plusieurs bienfaits psychologiques reconnus, dont la relaxation physique et émotionnelle, la satisfaction et l'estime de soi (Gianotten, 2007; Redelman, 2008; Taylor, 2014). L'intimité en fin de vie s'avère également positive pour les partenaires survivants (Gianotten, 2007) et peut contribuer à maintenir une impression de normalité (Wang et al., 2018). En contrepartie, les traitements des maladies au stade terminal peuvent avoir des effets iatrogènes, incluant des difficultés sexuelles (Bober et Varela, 2012; Varela et al., 2013). Vu les visées de maintien de la qualité de vie des soins palliatifs, des auteurs recommandent que la sexualité soit prise en considération dans l'accompagnement des personnes en fin de vie (Morrissey Stahl et al., 2018). Pourtant, le sujet demeure rarement abordé par les professionnels, que ce soit en raison d'un inconfort personnel, de préjugés âgistes et capacitistes présumant de l'asexualité des personnes âgées en fin de vie, d'un manque de connaissances ou de la priorisation d'autres dimensions des soins (de Vocht et al., 2011; Hordern et Street, 2007; Wallach et al., 2023).

En outre, après le décès, les conjointes ou conjoints survivants traverseront différemment les étapes du deuil, et celui-ci impactera la poursuite des activités sexuelles. Pour Caradec

(2012), ce sont les ressources que possède une personne qui seront les plus déterminantes dans la réaction au veuvage, dont l'état de santé, les ressources financières et matérielles, les activités et les réseaux à l'extérieur du couple ainsi que les potentialités individuelles à exploiter (nouveaux intérêts). Toutefois, un double standard sexuel encadre le veuvage alors qu'il est plus légitime pour les hommes que pour les femmes de reprendre les activités sexuelles après le décès de leur(s) partenaire(s) (Kasif et Band-Winterstein, 2017; Plaud et Sommier, 2011). Deux profils de veuvage se dessinent chez les femmes, l'un de renoncement à la sexualité et l'autre de reprise de la sexualité (Plaud et Sommier, 2011).

Recommandations pour les professionnels

Plusieurs recommandations ont été formulées à l'intention des professionnels pour favoriser la bientraitance sexuelle des personnes âgées. D'entrée de jeu, il importe : 1) de reconnaître que les personnes âgées sont des êtres sexués et sexuels (Ordre professionnel des sexologues du Québec, 2016), et ce, nonobstant leur âge, leur orientation sexuelle et romantique ou leur identité de genre, leur parcours de vie, leur statut conjugal et leur état de santé; 2) de créer un climat d'ouverture à l'expression des besoins sexuels; 3) d'être en mesure d'aborder les questions relatives à la sexualité, à la diversité sexuelle et à la pluralité des genres, et de traiter adéquatement les demandes des personnes âgées (Eshmaewy et al., 2020; Hafford-Letchfield, 2021; Lecompte et al., 2021; Ouameri et al., 2023; Rutte et al., 2016; P. Thomas et Hazif-Thomas, 2021). Pour ce faire, il faut :

- mettre de l'avant une image positive de la sexualité des personnes âgées dans les services et les différents milieux de vie et de soins;
- aborder la santé sexuelle et les besoins sexuels, au même titre que d'autres éléments de la santé globale;
- promouvoir les droits sexuels des personnes âgées dans les services et les milieux de vie (politiques, règlements, documentation et affichage);
- assurer la formation continue des professionnels en matière de sexualité humaine, de diversité sexuelle et romantique et de pluralités des genres;
- éviter les présomptions d'asexualité, d'hétérosexualité ou de cisgenralité dans les interactions/interventions;
- amorcer une réflexion sur les comportements normaux et acceptables ou ceux qui sont inappropriés et dommageables, et ce, dans le but d'assurer le respect des droits sexuels et du consentement;
- reconnaître les facteurs de vulnérabilité face à la maltraitance et aux violences à caractère sexuel des personnes âgées et identifier les signes de situations abusives (maltraitance, violences à caractère sexuel);
- être en mesure de diriger les personnes âgées vers les ressources compétentes en matière de santé sexuelle.

8. L'hétérocisnormativité réfère à « la présomption que l'hétérosexualité est la norme valide, et que les relations hétérosexuelles sont la référence pour la détermination de ce qui est normal (valide) ou non » (Institut national de santé publique du Québec, 2019).

DÉPRESSION GÉRIATRIQUE ET DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Lucile Agarrat,
master en psychologie,
psychologue, neuropsychologue

Martha ne se reconnaît plus. Elle qui restait active et enjouée malgré les épreuves est aujourd'hui si fatiguée qu'elle n'a même plus envie de s'adonner à ses activités favorites. Martha a 78 ans, elle a immigré au Canada en 1965 avec sa famille. Les débuts ont été difficiles, marqués par un isolement social et des difficultés financières, mais la situation s'est progressivement améliorée. Martha est une personne sociable qui aime se sentir utile. Elle s'est investie comme proche aidante auprès de sa sœur atteinte de cancer pendant plusieurs années, jusqu'à son décès. Malgré la charge de travail et le stress que cela a représenté, elle est heureuse d'avoir pu prendre soin de sa sœur. Depuis, elle reste très proche de sa nièce. Il y a quelques années, le fils unique de Martha a déménagé dans une autre province à la suite d'une promotion. Bien que très fière de lui, elle est peinée de ne pas avoir pu s'occuper davantage de ses petits-enfants. En 2019, le mari de Martha est décédé subitement des suites d'une crise cardiaque. Après le choc, elle a surmonté sa peine et a fait preuve de résilience. Son attachement à la religion et le soutien de sa communauté culturelle l'ont beaucoup aidée. Son fils voulait qu'elle déménage près de chez lui, mais Martha est attachée à son quartier et à ses habitudes. Il l'a encouragée à vendre la maison familiale pour emménager dans une résidence privée pour personnes âgées autonomes, afin qu'elle puisse bénéficier des activités et soit plus entourée. Martha a accepté à contrecœur. Malheureusement, la pandémie a frappé quelques semaines après son déménagement, et elle s'est retrouvée confinée dans son petit appartement. Un sentiment de vide et de solitude s'est rapidement installé.

Depuis, Martha a de la difficulté à remonter la pente. Malgré la reprise des activités à sa résidence et les sollicitations de sa nièce pour faire des sorties, elle n'a plus le goût de rien et reste dans son appartement pour écouter la télévision. La vie lui semble monotone, elle n'a aucune énergie, et a trop mal aux genoux et au dos quand elle sort marcher ou fait des tâches ménagères. Elle a l'impression d'avoir vieilli d'un coup, se dit que c'est peut-être normal de se sentir comme cela à son âge. Elle parle de ses problèmes à son médecin de famille (fatigue, insomnie, douleurs chroniques, difficultés de concentration), mais n'a pas l'impression d'être prise au sérieux. Dernièrement, à sa grande surprise, il lui a proposé de lui prescrire un antidépresseur.

Est-ce que Martha est en dépression ? La question se pose, car le diagnostic de trouble dépressif caractérisé n'est pas toujours évident à poser chez les personnes âgées. La fatigue, les troubles de sommeil seraient-ils causés par des problèmes de santé ? La diminution des activités est-elle principalement due à des limitations physiques ? Y a-t-il des enjeux de polypharmacie en raison des problèmes de santé chronique, qui pourraient influencer le tableau clinique ? Certains âgés ont tendance à se centrer sur des symptômes somatiques et à s'adresser à des professionnels de la santé physique plutôt que d'identifier des difficultés liées à la santé mentale. On parle parfois de « dépression masquée » dans ce cas. La croyance populaire selon laquelle certaines difficultés psychologiques seraient « normales » avec l'âge peut influencer la perception des professionnels et des âgés eux-mêmes. Selon la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (Conn et al., 2021), la dépression gériatrique est souvent insuffisamment diagnostiquée et traitée, contribuant ainsi à une importante invalidité fonctionnelle et à une diminution de la qualité de vie.

Dans ce chapitre, nous proposons d'aborder plusieurs spécificités de la dépression chez les personnes âgées, notamment en ce qui a trait à la prévalence, aux présentations et aux comorbidités. Le lien sera fait aussi avec les comportements suicidaires. Par la suite, nous évoquerons plusieurs facteurs pouvant contribuer à la détresse des âgés, comme le sentiment de solitude, les problèmes de santé, la proche aidance et les deuils. Enfin, nous ouvrirons quelques pistes pouvant favoriser un meilleur bien-être psychologique pour les âgés, afin de guider les psychologues souhaitant travailler auprès de cette clientèle.

Les particularités de la dépression chez les personnes âgées

Prévalence des troubles dépressifs

Si l'on se fie aux statistiques, la prévalence de la dépression serait moins importante chez les personnes de 65 ans et plus, comparativement aux adultes plus jeunes (Jacobs et Bamonti,

[5]i on considère la dépression sous-clinique ou la présence de symptômes dépressifs, la prévalence serait autour de 15 % [chez les âgés].

2022). Il reste toutefois difficile d'estimer la prévalence réelle des troubles dépressifs chez les âgés, car les résultats varient considérablement dans la littérature, en fonction de la méthodologie d'évaluation utilisée (p. ex., critères diagnostiques ou résultats à des échelles) et de l'échantillon considéré (p. ex., population vivant au domicile ou dans un établissement de soins de longue durée).

Dans la plupart des études, on considère que la prévalence de la dépression majeure chez les 65 ans et plus se situe entre 1 et 5 % (Fiske et al., 2009; Haigh et al., 2018). Par contre, si on considère la dépression sous-clinique ou la présence de symptômes dépressifs, la prévalence serait autour de 15 % (Hinrichsen, 2020). Même si les symptômes dépressifs présentés par certains âgés ne répondent pas aux critères de la dépression majeure, ils peuvent être cliniquement significatifs et avoir un impact social et fonctionnel important (Edelstein et al., 2015) et comparable à celui d'une dépression majeure (Haigh et al., 2018).

Par ailleurs, la prévalence de la dépression majeure est beaucoup plus élevée dans certains échantillons d'âgés. Notamment, elle pourrait atteindre 5 à 10 % chez les patients de cliniques externes, 10 à 12 % chez les âgés hospitalisés, et 14 à 42 % chez les résidents en soins de longue durée (Fiske et al., 2009). La dépression majeure est aussi diagnostiquée chez près de 16 % des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs (environ 15 % dans le cas de maladie d'Alzheimer et environ 25 % dans le cas de démence vasculaire – voir la méta-analyse d'Asmer et al., 2018).

Types de présentations

La dépression gériatrique semblerait avoir une présentation particulière. Selon plusieurs auteurs, les personnes âgées seraient, comparativement aux adultes plus jeunes, moins susceptibles de rapporter des symptômes affectifs de la dépression (p. ex., dysphorie, culpabilité, dévalorisation), mais plus susceptibles de rapporter des changements cognitifs, des troubles du sommeil, de la fatigue ou un manque d'énergie, un ralentissement psychomoteur et cognitif, une perte d'intérêt et d'espoir (Fiske et al., 2009). De plus, selon certaines études, la dépression gériatrique pourrait être davantage chronique (Haigh et al., 2018).

Par ailleurs, on distingue dans la littérature la dépression à début précoce (réurrence d'épisodes ou dépression chronisée au fil de la vie) de la dépression à début tardif (premier épisode après 60 ans), qui représente plus de la moitié des cas. Les aînés souffrant d'une dépression *de novo* présenteraient davantage de déficits cognitifs et seraient plus susceptibles d'avoir une comorbidité avec une maladie physique, ce qui les mettrait plus à risque de souffrir de déficits et d'incapacités (Fiske et al., 2009). Les dépressions à début tardif se présentent parfois avec des symptômes d'apathie et de retrait plus marqués (*depletion syndrome*). Dans certains cas, les symptômes cognitifs sont si marqués qu'on parle de « pseudodémence » (Connors et al., 2019).

Comorbidités

La dépression pourrait se présenter plus fréquemment lorsqu'associée à certaines problématiques physiques ou mentales. Par exemple, les maladies cardiovasculaires constituent un facteur de risque et de maintien pour la dépression chez les aînés (Edelstein et al., 2015). On parle de dépression vasculaire lorsque la personne présente des lésions ischémiques de type « AVC silencieux ». Ce type de dépression pourrait être assez fréquent et aurait un pronostic plus sombre (Vézina et al., 2021). Les personnes ayant récemment subi un AVC sont elles aussi plus à risque de dépression. Mentionnons également que certaines maladies neurologiques peuvent s'accompagner d'une dépression majeure, comme la maladie de Parkinson (Fiske et al., 2009).

Par ailleurs, le lien entre la dépression et les troubles neuro-cognitifs (TNC) fait débat, la dépression étant parfois considérée comme un facteur de risque du TNC ou un prodrome de ce dernier. Plusieurs études tendent à confirmer ces deux hypothèses, et il est aussi possible que les deux pathologies aient des facteurs de risque communs (Wiels et al., 2020). La comorbidité des deux pathologies rend le diagnostic différentiel difficile.

De plus, les troubles anxieux et les troubles du sommeil (particulièrement l'insomnie) constituent d'autres facteurs de risque importants de la dépression des aînés (Fiske et al., 2009). En conclusion, on considère souvent que le lien entre la dépression et plusieurs problèmes de santé physique ou mentale est bidirectionnel. La présence de comorbidité serait associée à davantage d'impact fonctionnel et à un moins bon pronostic de rétablissement.

Comportements suicidaires

Chez les aînés, la dépression peut avoir des conséquences particulièrement dramatiques comme la dégradation du fonctionnement physique, cognitif et social et l'augmentation du risque de mortalité et de suicide (Fiske et al., 2009).

[L]es personnes aînées seraient [...] moins susceptibles de rapporter des symptômes affectifs de la dépression [...] mais plus susceptibles de rapporter des changements cognitifs, des troubles du sommeil, de la fatigue ou un manque d'énergie, un ralentissement psychomoteur et cognitif, une perte d'intérêt et d'espoir.

Les comportements suicidaires ont des particularités chez les personnes aînées (cf. notamment le chapitre de Vézina et al., 2021). Tout d'abord, dans la plupart des pays, le taux moyen de suicide augmente chez les aînés, surtout vers 75-80 ans et surtout chez les hommes. En effet, on constate que l'écart de prévalence entre les sexes se creuse considérablement chez les personnes aînées.

Les aînés ayant tendance à utiliser des moyens plus létaux, le comportement suicidaire est donc plus souvent fatal que dans les autres tranches d'âge. Les décès par suicide des aînés refléteraient une plus grande intentionnalité et davantage de planification.

Par contre, les personnes aînées présenteraient moins de signes avant-coureurs que les plus jeunes. Étant donné que la dépression est le plus grand facteur de risque de suicide chez les aînés et que le risque de suicide accompli est plus grand dans cette population, il semble particulièrement important de ne pas négliger les aînés qui présentent des symptômes dépressifs et de leur fournir le soutien approprié.

Modèle explicatif de la dépression gériatrique

Martha reconnaît maintenant chez elle certains signes de dépression, qui commencent d'ailleurs à s'estomper avec les antidépresseurs. Mais elle qui n'a jamais souffert de dépression au préalable, qui a toujours traversé les épreuves avec résilience, se demande : pourquoi maintenant ?

Il semblerait que les facteurs de risque et de protection de la dépression varient au cours de la vie. Ainsi, chez les personnes aînées, les risques biologiques et certains événements de vie seraient beaucoup plus présents, alors que la résilience psychologique augmenterait. Dans leur modèle de la dépression gériatrique, Fiske et al. (2009) considèrent que la dépression à l'âge avancé résulte d'une interaction entre certaines vulnérabilités (sexe féminin, traits de personnalité de névrosisme, tendance aux ruminations et à l'évitement), des changements neurobiologiques liés à l'âge (capacités physiques et cognitives) et des types d'événements stressants qui arrivent plus fréquemment à l'âge avancé. L'ensemble de ces facteurs conduirait à une limitation des activités de la vie quotidienne, qui constituerait la voie d'entrée vers la dépression. La tendance à se

critiquer (et l'âgisme) pourrait exacerber et maintenir l'état dépressif. Dans le cas de Martha, l'interaction entre, notamment, la diminution de ses capacités physiques et plusieurs stressseurs (déménagement, pandémie) a pu occasionner une limitation considérable des activités significatives, contribuant à l'apparition de symptômes dépressifs malgré les facteurs de protection.

Les facettes de la détresse des personnes âgées

Certains événements de vie stressants spécifiques au vieillissement peuvent donc susciter de la détresse psychologique et être déterminants dans l'apparition d'un trouble dépressif, comme les problèmes de santé, la perte d'autonomie, le rôle de proche aidant, la retraite involontaire, le décès d'un proche ou le déménagement en établissement de soins de longue durée. D'autres éléments, comme les difficultés financières, les conflits interpersonnels, le sentiment de solitude ou la perception d'un soutien social inadéquat, sont considérés comme facteurs de détresse psychologique.

Selon Fiske et al. (2009), il pourrait y avoir une interaction entre le style cognitif et le type d'événement stressant susceptible de contribuer à un épisode dépressif. Ainsi, les aînés présentant des scores élevés de sociotropie (besoin de relations étroites, dépendance interpersonnelle, besoin d'approbation) seraient plus vulnérables face aux événements interpersonnels. Les aînés présentant un fort besoin d'autonomie, de contrôle et de succès personnels seraient quant à eux plus en difficulté lorsque privés de réussites ou d'accomplissements.

Par ailleurs, bien que la prévalence de plusieurs troubles chroniques de santé mentale diminue avec l'âge (Jacobs et Bamonti, 2022), certains symptômes qui pouvaient ne pas avoir été problématiques par le passé pourraient empirer dans le contexte du vieillissement (interaction entre stressseurs associés à l'âge, stratégies d'adaptation inadéquates et manque de soutien social). Par exemple, on peut imaginer comment une personne aux prises avec des enjeux narcissiques pourrait être particulièrement affectée face à la perte de ses capacités physiques, mentales ou cognitives, ou comment des enjeux relationnels pourraient ressurgir si la personne est amenée à endosser un rôle de proche aidante.

Ces événements de vie et facteurs de stress spécifiques aux aînés constituent aussi souvent leurs motifs de consultation en psychothérapie. Nous en aborderons quelques-uns afin d'enrichir la pratique des psychologues qui souhaitent travailler davantage avec la clientèle aînée.

Isolement social et sentiment de solitude

Pour plusieurs personnes âgées, le réseau social peut s'effriter au fil du temps (retraite, déménagements, maladies ou décès). Toutefois, au-delà de l'isolement social objectif, c'est plutôt le sentiment de solitude qui semble influencer la qualité de vie des aînés. La solitude est une expérience subjective déplaisante

ressentie lorsque le réseau social est considéré comme déficient en qualité ou en quantité (Vézina et al., 2021). Il semble que les aînés souffriraient moins de solitude que les adultes plus jeunes. Toutefois, le sentiment de solitude serait plus fort chez les personnes très âgées, les personnes non mariées, les personnes qui ont une satisfaction conjugale moindre ou rapportent un lien moins étroit dans leur couple et les personnes qui ont peu ou pas d'amis. Le lieu de vie serait aussi déterminant : vivre seul, en établissement de soins de longue durée, ou être insatisfait de son milieu de vie augmenteraient la probabilité de ressentir de la solitude.

Bien qu'il touche une minorité d'aînés, le sentiment de solitude n'est pas à prendre à la légère, car il peut avoir des conséquences importantes sur leur santé physique et mentale. La relation est d'ailleurs réciproque : les maladies chroniques, les incapacités physiques et la dépression augmenteraient le risque de solitude et inversement. Notons que les problèmes relationnels ainsi que la présence d'un soutien social perçu comme excessif ou peu aidant sont aussi des facteurs de risque de dépression (Fiske et al., 2009). C'est donc bien l'évaluation subjective des relations qui est déterminante, au-delà de la quantité de relations. De plus, l'isolement social et la solitude semblent être un facteur de risque du suicide (Vézina et al., 2021).

L'évaluation du sentiment de solitude devrait donc être intégrée à la pratique de la psychothérapie auprès des aînés. On peut notamment questionner la fréquence des contacts, le soutien reçu (émotionnel, aide concrète, etc.) et le niveau de satisfaction associé (pour des pistes plus détaillées d'évaluation, voir Krause et Hayward, 2015). En fait d'intervention, il peut être pertinent d'explorer les moyens d'augmenter les occasions de contact social (relations existantes ou nouveaux contacts) et le sentiment de soutien social (groupes d'entraide, visites de bénévoles). Un travail sur les habiletés sociales est parfois nécessaire (Krause et Hayward, 2015). La restructuration des pensées et attitudes qui alimentent le sentiment de solitude et l'insatisfaction relationnelle peut aussi être pertinente.

[D]ans la plupart des pays, le taux moyen de suicide augmente chez les aînés, surtout vers 75-80 ans et surtout chez les hommes.

[L]es personnes âgées présenteraient moins de signes avant-coureurs que les plus jeunes.

Maladies, douleur chronique et incapacités

L'augmentation de la prévalence des problèmes physiques avec le vieillissement peut constituer un stressseur majeur occasionnant des difficultés d'adaptation, voire une dépression, en limitant l'accès aux activités significatives (diminution du plaisir, sentiment d'incompétence et atteinte de l'estime de

Bien qu'il touche une minorité d'aînés, le sentiment de solitude [...] peut avoir des conséquences importantes sur leur santé physique et mentale. [L]es maladies chroniques, les incapacités physiques et la dépression augmenteraient le risque de solitude et inversement.

soi, sentiment de perte) [Vézina et al., 2021]. Chez les aînés, le lien entre problèmes physiques et mentaux serait à plusieurs niveaux : la dépression peut contribuer aux maladies physiques ; les maladies physiques peuvent causer une réaction dépressive ; et le fait d'être déprimé peut rendre le traitement de la maladie physique plus difficile et avoir un impact sur le rétablissement. Par ailleurs, le fait de souffrir de douleur chronique (p. ex., arthrite, maux de tête, maux de dos et cervicaux) modérée à intense augmente le risque d'idées suicidaires chez les aînés. La probabilité de faire une tentative de suicide serait quatre fois plus élevée dans le cas de douleur extrême (Santos et al., 2020).

En psychothérapie, un travail sur la gestion de la douleur ou de la maladie pourrait être bénéfique, en redonnant un certain sentiment de contrôle sur la situation. Lorsque les stratégies d'autogestion ne sont pas efficaces ou reflètent des souhaits irréalistes, les difficultés d'adaptation peuvent être plus grandes, et d'autres stratégies devraient être alors envisagées, notamment modifier sa perception de la situation ou se centrer sur des sources de satisfaction comme le soutien social.

Proche aidance

Les aînés peuvent aussi ressentir des difficultés en lien avec un rôle de proche aidant auprès d'un enfant, d'un conjoint ou d'un membre de la famille atteint de problèmes de santé mentale ou d'un handicap physique ou intellectuel. Au-delà du stress causé par la situation, plusieurs rapportent des éléments de culpabilité ou des regrets par rapport au passé, et anticipent les difficultés à venir pour leur proche lorsqu'ils ne seront plus en mesure de l'aider. Les proches aidants seraient particulièrement à risque de dépression et d'épuisement. Le risque est plus grand chez les aidants d'une personne atteinte de TNC (comparativement à un handicap physique ou à d'autres types de maladies), surtout si celle-ci présente des problèmes comportementaux ou psychologiques (Schoenmakers et al., 2010).

L'épuisement et les symptômes anxiodépressifs des proches aidants aînés peuvent être améliorés, notamment grâce au réinvestissement d'activités sociales et significatives, à l'ajustement à la maladie du proche (meilleur sentiment de contrôle et de compétence) ou à la réappropriation des valeurs personnelles qui donnent un sens à leur expérience (Cheng et al., 2019).

Deuils

La perte d'un proche est un événement de vie particulièrement stressant plus fréquent avec l'âge. Les symptômes dépressifs transitionnels font partie des réactions normales face à une perte, mais un trouble dépressif caractérisé ou un syndrome de deuil compliqué peuvent s'installer par la suite (Neimeyer et Holland, 2015).

En général, le lien entre deuil et dépression semble moins fort chez les aînés que chez les adultes plus jeunes (Fiske et al., 2009), témoignant de meilleures facultés d'adaptation. Par contre, la perte du conjoint suscite de nombreuses demandes d'adaptation (changements d'identité et de style de vie, solitude face aux problèmes, aux tâches et aux décisions de la vie quotidienne) et peut entraîner davantage de difficultés psychologiques chez les aînés (surtout les hommes). Le veuvage augmente le risque de problèmes de santé et de mortalité (« effet de veuvage »). Il s'agirait également d'un facteur précipitant de l'acte suicidaire, surtout chez les hommes aînés, particulièrement en cas de problèmes financiers ou relationnels (Vézina et al., 2021).

Les approches psychothérapeutiques du deuil centrées en alternance sur la perte et sur les stratégies de restauration et d'adaptation semblent indiquées pour la clientèle aînée, ainsi que la recherche de soutien social. Pour une revue complète des modalités d'évaluation et d'intervention du deuil chez les aînés, consulter Neimeyer et Holland (2015).

Vieillesse et bien-être psychologique

Bien que les aînés doivent faire face à certains enjeux spécifiques liés au vieillissement, ils rapportent subjectivement un niveau de stress moins élevé que les adultes plus jeunes (Haigh et al., 2018). Certaines personnes aînées ne développent pas de trouble anxieux ou dépressif, et parviennent à avoir une vie satisfaisante malgré les épreuves. Des facteurs protecteurs ont été identifiés, comme le fait d'avoir une meilleure santé ou un plus haut niveau de scolarité ou de statut socioéconomique, ou l'âge (augmentation de la satisfaction à l'égard de la vie après la quarantaine, mais bien-être plus faible chez les 80 ans et plus). Avoir des relations sociales satisfaisantes et de qualité (notamment conjoint, amis) serait un élément important du sentiment de bien-être des personnes aînées (Vézina et al., 2021). En effet, les personnes aînées disposant d'un bon soutien social pourront mieux faire face aux événements stressants, ce soutien leur redonnant une meilleure estime de soi, un sentiment de contrôle et un sens à la vie (Krause et Hayward, 2015). De plus, la pratique d'activités physiques, la participation à des activités significatives ou l'implication religieuse ou spirituelle semblent être des facteurs de protection des troubles anxiodépressifs pour les aînés (Jacobs et Bamonti, 2022).

Les aînés seraient en outre moins réactifs aux stressseurs, porteraient plus attention aux expériences positives et arriveraient davantage à mettre les choses en perspective. Ces caractéristiques auraient un rôle protecteur contre la dépression.

Sur le plan psychologique, plus la résilience est grande, plus le risque de dépression sera faible (MacLeod et al., 2016). On observe également que les capacités de régulation émotionnelle ont tendance à s'améliorer avec l'âge, et que l'expérience d'affects négatifs semble diminuer. Les aînés seraient en outre moins réactifs aux stressseurs, porteraient plus attention aux expériences positives et arriveraient davantage à mettre les choses en perspective. Ces caractéristiques auraient un rôle protecteur contre la dépression (Fiske et al., 2009). La conscience de soi positive et le sentiment de contrôle ou d'efficacité sont aussi des facteurs intéressants à travailler en psychothérapie pour viser un meilleur bien-être.

Martha se sent mieux depuis qu'elle consulte une psychologue. Elle comprend mieux sa dépression et réalise qu'elle entretenait certains préjugés sur les personnes âgées. Avec sa psychologue, elle réfléchit à des moyens de réinvestir des activités significatives et de miser davantage sur son réseau social. Elle a aussi entamé une prise en charge en physiothérapie qui l'aide à faire davantage d'activité physique et à mieux gérer sa douleur.

Martha a retrouvé son naturel sociable et enjoué. Elle s'est inscrite à un groupe de tricot à sa résidence, dont les créations sont données à des organismes communautaires. Martha est heureuse de contribuer à une cause et fait profiter les autres

participantes de son sens de l'humour. Elle s'implique dans le comité des résidents, se sent utile et valorisée. Elle participe régulièrement à plusieurs événements avec sa communauté culturelle et religieuse et fait davantage de sorties avec sa nièce.

Grâce à sa psychothérapie, Martha parvient aussi à voir les choses autrement. Elle se centre davantage sur les aspects satisfaisants de sa situation. Elle sent qu'elle peut compter sur ses proches en cas de problème, et le fait de vivre dans une résidence la sécurise. Elle fait preuve de compassion envers elle-même pour la période difficile qu'elle vient de vivre et se sent plus résiliente.

En conclusion, bien que la prévalence de la dépression diminue avec l'âge et que les aînés rapportent généralement un niveau de bien-être satisfaisant, certains d'entre eux restent à risque de ressentir de la détresse pouvant avoir des conséquences graves. Les traitements psychologiques de la dépression gériatrique, dont la psychothérapie, sont reconnus comme efficaces (cf. notamment Haigh et al., 2018), et figurent d'ailleurs dans les *Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées* (Conn et al., 2021). Malheureusement, à l'heure actuelle, une grande proportion d'aînés déprimés n'ont pas accès à la psychothérapie et se voient proposer uniquement une prise en charge pharmacologique. Pour des personnes souffrant déjà de plusieurs problèmes de santé chronique et exposées à un risque de polypharmacie, la psychothérapie semble toutefois tout indiquée. La détresse de ces aînés ne devrait pas être ignorée, et davantage de psychologues intéressés et formés à la gérontologie devraient être accessibles dans les milieux communautaires, hospitaliers et de soins de longue durée.

STRESS ET VIEILLISSEMENT : QUAND ON TESTE, EST-CE QU'ON STRESSE ?

Sonia Lupien,

Ph. D. (sciences neurologiques)

Marie-Claire est âgée de 82 ans et elle habitait seule dans sa maison depuis la mort de son époux il y a 11 ans. Il y a de cela quelques mois, elle a fait une mauvaise chute et s'est brisé la hanche. Elle a dû être hospitalisée durant plusieurs semaines, et lors de son retour à la maison, ses enfants l'ont convaincue de vendre la demeure familiale pour aller vivre en résidence pour des personnes âgées. Ce fut un changement drastique dans la vie de Marie-Claire, et depuis maintenant plusieurs semaines, ses enfants notent de la confusion chez leur mère. Ils ont donc demandé une évaluation neuropsychologique pour Marie-Claire. À titre de neuropsychologue, vous lui donnez rendez-vous à vos bureaux le 15 février à 13 h. La clinique dans laquelle vous pratiquez est située sur une rue très achalandée de Montréal, où il peut être difficile de trouver du stationnement. Le fils de Marie-Claire passe la prendre à sa résidence et lui demande de se dépêcher à se préparer, sans quoi ils seront en retard au rendez-vous. Marie-Claire écoute son fils et se dépêche. Elle sort de la résidence en marchant à petits pas, car elle a très peur de glisser sur la neige de ce mois de février et de se casser l'autre hanche. Son fils la presse encore une fois. Il faut éviter le retard. Arrivé près de vos bureaux, le fils de Marie-Claire peste contre l'absence de stationnements sur la rue. Ils trouvent finalement un stationnement payant quelques rues plus loin, ce qui oblige Marie-Claire à marcher encore une fois sur les trottoirs glissants. Puisqu'elle arrive quelques minutes en retard à votre clinique, vous sortez tout de suite de votre bureau à son arrivée et lui demandez gentiment de vous suivre dans votre bureau. Déjà, dès qu'elle enlève son manteau en cherchant fébrilement où le placer alors qu'elle a la patère directement devant elle, vous notez la confusion chez la dame. Puis, vous procédez à l'évaluation de sa mémoire. Sa performance est dans le quartile très faible, ce qui pourrait suggérer un trouble cognitif lié au vieillissement.

Clairement, Marie-Claire est confuse et sa performance en mémoire est particulièrement faible. Mais est-ce vraiment le cas ?

Mémoire et vieillissement

La majorité des études portant sur la mémoire et le vieillissement montre que les personnes âgées présentent une performance significativement moindre sur un grand nombre de tâches de mémoire lorsque comparées à des populations jeunes (Balota et al., 2000 ; Zacks et al., 1999). L'ensemble de ces données a mené nombre de chercheurs à postuler l'existence de « troubles de mémoire liés à l'âge » (*age-related memory impairments*). À ce jour, beaucoup d'études montrent que ces déficits mnésiques ne sont pas nécessairement pathognomoniques de la survenue d'un trouble dégénératif chez la personne âgée, mais certains peuvent permettre de prédire la survenue de tels troubles.

Dans le présent chapitre, j'argumenterai que, bien que les déficits mnésiques rapportés chez un grand nombre de personnes âgées puissent être liés à la survenue d'un processus cérébral dégénératif, il est possible que des caractéristiques contextuelles, liées à l'environnement et/ou au contexte dans lequel les personnes âgées sont évaluées, puissent induire des troubles de mémoire qui sont temporaires et qui ne sont pas prédicteurs d'un processus de vieillissement pathologique.

L'un de ces facteurs est le stress.

Stress et mémoire

Lorsque notre cerveau détecte une menace (appelée le « stressueur »), il active un axe endocrinien complexe (l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien) qui mène ultimement à la production d'hormones de stress (notamment les glucocorticoïdes). Les hormones de stress produites en réponse à la menace agissent d'abord sur notre corps pour nous permettre de mobiliser l'énergie nécessaire pour combattre la menace ou fuir si celle-ci est trop importante. Par la suite, ces mêmes hormones vont agir sur trois régions du cerveau, à savoir l'hippocampe, l'amygdale et le lobe frontal, dans le but de moduler la mémoire pour assurer la survie de l'individu (Lupien, 2020).

En 1997, nous avons montré l'existence d'une courbe en U inversé entre les concentrations circulantes d'hormones de stress et la performance mnésique (Lupien et McEwen, 1997). Une légère augmentation des hormones de stress est associée à une augmentation de la performance mnésique, tandis qu'une forte augmentation est associée à une diminution significative de la performance mnésique.

Nombre d'études ont tenté de comprendre quels sont les facteurs qui mènent les individus à produire de faibles ou de larges concentrations d'hormones de stress. À ce jour, il a été démontré qu'il existe quatre caractéristiques d'une situation qui vont mener à une production d'hormones de stress. Ces quatre caractéristiques sont additives, c'est-à-dire que plus

Une légère augmentation des hormones de stress est associée à une augmentation de la performance mnésique, tandis qu'une forte augmentation est associée à une diminution significative de la performance mnésique.

une situation comporte de caractéristiques, plus l'organisme produira de fortes concentrations d'hormones de stress. Ainsi, pour qu'une réponse de stress soit générée par le corps, l'individu doit avoir l'impression qu'il n'a pas le contrôle sur la situation (**C**ontrôle faible). Cette situation doit être imprévisible (**I**mprévisibilité) et/ou nouvelle (**N**ouveauté), et l'égo (la personnalité) de l'individu doit se sentir menacé (**É**go menacé) [Dickerson et Kemeny, 2004 ; Mason, 1968]. L'acronyme « CINÉ » permet de se rappeler ces caractéristiques. Ainsi, chaque fois qu'une personne fait face à une situation qui comporte une ou plusieurs des caractéristiques CINÉ, elle produira une réponse physiologique de stress qui variera en fonction du nombre de caractéristiques présentes dans la situation, et ce, peu importe son âge.

Stress, mémoire et vieillissement

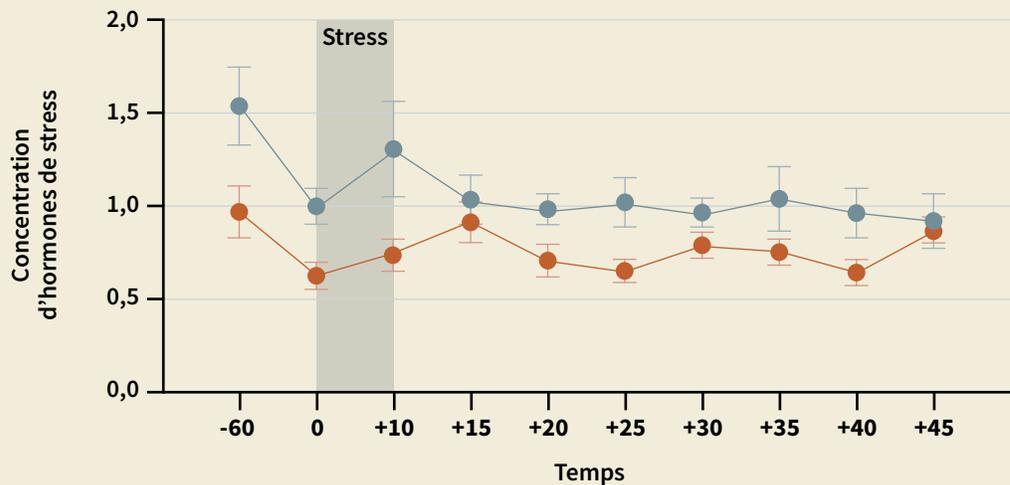
Au détour des années 1990, mon laboratoire de recherche s'est intéressé aux effets du stress aigu (production aiguë d'hormones de stress) sur la performance des personnes âgées. En 1997, nous avons effectué une étude dans laquelle nous avons exposé un groupe de participants âgés à une condition stressante et à une condition non stressante, puis nous avons mesuré leur mémoire déclarative (Lupien et al., 1997). Les résultats ont montré une diminution importante de la mémoire en réponse à la condition stressante, alors qu'aucun changement mnésique n'a été observé en réponse à la condition non stressante.

Dans une deuxième étude, nous avons pharmacologiquement manipulé les concentrations circulantes d'hormones de stress chez des participants jeunes et âgés et avons montré que de petites variations d'hormones de stress chez les personnes âgées mènent à d'importants changements dans la performance mnésique, alors qu'une telle vulnérabilité mnésique aux variations d'hormones de stress n'est pas observée chez les jeunes (Lupien et al., 2002).

Dans une troisième étude, nous avons demandé à des participants jeunes et âgés de se déplacer à notre laboratoire pour être exposés à un stress expérimental. Lors de cette expérience, nous avons mesuré les concentrations d'hormones de stress dans la salive des participants à 10 occasions. Lorsque nous avons analysé les résultats, nous avons observé que les personnes âgées commencent à présenter une

Figure 1.
Concentrations d'hormones de stress chez un groupe de participants jeunes et âgés visitant notre laboratoire pour participer à une étude mesurant les hormones de stress produites en réponse à un stress de laboratoire

—●— Jeunes
—●— Aînés



très forte réponse physiologique de stress *avant même d'être exposées au stress de laboratoire*. La figure présentée ci-dessus montre les résultats de cette étude. On y voit clairement que dès l'arrivée au laboratoire (au temps -60 sur la figure), les personnes âgées présentent une augmentation significative des hormones de stress lorsque comparées aux participants jeunes, et ce, avant même d'être exposées au stress de laboratoire (au temps 0 sur la figure). Les participants jeunes montrent aussi une telle augmentation « pré-stress », mais celle-ci est significativement plus faible que celle présentée par les personnes âgées.

Ces résultats nous ont menés à suggérer que des facteurs contextuels, liés à l'environnement de testing (p. ex., la visite à notre laboratoire, le trajet pour s'y rendre, la saison durant laquelle nous avons demandé aux participants d'y venir), pourraient comporter une ou plusieurs des caractéristiques CINÉ (contrôle faible, imprévisibilité, nouveauté et égo menacé) et mener à la production plus importante d'hormones de stress chez la personne âgée lorsque comparée à des participants jeunes. L'augmentation aiguë des hormones de stress induite par le contexte d'évaluation pourrait ensuite induire des troubles mnésiques chez la personne âgée.

[L]es personnes âgées présentent une augmentation significative des hormones de stress lorsque comparées aux participants jeunes, et ce, avant même d'être exposées au stress de laboratoire [...]

Si cette suggestion s'avérait juste, elle impliquerait que certains « troubles mnésiques » présentés par des personnes âgées en contexte d'évaluation (médicale, neuropsychologique ou autre) pourraient être artéfactuels et ne pas témoigner de la présence d'un trouble cérébral dégénératif.

Nous avons décidé de tester cette hypothèse.

Quand on teste, est-ce qu'on stresse ?

La première approche que nous avons adoptée pour tenter de répondre à cette question a été d'évaluer en détail la méthodologie utilisée par la majorité des études mesurant la performance mnésique de participants jeunes et âgés, dans le but de déterminer si des facteurs liés à l'environnement de testing pourraient comporter plus de nouveauté, d'imprévisibilité, de sens du contrôle faible et/ou de menace à l'égo chez les participants âgés lorsque comparés aux participants jeunes.

Si tel est le cas, on pourrait conclure que dans la majorité des études neuropsychologiques portant sur la mémoire, les participants âgés sont testés dans des conditions qui ne leur sont pas favorables (en matière de stress), alors que les participants jeunes sont testés dans des conditions qui leur sont favorables (Lupien et al., 2007).

C'est Shireen Sindi, alors doctorante au Centre d'études sur le stress humain, qui a procédé à cette revue systématique de la littérature (Sindi et al., 2013). Les résultats ont montré qu'il y a effectivement dans les contextes d'évaluation mnésique publiés dans la littérature scientifique quatre facteurs qui ne sont pas favorables aux personnes âgées, alors qu'ils le sont pour les personnes jeunes. Ces facteurs sont : 1) l'endroit où les évaluations sont effectuées ; 2) l'âge de la personne effectuant les tests ; 3) l'heure de la journée où l'évaluation est effectuée ; 4) les tâches de mémoire.

L'endroit où les évaluations sont effectuées : Dans une très grande majorité d'études portant sur la mémoire de participants jeunes et âgés, les évaluations sont effectuées sur un campus universitaire où les chercheurs ont leur laboratoire. Dans un tel contexte, les participants jeunes (souvent des étudiants universitaires) sont testés dans un environnement qui n'est pas nouveau ou imprévisible pour eux et sur lequel ils ont un grand contrôle, car ils connaissent parfaitement bien cet environnement. Toutefois, cet environnement n'est pas favorable pour les personnes âgées qui doivent s'y rendre, car elles ne connaissent pas le campus, ne savent pas où se stationner et elles ont de la difficulté à trouver le local dans les immenses pavillons universitaires où ont lieu les études. Dans un tel contexte, les participants âgés sont testés dans un environnement qui est nouveau, imprévisible et sur lequel ils n'ont aucun contrôle. Les participants âgés sont ainsi testés dans des conditions qui peuvent induire une réponse de stress (donc défavorables pour eux), alors que les participants jeunes sont testés dans des conditions qui ont peu de probabilité d'induire une réponse de stress (donc favorables pour eux).

L'âge de la personne effectuant les tests : Dans une très grande majorité d'études portant sur la mémoire de participants jeunes et âgés, les évaluations sont réalisées par un étudiant diplômé ou une étudiante diplômée effectuant une maîtrise ou un doctorat. Dans un tel contexte, les participants jeunes sont testés par une personne du même âge qu'eux et avec laquelle ils peuvent établir une affiliation tacite lors du testing, alors que les personnes âgées sont testées par une personne ayant l'âge de leurs petits-enfants et évaluant leur mémoire potentiellement défaillante. Cela peut constituer une menace à l'égo des personnes âgées, alors que ce ne sera pas le cas pour les participants jeunes.

L'heure de la journée où l'évaluation est effectuée : Dans une très grande majorité d'études portant sur la mémoire de participants jeunes et âgés, les évaluations sont effectuées en après-midi (May et al., 1993)¹. Or, beaucoup d'études portant sur les effets de synchronie montrent que les participants jeunes présentent une meilleure performance mnésique lorsque testés en après-midi, tandis que les participants âgés présentent une meilleure performance mnésique lorsque testés en matinée (Intons-Peterson et al., 1998; Winocur et Hasher, 2004). Ainsi, le fait de tester les participants âgés en après-midi place ceux-ci dans des conditions défavorables de testing lorsque comparés à des participants jeunes.

Les tâches de mémoire : Dans la majorité des études portant sur la mémoire de participants jeunes et âgés, les tâches de mémoire utilisées consistent généralement en la mémorisation d'une liste d'items (mots, images, etc.) [Chantome et al., 1999;

1. Nous soupçonnons que cela puisse s'expliquer par le jeune âge des expérimentateurs, qui préfèrent peut-être tenir les évaluations en après-midi plutôt qu'en matinée!

Ces résultats donnent à penser qu'une certaine proportion des troubles mnésiques observés chez les personnes âgées lors des évaluations pourrait être artéfactuelle et être induite par les conditions mises en place lors du testing ou de l'évaluation.

Foster et al., 1999]. Toutefois, apprendre des listes d'« items » est une tâche effectuée quotidiennement par des participants jeunes, ce qui n'est pas le cas pour les participants âgés. Ainsi, ces tâches peuvent être nouvelles et imprévisibles pour les participants âgés, alors qu'elles ne le sont pas pour les participants jeunes.

En conclusion, lorsque nous avons étudié la littérature scientifique démontrant que les personnes âgées montrent une performance mnésique moindre que celle des personnes jeunes, nous avons constaté que dans la majorité des études effectuées à ce jour, les participants âgés sont testés dans des environnements qui sont très souvent nouveaux ou imprévisibles, ou sur lesquels ils ont peu de contrôle, ou qui peuvent être menaçants pour leur égo. Ces conditions défavorables pour les personnes âgées pourraient faire en sorte qu'elles réagissent aux conditions de testing avec une réponse physiologique de stress qui aurait pour effet de diminuer leur performance mnésique. Cette diminution de la mémoire serait sporadique, artéfactuelle et induite par les conditions de testing, plutôt que par un processus cérébral dégénératif.

Si cette hypothèse est valide, on devrait s'attendre à ce que les personnes âgées, lorsqu'elles sont évaluées dans des conditions qui leur sont favorables et qui ont pour effet de diminuer leur réponse de stress, ne montrent pas de performance mnésique moindre que celle observée chez des populations jeunes.

Nous avons décidé de soumettre cette seconde hypothèse à l'expérimentation.

Quand la performance mnésique des personnes âgées dépend de leur stress

Shireen Sindi et notre équipe avons recruté un groupe de personnes jeunes et un groupe de personnes âgées qui ont tous deux été soumis à deux conditions expérimentales.

La première condition en était une qui était favorable aux participants jeunes sur le plan du stress. Dans cette condition, les évaluations avaient lieu sur le campus universitaire (bien connu des participants jeunes et donc sans nouveauté et imprévisibilité pour eux), et la personne chargée des évaluations mnésiques était jeune (23 ans, l'âge moyen des participants jeunes). Les évaluations avaient lieu en après-midi

(une heure avantageuse pour la performance des participants jeunes), et la tâche mnésique consistait à mémoriser une liste de 16 mots (une tâche sans nouveauté pour les participants jeunes).

La seconde condition en était une qui était favorable aux participants âgés sur le plan du stress. Dans cette condition, les évaluations avaient lieu à l'Institut Douglas, à Montréal, où les participants âgés avaient été invités au préalable pour prendre connaissance des lieux, connaître l'endroit du stationnement, rencontrer la personne qui évaluerait leur mémoire et poser des questions. Lors du testing, cet emplacement n'était plus nouveau et imprévisible pour les participants âgés, alors qu'il l'était pour les participants jeunes, qui n'avaient pas été invités à la visite préalable et qui devaient se rendre à l'Institut Douglas par leurs propres moyens. La personne chargée des évaluations était une personne âgée (72 ans, l'âge moyen des participants âgés). Les évaluations avaient lieu très tôt en matinée (une heure avantageuse pour la performance des participants âgés). Enfin, dans le but d'évaluer la mémoire des participants, l'assistante de recherche présentait son album photo de famille; elle nommait les huit membres de sa famille et leur assignait chacun et chacune une caractéristique (p. ex., « Ici, on voit ma sœur Louise, elle est notaire. »), pour un total de 16 items à mémoriser.

Les deux groupes de participants (jeunes et âgés) étaient testés dans la condition favorable aux participants jeunes et dans la condition favorable aux participants âgés. Les hormones de stress ont été mesurées dans les deux conditions et comparées aux concentrations d'hormones de stress produites par les participants lorsqu'ils étaient à la maison. Cela nous a permis de déterminer l'intensité de la réponse physiologique de stress aux deux conditions de testing.

[S]ix facteurs [...] ont été rapportés par les personnes âgées comme générant le maximum de stress lorsqu'elles doivent être évaluées. Ces facteurs sont la période précédant le rendez-vous, le moyen de transport [...], la saison [...], l'environnement médical, le comportement du professionnel [...] et les diagnostics [...]

Les résultats ont montré que lorsque les participants âgés sont testés dans des conditions favorables aux jeunes (évaluations sur le campus par une jeune évaluatrice en après-midi avec une liste de 16 mots à mémoriser), ils produisent significativement plus d'hormones de stress que lorsqu'ils sont à la maison, et leur performance mnésique est significativement plus faible que celle des participants jeunes.

Toutefois, lorsque les *mêmes* participants âgés sont testés dans des conditions qui leur sont favorables (évaluations faites par une évaluatrice âgée à un endroit déjà visité auparavant, avec une visite au laboratoire tôt le matin et une tâche mnésique plus proche de leur quotidien), ils ne produisent pas plus d'hormones de stress que lorsqu'ils sont à la maison, et leur performance mnésique est la même que celle des participants jeunes (Sindi et al., 2013).

Ces résultats donnent à penser qu'une certaine proportion des troubles mnésiques observés chez les personnes âgées lors des évaluations pourrait être artificielle et être induite par les conditions mises en place lors du testing ou de l'évaluation. De plus, nos résultats semblent indiquer que puisque la grande majorité des études effectuées à ce jour sur la mémoire des personnes jeunes et âgées ont mesuré la performance mnésique des personnes âgées dans des conditions qui ne leur sont pas favorables, il est possible qu'une partie des « troubles mnésiques liés à l'âge » rapportés dans la littérature scientifique à ce jour soient artificiels et aient été induits par l'environnement dans lequel les personnes âgées ont été évaluées.

Agir

Sur la base des résultats obtenus lors de cette étude, le Centre d'études sur le stress humain a décidé d'agir; nous avons obtenu une subvention pour l'application des connaissances des Instituts de recherche en santé du Canada afin que les cliniciens travaillant auprès des personnes âgées puissent appliquer ces résultats dans leur pratique. L'objectif de ce projet était plus précisément de les informer du risque posé par l'environnement de testing sur le stress des personnes âgées et de l'impact de ce stress sur la performance mnésique des personnes âgées.

Pour effectuer ce projet, nous avons d'abord invité un large groupe de personnes âgées à venir nous rencontrer lors d'une journée de discussion ayant eu lieu à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Lors de cette journée, nous avons présenté les résultats de notre étude aux personnes âgées. Par la suite, nous les avons séparées en petits groupes et leur avons demandé de cerner les facteurs environnementaux qu'elles considèrent comme stressants lorsqu'elles doivent être évaluées dans le milieu de la santé (médecin, neuropsychologue, etc.).

Une fois que nous avons dressé la liste des facteurs environnementaux liés aux évaluations considérés comme étant stressants par les personnes âgées, nous avons effectué une deuxième journée de discussion, cette fois avec des professionnels travaillant auprès des personnes âgées (neuropsychologues, psychologues, gériatres, etc.). Lors

de cette journée, nous avons présenté les résultats de notre étude et les facteurs que les personnes âgées considèrent comme étant très stressants lorsqu'elles doivent être évaluées dans le milieu de la santé. Nous avons ensuite demandé aux professionnels de travailler en petits groupes pour dégager des moyens de diminuer l'impact de ces facteurs sur le stress des personnes âgées.

Après avoir obtenu l'ensemble de ces informations, nous avons créé un guide intitulé *Quand on teste, est-ce qu'on stresse ? Guide pour les professionnels de la santé et les chercheurs travaillant auprès des personnes âgées* (Lupien et al., 2012).

Ce document présente les six facteurs qui ont été rapportés par les personnes âgées comme générant le maximum de stress lorsqu'elles doivent être évaluées. Ces facteurs sont la période précédant le rendez-vous, le moyen de transport pour se rendre au rendez-vous, la saison du rendez-vous, l'environnement médical, le comportement du professionnel de la santé et les diagnostics liés aux examens médicaux. Le guide décrit les facteurs et les caractéristiques de ces derniers qui génèrent du stress chez les personnes âgées. Dans la deuxième

partie du guide, les professionnels de la santé sondés proposent des solutions à chacun des facteurs de stress soulevés par les personnes âgées.

La lecture de ce guide permet aux professionnels de la santé travaillant auprès des personnes âgées de mieux connaître les facteurs liés à l'environnement de testing qui peuvent induire du stress chez ces dernières et affecter négativement leur performance mnésique. Le guide leur permet aussi de mettre en place des solutions très simples pour diminuer le stress des personnes âgées lors des évaluations et ainsi obtenir des résultats exempts d'artéfacts liés au stress.

Le guide est disponible gratuitement sur le site Web du Centre d'études sur le stress humain (https://www.stresshumain.ca/Documents/pdf/KT/KT_document_FR.pdf).

Pour conclure, notre étude, portant sur le stress et le vieillissement, est un parfait exemple de la force qui peut être dégagée d'une collaboration étroite et fructueuse entre les chercheurs, les participants aux études scientifiques et les professionnels de la santé!

ÉVALUATION ET TRAITEMENT DE L'INSOMNIE CHEZ LA PERSONNE ÂNÉE

Karianne Dion, B.A. (psychologie),
D^{re} Mélanie Vendette, Ph. D.,
psychologue, neuropsychologue,
D^{re} Soojin Chun, M.D.,
FRCP(C), gériatopsychiatre,
et **D^{re} Rebecca Robillard**, Ph. D.,
psychologue, neuropsychologue

Au-delà des nombreux changements affectant le sommeil au cours du vieillissement normal (Ohayon et al., 2004), les aînés font face à une prévalence élevée du trouble d'insomnie. Dans le grand âge, l'insomnie survient rarement de façon isolée; souvent, elle est associée à des comorbidités psychologiques ou médicales et génère des conséquences négatives sur la santé (Foley et al., 1995). On estime que 40 à 50 % des personnes âgées souffrent d'insomnie, les femmes âgées y étant plus sujettes que les hommes âgés (Crowley, 2011; Foley et al., 2004; Klink et al., 1992). Par ailleurs, la récente pandémie a mis en évidence, à grande échelle, la relation bidirectionnelle entre les difficultés de sommeil et la santé mentale. Ce chapitre couvrira les changements du sommeil attendus au cours du vieillissement normal. Certaines particularités liées au développement de l'insomnie chronique et au diagnostic du trouble de l'insomnie dans le contexte du vieillissement seront ensuite discutées. Enfin, ce chapitre offrira un survol des recommandations pour la gestion de l'insomnie chez les aînés.

1. Le sommeil au fil de l'avancement en âge

Avant d'aborder le sujet de l'insomnie chez les aînés, il est bon de comprendre les changements du sommeil liés au vieillissement normal. Ces changements commencent typiquement à apparaître durant l'âge moyen (40-60 ans) et se poursuivent dans le grand âge. Comparativement aux jeunes adultes, les personnes plus âgées ont tendance à prendre davantage de temps pour s'endormir et à se réveiller plus fréquemment (c.-à-d. fragmentation du sommeil) [Chun et Lee, 2016; Ohayon et al., 2004]. D'autres modifications liées à l'âge comprennent une diminution de la durée totale de sommeil, une réduction de l'efficacité du sommeil (c.-à-d. la portion de temps passée à dormir relativement à celle passée au lit) et une diminution du sommeil lent profond (c.-à-d. stade N3). En revanche, la quantité de sommeil léger (N1 et N2) augmente (Ancoli-Israel et al., 2008; Ohayon et al., 2004).

Plusieurs mécanismes physiologiques ont été proposés pour expliquer ces changements. Notamment, les transformations des patrons d'activité cérébrale pendant le sommeil semblent liées à l'amincissement de la masse corticale due au vieillissement. De plus, l'horloge biologique, qui régule plusieurs rythmes physiologiques et comportementaux, tend à prendre de l'avance, et son signal s'affaiblit et devient plus instable (Ancoli-Israel et al., 2008). Le cycle veille-sommeil devient moins sensible aux signaux internes (p. ex., les hormones impliquées dans la régulation des rythmes circadiens) et externes (p. ex., l'exposition à la lumière), ce qui le rend plus fragile (Czeisler et al., 1999; Richardson et al., 1982). Globalement, ces changements font en sorte que les aînés sont plus susceptibles d'avoir une phase de sommeil avancée favorisant les éveils prématurés, tout en ayant un affaiblissement des signaux circadiens d'éveil le jour et de sommeil la nuit, ce qui contribue autant à la somnolence diurne qu'à la fragmentation du sommeil nocturne. Ces facteurs augmentent la propension aux siestes pendant la journée. Bien que les siestes puissent être très bénéfiques, elles ne sont pas indiquées pour ceux qui ont des problèmes d'insomnie, car les siestes (surtout en après-midi ou en fin de journée) peuvent accentuer les difficultés à s'endormir le soir venu (Ancoli-Israel et al., 2008; Monk, 2005).

Par ailleurs, la ménopause génère des défis additionnels pour le sommeil à cause des bouleversements physiologiques et psychologiques survenant durant cette période. Alors que la diminution de la température corporelle pendant la nuit contribue à un bon sommeil, les bouffées de chaleur précipitées par la ménopause sont associées à des éveils nocturnes. Puisque la progestérone est impliquée dans la régulation des processus respiratoires, la diminution de cette hormone durant la ménopause peut contribuer à l'augmentation des apnées du sommeil, une affection deux à trois fois plus fréquente chez les femmes en ménopause. Enfin, les interactions entre

l'œstrogène et certains neurotransmetteurs (p. ex., la sérotonine) entraînent des conséquences négatives tant pour la régulation de l'anxiété et de l'humeur que pour celle du sommeil. Compte tenu de la relation bidirectionnelle entre les perturbations de l'humeur et les problèmes de sommeil (Jansson-Fröjmark et Lindblom, 2008), la ménopause peut potentialiser le cercle vicieux entre les défis de santé mentale et l'insomnie.

En résumé, de nombreux changements physiologiques affectant le sommeil se manifestent au cours du vieillissement. Bien qu'ils contribuent à fragiliser le sommeil, ce qui peut contribuer à l'augmentation des risques de développer de l'insomnie, ces changements liés à l'âge sont normaux. Il ne faut pas penser que le vieillissement mène invariablement à l'insomnie. Néanmoins, ces changements normaux peuvent entraîner des angoisses par rapport au sommeil, qui peuvent générer de l'insomnie.

2. L'insomnie dans le contexte du vieillissement

2.1. Modèle de l'évolution de l'insomnie

Il importe de distinguer les symptômes d'insomnie transitoire du trouble d'insomnie. À l'instar de ce qui a été observé ailleurs (Ohayon, 2002), une personne québécoise sur quatre ferait face à des symptômes d'insomnie (Morin et al., 2006). Ce serait une personne sur deux à partir de l'âge de 65 ans (Ohayon, 2002). Ces perturbations du sommeil surviennent souvent en réaction à des stressseurs externes (p. ex., séparation, isolement, soucis financiers) ou internes (p. ex., changements hormonaux, blessures orthopédiques), mais se dissipent habituellement après la résolution du problème. Dans 78 % des cas, l'insomnie se résout dans les trois mois suivant la survenue des symptômes (Centers for Disease Control and Prevention, 2008). Lorsqu'elle perdure au-delà de trois mois, l'insomnie devient un trouble chronique dont la symptomatologie peut s'étirer sur plusieurs années (Morin et al., 2009). Environ 10 % de la population québécoise serait aux prises avec un trouble d'insomnie chronique (Morin et al., 2006).

Différentes hypothèses ont été proposées afin d'expliquer les mécanismes menant à la chronicisation de l'insomnie. Un des modèles les plus reconnus, le modèle « tripartite de Spielman » (Spielman et al., 1987), fait référence à l'interaction de facteurs prédisposants (vulnérabilité), précipitants et perpétuants (maintien) [Spielman et al., 1987; figure 1].

Selon ce modèle, les variations interindividuelles dans la vulnérabilité à faire de l'insomnie sont déterminées par des prédispositions d'ordre génétique, physiologique ou encore psychologique. La survenue de facteurs précipitants (p. ex., séparation, soucis financiers) déclenche souvent des problèmes de sommeil ponctuels, dont la magnitude sera modulée par le degré de vulnérabilité initiale. Dans bien des cas, ces problèmes de sommeil se dissipent lorsque les stressseurs s'apaisent;

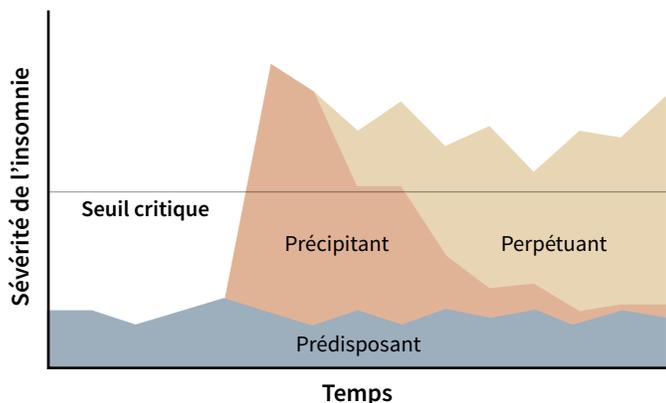


Figure 1. Modèle comportemental de l'insomnie [Spielman et al., 1987 ; adapté de Perlis, M. L., Ellis, J. G., Kloss, J. D. et Riemann, D. W. (2016). Etiology and pathophysiology of insomnia. Dans M. H. Kryger, T. Roth et W. C. Dement (dir.), *Principles and practice of sleep medicine* (6^e éd., p. 769-784). Elsevier.]

par exemple, lorsque le problème est résolu ou que l'individu s'adapte. Par contre, dans certains cas, les perturbations de sommeil peuvent stimuler le développement d'inquiétudes difficiles à gérer, ce qui génère des cognitions biaisées et nuisibles face au sommeil. On voit apparaître des changements comportementaux visant à regagner le sommeil qui sont souvent inadaptés : passer plus de temps au lit, faire des siestes dans la journée, augmenter la consommation de caféine, tenter l'« automédication » avec l'alcool ou les drogues. S'ensuit une augmentation des préoccupations excessives et des distorsions cognitives par rapport au sommeil. Tout cela a un impact sur les émotions et les comportements, ce qui renforce davantage les difficultés de sommeil et contribue ainsi au cercle vicieux de l'insomnie (figure 2). Ces pensées et comportements peuvent avoir sur le sommeil des répercussions négatives qui contribuent à maintenir l'insomnie ; ce sont les facteurs perpétuants.

[I] est primordial de ne pas sous-estimer les plaintes de sommeil chez les aînés. L'évaluation et la prise en charge du trouble d'insomnie [...] peuvent avoir un impact considérable, non seulement pour le sommeil, mais aussi pour la santé physique et mentale.

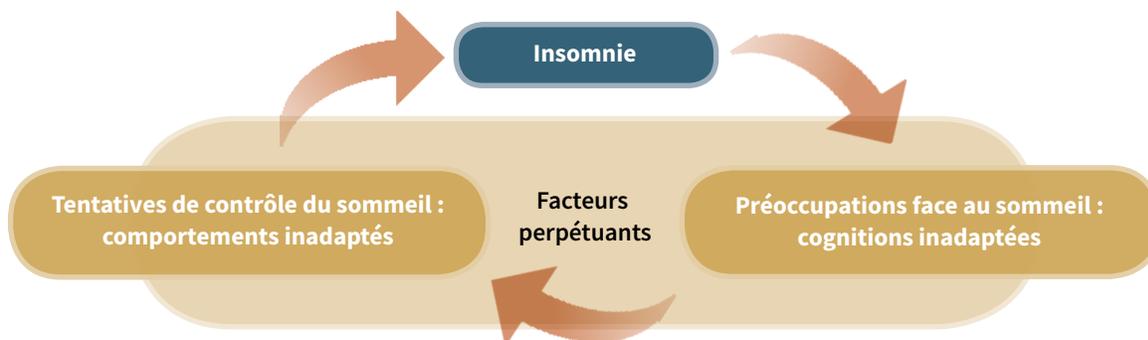
Il faut aussi souligner l'implication de mécanismes d'apprentissage inadaptés par conditionnement opérant dans le développement de l'insomnie chronique. Chez plusieurs personnes vivant de l'insomnie, le fait de passer plusieurs heures au lit sans dormir, tout en accumulant des frustrations liées à l'incapacité de dormir et des angoisses face aux impacts anticipés de ce manque de sommeil, renforce progressivement une association entre l'état d'éveil/hypervigilance et plusieurs stimuli qui devraient normalement être associés au sommeil (Bootzin, 1972).

En somme, le trouble d'insomnie se développe à travers plusieurs mécanismes comme un état chronique qui perdure au-delà de la résolution des éléments déclencheurs initiaux.

2.2. Particularités liées au vieillissement

Outre les risques posés par la fragilisation du sommeil liée au vieillissement, les nombreuses comorbidités reliées à l'âge contribuent à la forte prévalence de l'insomnie chez les aînés (Foley et al., 2004). En effet, plusieurs problèmes de santé physique, tels que les maladies cardiaques, le diabète, les désordres gastro-intestinaux et les douleurs chroniques, sont plus communs avec l'âge et contribuent à réduire la qualité du sommeil. De plus, les troubles de santé mentale qui ont des répercussions sur le sommeil, tels que l'anxiété et la dépression, sont plus fréquents chez les aînés (Zimmerman et al., 2013). On note aussi une plus grande prévalence de troubles liés au sommeil, dont l'apnée obstructive, le syndrome des mouvements périodiques des jambes en sommeil et le syndrome d'impatiences musculaires à l'éveil.

Figure 2. Le cercle vicieux de l'insomnie



Globalement, ces phénomènes font partie de plusieurs aspects du vieillissement susceptibles d'interagir avec les facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants du modèle tripartite (Dang-Vu et Morin, 2019). Par exemple, la fragilisation du sommeil liée à l'âge et le vieillissement normal de l'horloge biologique sont des facteurs prédisposants qui rendent les aînés plus vulnérables à l'insomnie. Ceux-ci risquent également davantage de faire face à certains facteurs précipitants, comme l'émergence de nouveaux problèmes médicaux ou psychiatriques, les hospitalisations et les changements de médicaments pouvant avoir des effets secondaires sur le sommeil. Lors du vieillissement, l'augmentation des siestes, la diminution des contraintes sociales et professionnelles, qui régularisaient les horaires de sommeil auparavant, la sédentarité, l'isolement et l'exposition moindre ou la sensibilité à la lumière sont des facteurs perpétuants fréquents.

2.3. Diagnostic du trouble d'insomnie

À l'instar de la troisième édition de la *Classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-3)*, la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)* appuie le diagnostic du trouble d'insomnie principalement sur des plaintes subjectives. On définit le trouble d'insomnie chronique comme une insatisfaction quant à la quantité ou à la qualité du sommeil, accompagnée d'un ou plusieurs symptômes parmi les suivants : 1) difficulté à s'endormir ; 2) difficulté à maintenir le sommeil ; 3) réveil matinal précoce avec incapacité à se rendormir. Ces symptômes doivent survenir plus de trois fois par semaine pendant au moins trois mois et ne doivent pas être attribués aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'un médicament (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Pour les personnes aînées, si l'insomnie coexiste avec un problème médical ou psychologique pouvant affecter le sommeil (p. ex., douleurs chroniques, dépression) ou avec un autre trouble du sommeil, ce problème ne doit pas expliquer complètement la plainte principale d'insomnie. La forte comorbidité entre l'insomnie et d'autres troubles du sommeil fait en sorte qu'il faut demeurer vigilant même lorsqu'une autre pathologie a été objectivée à la suite d'un enregistrement de sommeil (polysomnographie).

Enfin, le trouble de l'insomnie n'est diagnostiqué que s'il est suffisamment grave pour causer une détresse importante ou un impact significatif sur le fonctionnement diurne (APA, 2013). À ce sujet, l'*ICSD-3* mentionne les exemples suivants : fatigue ou malaises ; difficultés d'attention, de concentration ou de mémoire ; impacts négatifs sur le fonctionnement social ou professionnel ; difficultés sur le plan de l'humeur ; et inquiétudes marquées par rapport au sommeil. Ce dernier point comporte certaines spécificités propres au contexte du vieillissement.

D'une part, il importe de vérifier que les attentes face à la quantité et à la qualité du sommeil soient réalistes compte tenu des changements normaux reliés à l'âge et que les plaintes de sommeil s'accompagnent réellement de conséquences significatives sur le fonctionnement diurne. D'autre part, il est primordial de ne pas sous-estimer les plaintes de sommeil chez les aînés. L'évaluation et la prise en charge du trouble d'insomnie chez les aînés peuvent avoir un impact considérable, non seulement pour le sommeil, mais aussi pour la santé physique et mentale.

3. Les traitements de l'insomnie

3.1. Interventions non pharmacologiques

Selon les recommandations de la Société québécoise de gériatrie (Dang-Vu et Morin, 2019) et de plusieurs associations professionnelles (p. ex., Qaseem et al., 2016 ; Riemann et al., 2017 ; Sateia et al., 2017 ; Schutte-Rodin et al., 2008 ; Wilson et al., 2019), la gestion de l'insomnie chez les aînés comporte plusieurs étapes. En premier lieu, il importe de considérer les facteurs qui pourraient être la source des perturbations du sommeil. Si cette première étape n'entraîne pas d'amélioration, la psychothérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I) est suggérée comme première ligne d'intervention.

Plusieurs essais cliniques ont démontré que la TCC-I engendre des effets durables qui surpassent la pharmacothérapie tant chez les adultes que chez les aînés (Jacobs et al., 2004 ; Mitchell et al., 2012 ; Morin, Colecchi et al., 1999 ; Morin, Hauri et al., 1999 ; Omvik et al., 2006 ; Siebern et Manber, 2011). Il s'agit d'une brève intervention (environ 6 à 8 séances). Étant donné que les facteurs prédisposants pour l'insomnie sont souvent non modifiables (p. ex., âge, sexe, profil génétique) et qu'il est impossible d'éviter la survenue de stressseurs, la TCC-I cible les facteurs perpétuants du modèle tripartite, soit les pensées et les comportements associés à la chronicisation de l'insomnie.

Les interventions centrales composant la TCC-I comptent la restriction du temps passé au lit (pour restaurer la consolidation du sommeil), des techniques de contrôle par le stimulus (pour briser le conditionnement entre l'état d'éveil et la chambre à coucher) et la restructuration cognitive (pour atténuer les pensées nuisibles au sommeil). Classiquement, les composantes comportementales de la TCC-I sont complétées

Plusieurs essais cliniques ont démontré que la TCC-I engendre des effets durables qui surpassent la pharmacothérapie tant chez les adultes que chez les aînés.

Tableau 1. Adaptation de la TCC-I au contexte du vieillissement

Composante de la TCC-I	Adaptation suggérée
Restriction du sommeil	Diminuer le temps alloué au lit de manière graduelle (c.-à-d. compression du sommeil) afin d'éviter la fatigue excessive.
Contrôle par le stimulus	Planifier des siestes brèves, idéalement en matinée, pour combattre la fatigue excessive. Rester au lit en s'engageant dans des activités relaxantes après une longue période d'éveil plutôt que de sortir du lit (p. ex., prévention des chutes).
Stratégies de relaxation	Employer des techniques de relaxation plus passives risquant moins d'exacerber les douleurs physiques, comme l'imagerie guidée, la visualisation et le balayage corporel.
Restructuration cognitive	Porter une attention particulière aux croyances erronées en lien avec le sommeil (p. ex., attentes irréalistes qui font fi des changements normaux reliés au vieillissement).
Hygiène du sommeil	Diminuer l'apport de liquide plusieurs heures avant le sommeil afin de limiter les éveils fréquents pour aller à la salle de bain.

par la psychoéducation sur l'hygiène de sommeil et l'apprentissage de stratégies de relaxation. La TCC-I entraîne des améliorations significatives sur le fonctionnement quotidien et la santé physique et psychologique des aînés (Cassidy-Eagle et al., 2022; Dzierzewski et al., 2019; Rybarczyk et al., 2013). Des références d'outils de formation en TCC-I sont fournies à la fin du présent chapitre.

Plusieurs considérations sont à envisager lors de la mise en place de la TCC-I chez les aînés, dont la présence de comorbidités physiques, psychologiques et cognitives, le contexte d'habitation (p. ex., soins de longue durée), puis les limites physiques et cognitives (Dang-Vu et Morin, 2019). Des versions modifiées de la TCC-I ont été développées pour des comorbidités fréquentes, telles que les troubles respiratoires du sommeil (Fung et al., 2016), la dépression (Sadler et al., 2018), l'arthrose (Vitiello et al., 2009), les troubles cognitifs légers (Cassidy-Eagle et al., 2018) et le cancer (Ma et al., 2021). Le tableau 1 présente certaines adaptations proposées pour rendre la TCC-I plus accessible aux aînés (voir Bélanger et al., 2012; Cassidy-Eagle et al., 2022; Chand et Grossberg, 2013; Dang-Vu et Morin, 2019; Rybarczyk et al., 2013).

Compte tenu de la fréquence des comorbidités et de la polypharmaco-thérapie chez les personnes aînées, il importe d'évaluer les effets potentiels des médicaments pour l'insomnie sur les comorbidités médicales, psychiatriques ou cognitives.

Outre la TCC-I, il existe d'autres approches non pharmacologiques pour améliorer le sommeil des personnes aînées, dont la luminothérapie (Forbes et al., 2014; Ooms et Ju, 2016) et l'activité physique (Gencarelli et al., 2021; Nascimento et al., 2014). L'application de techniques de neurostimulation (p. ex., stimulation magnétique transcrânienne) représente aussi une nouvelle piste d'intervention prometteuse pour le traitement de l'insomnie chez les aînés (Romanella et al., 2020). Compte tenu du nombre limité d'études examinant ces approches, davantage de recherches sont nécessaires.

3.2. Traitements pharmacologiques de l'insomnie

Bien que la TCC-I soit la première ligne de traitement recommandée pour l'insomnie (Schutte-Rodin et al., 2008), plusieurs agents pharmacologiques sont souvent utilisés. Certaines mises en garde s'imposent pour l'utilisation de ces médicaments dans le contexte de l'insomnie chronique chez les aînés, en raison du manque de données scientifiques et des effets secondaires défavorables (Chun et Lee, 2016).

Les médicaments peuvent être utiles lorsque l'insomnie a un faible risque de chronicité ou lorsque la TCC-I s'avère inaccessible, difficilement applicable ou inefficace (Dang-Vu et Morin, 2019; Qaseem et al., 2016). Dans tous les cas, une évaluation approfondie des risques et des bénéfices doit être effectuée avant d'entamer un traitement pharmacologique. Plusieurs médicaments sont utilisés pour traiter l'insomnie chez les aînés. En première ligne, on retrouve les agonistes des récepteurs des benzodiazépines (p. ex., zopiclone, zolpidem), certaines benzodiazépines (p. ex., témazépam), la doxépine ainsi que la mélatonine à libération prolongée (Qaseem et al., 2016;

Sateia et al., 2017; Wilson et al., 2019). En deuxième ligne, on retrouve certains antidépresseurs sédatifs (p. ex., trazodone) qui peuvent être pertinents en présence d'un trouble dépressif concomitant (Morin et Benca, 2012; Schutte-Rodin et al., 2008) ou de maladie d'Alzheimer (Camargos et al., 2014; Ooms et Ju, 2016). La quétiapine (Seroquel) est un médicament antipsychotique fréquemment prescrit de manière non indiquée sur l'étiquette (*off-label use*) pour le traitement de l'insomnie chez les adultes et les aînés. Cette option s'appuie toutefois sur peu de preuves empiriques pour le traitement de l'insomnie et devrait seulement être utilisée lorsqu'il y a d'autres indications, dont un trouble bipolaire (Matheson et Hainer, 2017). Comparativement à un placebo, la quétiapine est notamment associée à un risque plus important de difficultés cognitives, de chutes, de blessures et de mortalité chez les individus ayant la maladie de Parkinson (El-Saifi et al., 2016).

Compte tenu de la fréquence des comorbidités et de la polypharmaco-thérapie chez les personnes âgées, il importe d'évaluer les effets potentiels des médicaments pour l'insomnie sur les comorbidités médicales, psychiatriques ou cognitives, les contre-indications, les interactions médicamenteuses et les effets secondaires (Schutte-Rodin et al., 2008). Les effets indésirables rapportés lors de la prise d'hypnosédatifs comprennent le risque de sédation résiduelle à l'éveil, de somnolence, de troubles cognitifs, de difficultés de coordination motrice, de chutes, de sensations vertigineuses, de symptômes gastro-intestinaux et d'insomnie de rebond (lors de l'arrêt du médicament) [Bélangier et al., 2006; Morin et Benca, 2012].

Chez les aînés, il est recommandé que la médication pour l'insomnie soit d'une courte durée (environ 7 à 10 jours), que la dose initiale soit plus faible que pour les personnes plus jeunes et les suivis professionnels, plus fréquents, que la prise de médicaments de façon intermittente soit priorisée et que le sevrage soit fait de manière graduelle et accompagné de TCC-I (Qaseem et al., 2016; Schutte-Rodin et al., 2008; Wilson et al., 2019). Malgré ces recommandations, l'utilisation accrue et prolongée de somnifères ainsi que la prescription de doses trop élevées et ne tenant pas compte des interactions médicamenteuses potentielles demeurent des problèmes majeurs (Bélangier et al., 2006).

3.3. Interventions pour l'insomnie dans le contexte des comorbidités psychiatriques

La survenue de symptômes d'insomnie est associée à deux à trois fois plus de risques de développer un trouble anxieux ou dépressif dans un délai d'un an (Baglioni et al., 2011; Neckelmann et al., 2007). Les problèmes de sommeil résiduels après le traitement d'une dépression sont aussi un facteur de risque significatif de rechutes de dépression. L'importance de restaurer le sommeil dans la gestion des troubles mentaux est de plus en plus claire. Par exemple, il a été montré que la

La survenue de symptômes d'insomnie est associée à deux à trois fois plus de risques de développer un trouble anxieux ou dépressif dans un délai d'un an.

fréquence d'une nouvelle dépression sur une période de trois ans était plus faible chez les participants dont l'insomnie était traitée avec succès à la suite de la TCC-I (Irwin et al., 2022). Les interventions pour le sommeil ont également des effets positifs sur les symptômes psychiatriques chez les personnes souffrant de troubles anxieux, de dépression, de trouble bipolaire ou de trouble de stress post-traumatique (Gebara et al., 2018).

3.4. Problématiques liées à l'accès aux soins et conséquences de l'insomnie non traitée

L'insomnie non traitée peut entraîner des conséquences néfastes pour la santé physique, mentale et cognitive (Benedict et al., 2015; de Almondes et al., 2016; Fernandez-Mendoza et al., 2012; Fortier-Brochu et al., 2012; Fortier-Brochu et Morin, 2014; Laugsand et al., 2011; Patel et al., 2018; Pearson et al., 2006; Vgontzas, Liao, Bixler et al., 2009; Vgontzas, Liao, Pejovic et al., 2009), des problèmes interpersonnels, sociaux et professionnels et une diminution de la qualité de vie (Cooke et Ancoli-Israel, 2006). Par rapport à une population plus jeune, les aînés souffrant d'insomnie sont plus susceptibles de présenter des difficultés diurnes et des troubles psychomoteurs (Chun et Lee, 2016). En plus d'accroître les risques de troubles psychiatriques (Cole et Dendukuri, 2003; Jausse et al., 2011; Perlis et al., 2006; Pigeon et al., 2008), l'insomnie chronique non traitée a été associée à une augmentation des risques de plusieurs problèmes de santé, comme l'hypertension (Vgontzas, Liao, Bixler et al., 2009), les maladies cardiovasculaires (Laugsand et al., 2011; Palagini et al., 2013; Schwartz et al., 1999), le diabète (Vgontzas, Liao, Pejovic et al., 2009), le syndrome métabolique (Troxel et al., 2010), les chutes (APA, 2013; Cooke et Ancoli-Israel, 2006; Cross et al., 2019) et les difficultés cognitives (Cricco et al., 2001; Yaffe et al., 2014). Un sommeil de mauvaise qualité et la fragmentation du sommeil engendrent une augmentation du dépôt de plaques bêta-amyloïdes, qui peut mener au développement ultérieur de troubles neurocognitifs majeurs, dont la maladie d'Alzheimer (Yaffe et al., 2014).

D'un point de vue économique, l'insomnie est un problème de santé coûteux; les aînés souffrant d'insomnie chronique utilisent davantage de soins médicaux. Au Canada, les coûts directs et indirects attribuables à l'insomnie en 2021 étaient estimés à 1,9 milliard de dollars et 12,6 millions de dollars respectivement, y compris les coûts liés aux visites médicales et aux médicaments (Chaput et al., 2022).

4. Conclusions

Compte tenu des nombreux effets nocifs des perturbations du sommeil chez les aînés, il importe d'offrir des traitements pour l'insomnie à la fois efficaces et adaptés. Il existe plusieurs options de traitement pour les aînés avec et sans comorbidité médicale, psychiatrique ou cognitive, dont la TCC-I et divers médicaments. Quelle que soit l'intervention choisie, il est primordial de réévaluer l'efficacité du traitement de manière continue afin de réajuster le plan d'intervention au besoin. Bien qu'elle soit recommandée en première ligne de traitement, la TCC-I demeure difficilement accessible, notamment à cause du nombre limité de professionnels qualifiés (Koffel et al., 2018). De nombreux efforts ont été déployés afin de livrer la TCC-I

à l'aide de moyens alternatifs tels que la téléthérapie, le téléphone, les manuels d'autosoins et les programmes en ligne. Les résultats obtenus sont prometteurs et démontrent de bons niveaux de faisabilité, d'efficacité et de rétention auprès des aînés (Godzik et al., 2021 ; Hinrichsen et Leipzig, 2021 ; McCurry et al., 2021 ; Morgan et al., 2012). Néanmoins, les approches virtuelles ne sont pas adaptées pour tous ; plusieurs personnes continueront d'avoir besoin du soutien de psychothérapeutes spécialisés. La grande majorité des gens aux prises avec le trouble d'insomnie ne peuvent pas accéder à la TCC-I. Il y a un besoin criant d'augmenter le nombre de psychothérapeutes spécialisés.

5. Ressources

Informations générales sur le sommeil

- recherchesommeil.ca
- dormezladessuscanada.ca
- Société canadienne du sommeil

Formation en psychothérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I)

- catalog.pesi.com/sales/bh_c_001249_cbti_041718_sem-124126
- queens.cm-hosting.com/product?catalog=Insomnia-2022

Webinaire sur le traitement de l'insomnie dans le contexte de troubles psychiatriques

- catalog.pesi.com/item/49087

Outils pour l'évaluation du sommeil

- Questionnaires
 - Index de sévérité de l'insomnie : cets.ulaval.ca/sites/cets.ulaval.ca/files/insomnie.pdf
 - Échelle de croyances et attitudes concernant le sommeil : cets.ulaval.ca/sites/cets.ulaval.ca/files/croyances_et_attitudes_concernant_le_sommeil_16_items.pdf
- Agendas de sommeil
 - cets.ulaval.ca/sites/cets.ulaval.ca/files/agenda_du_sommeil.pdf
 - consensusleepdiary.com

PRÉVENIR ET RALENTIR LE VIEILLISSEMENT COGNITIF : ÉTAT DES CONNAISSANCES ET INTERVENTIONS COGNITIVES

Catherine Gosselin,
B.A. (psychologie),
et **Benjamin Boller,**
Ph. D., psychologue,
neuropsychologue

Les avancées dans le domaine de la santé ainsi que l'amélioration des conditions de vie ont contribué à l'augmentation de la longévité au sein des sociétés occidentales. Malheureusement, vivre plus longtemps n'est pas synonyme de vieillir en bonne santé, et les dernières années de vie sont souvent caractérisées par une perte d'autonomie. La recherche aujourd'hui se concentre non plus sur le gain d'années de vie en absolu, mais sur les déterminants du bien-vieillir, afin de favoriser le bien-être et la qualité de vie jusqu'aux dernières années de vie. Ce chapitre vise à : 1) présenter l'état des connaissances actuelles sur les effets du vieillissement sur le cerveau et la cognition ; 2) rendre compte des principaux facteurs sociaux et environnementaux qui influencent le vieillissement cognitif ; 3) exposer les interventions cognitives visant à le prévenir ou à le ralentir.

1. Le vieillissement cognitif

Le vieillissement cognitif est caractérisé par des changements sur le plan des capacités cognitives liés aux modifications structurelles et neurophysiologiques qui s'opèrent avec l'avancée en âge.

1.1. Les changements cérébraux

Au cours du processus de vieillissement normal, des changements cérébraux sont retrouvés dans la matière grise (composée principalement des corps cellulaires des neurones) et la matière blanche (constituée de fibres, appelées axones, qui assurent la conduction de l'influx nerveux) [Salat et al., 2004]. Dès l'âge de 30 ans, une atrophie progressive s'observe dans plusieurs régions corticales (Fox et Schott, 2004). Avec l'avancée en âge, cette atrophie est qualifiée de modérée pour le lobule pariétal supérieur et le gyrus temporal inférieur et de sévère pour le cortex préfrontal (Raz et al., 2004). Elle est en partie la conséquence de la mort des neurones et d'une diminution de leur taille et de la densité synaptique. Quant à la matière blanche, son volume diminue de manière beaucoup plus importante, comparativement à la matière grise. Cette perte est observée dans le gyrus précentral, le gyrus rectus et le corps calleux (Salat et al., 2004).

1.2. Les changements cognitifs

Ces transformations physiologiques et morphologiques qui caractérisent le vieillissement cérébral entraînent des répercussions sur les capacités cognitives. Si certaines capacités, comme le vocabulaire, résistent relativement bien aux effets de l'âge et peuvent même s'améliorer, d'autres capacités, telles que la mémoire de travail et la vitesse de traitement, diminuent progressivement avec l'avancée en âge (pour des revues, voir Park et Reuter-Lorenz, 2009 ; Salthouse, 2012).

1.2.1. Les capacités qui déclinent avec l'âge

Le déclin cognitif associé au vieillissement est retrouvé dans plusieurs domaines (Hartshorne et Germine, 2015). Une diminution de la vitesse de traitement est classiquement rapportée (Salthouse, 1996). Cette capacité correspond à la rapidité nécessaire pour effectuer les activités cognitives. Elle commence à diminuer progressivement à partir de la trentaine. Ensuite, une baisse des capacités attentionnelles est également observée lors de la réalisation de tâches d'attention complexes, comme celles nécessitant les capacités d'attention sélective, qui permettent de se concentrer sur des informations spécifiques dans l'environnement tout en ignorant les informations non pertinentes, ou celles d'attention partagée, qui permettent de se concentrer sur plusieurs tâches simultanément. Les capacités de mémoire de travail montrent elles aussi une diminution avec l'âge. À mesure qu'elle avance en âge, la personne éprouve de plus en plus de difficulté à

Si certaines capacités, comme le vocabulaire, résistent relativement bien aux effets de l'âge et peuvent même s'améliorer, d'autres capacités, telles que la mémoire de travail et la vitesse de traitement, diminuent progressivement avec l'avancée en âge.

conserver momentanément des informations en mémoire tout en manipulant simultanément ces informations. On observe également dès la trentaine un déclin progressif des capacités en mémoire épisodique, c'est-à-dire des capacités permettant de se souvenir d'événements personnellement vécus dans un contexte spatial et temporel précis. Plus spécifiquement, l'effet de l'âge est visible dans les processus d'encodage de nouvelles informations et de récupération des informations apprises, alors que le stockage des informations apprises avec succès est préservé. On retrouve également au fil du temps un déclin des capacités exécutives, dont la flexibilité et l'inhibition, ainsi qu'un léger déclin des capacités visuoconstructives.

1.2.2. Les capacités préservées jusqu'à un âge avancé

Un certain nombre de capacités cognitives résistent très bien aux effets de l'âge jusqu'à un âge avancé. D'abord, la mémoire à court terme et la mémoire sémantique sont relativement bien préservées tout au long de la vie, bien qu'un léger déclin soit observé vers la fin. La mémoire procédurale, qui est la mémoire des habiletés motrices et cognitives, reste quant à elle inchangée tout au long de la vie. Les capacités langagières résistent également bien aux effets du vieillissement. Le vocabulaire demeure stable et s'améliore même avec le temps. L'accès lexical aux mots désignant des images d'objets concrets demeure également jusqu'à l'âge de 70 ans, puis décline au cours des années suivantes. Enfin, les capacités visuospatiales restent intactes tout au long de la vie. Ces capacités bien préservées au cours du processus de vieillissement ne peuvent néanmoins être observées qu'en contexte de tâches qui ne sollicitent pas les capacités visuomotrices, ces dernières se révélant davantage vulnérables aux effets de l'âge (De Bruin et al., 2016).

1.3. Les modèles du vieillissement cognitif

Pour expliquer les changements cognitifs qui s'opèrent avec l'âge, deux grandes hypothèses ont été proposées. Pour Salthouse (1996), le déclin cognitif s'explique par le ralentissement de la vitesse de traitement. La diminution globale de la rapidité motrice, sensorielle et cognitive réduirait ainsi les capacités à exécuter différentes tâches chez les personnes âgées. Une autre hypothèse, l'hypothèse exécutive-frontale du vieillissement cognitif, soutient que les changements

structuraux et fonctionnels se produisant dans le cortex préfrontal conduisent à un déclin des capacités exécutives qui entraîne des déficits cognitifs plus généraux (West, 1996). Prises isolément, ces hypothèses ne peuvent expliquer l'ensemble des changements cognitifs liés au vieillissement. Elles sont donc davantage complémentaires qu'opposées.

2. Les facteurs qui influencent le vieillissement cognitif

Si le vieillissement affecte de façon sélective les fonctions cognitives, il existe également une grande hétérogénéité interindividuelle quant aux effets de l'âge sur le cerveau et la cognition. Si une partie de cette hétérogénéité est attribuable à un déterminisme génétique menant, par exemple, à des différences de volume cérébral d'un individu à l'autre, une autre partie s'expliquerait par l'influence de facteurs sociaux et environnementaux.

2.1. Les facteurs génétiques

Plusieurs études ont cherché à quantifier la part des facteurs génétiques pouvant expliquer la variabilité interindividuelle associée aux changements cognitifs liés à l'âge. Ces études concluent que 60 % de cette variabilité peuvent être attribués à des différences génétiques (McClearn et al., 1997).

2.2. Les facteurs sociaux et environnementaux

De nombreuses études épidémiologiques ont mis en évidence le fait qu'un niveau de scolarité élevé est associé à un meilleur fonctionnement cognitif (Wilson et al., 2009 ; pour une revue, voir Lenahan et al., 2015). Néanmoins, d'autres facteurs favorisent également la préservation des capacités cognitives face aux effets du vieillissement. Plusieurs études épidémiologiques ont montré que la pratique d'activités cognitivement stimulantes au milieu et à la fin de la vie est associée à de meilleures performances cognitives pour ce qui est de la mémoire de travail, de la mémoire épisodique, de la vitesse de traitement et du fonctionnement exécutif ainsi qu'à un risque réduit de déclin cognitif (pour une méta-analyse, voir Yates et al., 2016). Plus précisément, les bénéfices cognitifs ont été mis en évidence pour la pratique de casse-têtes de type sudoku, de jeux informatiques (Ferreira et al., 2015), de jeux de société classiques tels que les échecs (Lillo-Crespo et al., 2019) et d'une activité musicale au long cours (Hanna-Pladdy et MacKay, 2011). Plus récemment, les résultats d'une étude longitudinale de 14 ans montrent une diminution significative du risque de présenter un déclin cognitif chez les personnes âgées s'adonnant quotidiennement à la lecture (Chang et al., 2021).

L'environnement social jouerait également un rôle non négligeable dans la trajectoire du vieillissement cognitif. Une étude longitudinale a montré que les personnes âgées

qui bénéficiaient d'un haut niveau de soutien émotionnel présentaient des performances cognitives plus élevées lorsqu'elles étaient évaluées sept ans plus tard (Seeman et al., 2001). Ces résultats donnent à penser que l'environnement social de ces personnes peut représenter un facteur de protection face au déclin cognitif. Cet effet pourrait s'expliquer par une hypothèse selon laquelle la qualité du soutien émotionnel que peuvent offrir les proches influencerait la réactivité physiologique liée au stress et ainsi limiterait les effets négatifs du stress sur les capacités cognitives (McEwen et Sapolsky, 1995).

Enfin, les événements majeurs de la vie sont susceptibles de moduler les effets de l'âge sur la cognition. Parmi ces événements, la retraite représente une période de transition majeure qui peut s'avérer critique dans le vieillissement. Les études longitudinales s'intéressant à l'effet de la retraite sur le déclin cognitif lié à l'âge rapportent un impact négatif notamment sur le plan de la vitesse de traitement et des capacités exécutives (pour un exemple récent, voir Gosselin et Boller, 2022). Fait intéressant, une autre étude a montré que les travailleurs qui partaient à la retraite après avoir exercé des activités à forte demande cognitive (Fisher et al., 2014) présentaient de plus faibles taux de déclin cognitif à la retraite.

Ces résultats des études sur les facteurs génétiques et environnementaux du vieillissement cognitif sont particulièrement encourageants pour l'élaboration de stratégies de prévention du déclin cognitif ou de résilience face aux effets de l'âge sur le cerveau.

2.3. Les modèles de résilience

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer que certains individus résistent davantage que d'autres aux effets de l'âge sur le cerveau et la cognition. Récemment, Stern et al. (2023) ont proposé de retenir trois différents modèles (la maintenance cérébrale, la réserve cérébrale et la réserve cognitive) pour expliquer ces phénomènes de résilience.

2.3.1. La maintenance cérébrale

La maintenance cérébrale fait référence à des mécanismes d'entretien du cerveau qui limitent les changements neurophysiologiques au fil du temps et par conséquent participent à la préservation des capacités cognitives jusqu'à un âge avancé (Nyberg et al., 2012). Ces mécanismes seraient à l'œuvre chez les individus dont les capacités cognitives semblent ne pas subir les effets de l'âge, phénomène qualifié en anglais de *successful aging* et en français, de *vieillesse optimale* (Rowe et Kahn, 1997).

2.3.2. La réserve cérébrale

La réserve cérébrale réfère à des caractéristiques génétiquement déterminées telles que le volume du cerveau et le nombre de neurones et de synapses qui le composent. Selon ce modèle, les symptômes cognitifs se manifestent lorsque le niveau d'atteintes lésionnelles dépasse le seuil de tolérance déterminé par ces caractéristiques. En d'autres mots, un gros cerveau tolérerait une plus grande quantité de lésions cérébrales qu'un cerveau plus petit.

2.3.3. La réserve cognitive

La réserve cognitive (Stern, 2002; pour une revue en français, voir Ducharme-Laliberté et al., 2015) est une propriété du cerveau qui permet d'obtenir des performances cognitives meilleures que celles attendues compte tenu du degré de changements cérébraux associés à un âge donné. Elle fait référence au potentiel de plasticité et de réorganisation du cerveau lui permettant de maintenir ses capacités cognitives face aux changements cérébraux associés à l'âge. Plusieurs déterminants sociaux sont proposés à titre d'indicateurs de la réserve cognitive, tels que le nombre d'années de scolarité (Le Carret et al., 2003) ou le niveau de complexité de l'emploi (Boots et al., 2015).

Ces résultats des études sur les facteurs génétiques et environnementaux du vieillissement cognitif sont particulièrement encourageants pour l'élaboration de stratégies de prévention du déclin cognitif ou de résilience face aux effets de l'âge sur le cerveau. Si l'idée de mettre au point des interventions géniques pour promouvoir les phénomènes de résilience est une piste de recherche future, celle de reproduire les effets bénéfiques des facteurs environnementaux représente une stratégie de prévention directement expérimentable aujourd'hui. Il est intéressant de noter que plusieurs similarités ont été identifiées entre les mécanismes fonctionnels de la réserve cognitive et ceux mis en œuvre durant les interventions cognitives chez les personnes âgées (pour une revue en français, voir Boller et Belleville, 2016). Ces résultats s'avèrent particulièrement encourageants quant à la possibilité de construire une réserve cognitive tardive durant le vieillissement.

3. Les interventions visant à prévenir ou à ralentir le vieillissement cognitif

De nombreuses études portant sur les interventions cognitives ont montré des gains cognitifs dans plusieurs domaines et une diminution du risque de déclin cognitif (pour une revue en anglais, voir Krivanek et al., 2021; pour une revue en français, voir Boujut et Belleville, 2019). Certains des résultats les plus impressionnants ont été rapportés dans l'étude ACTIVE, qui incluait plus de 2 800 personnes âgées de 73 ans en moyenne. Après dix séances d'entraînement cognitif (mémoire, raisonnement ou vitesse de traitement), des améliorations cognitives

ont été constatées dans le domaine entraîné. Après deux ans, ces améliorations ont été maintenues pour chacun des types d'entraînement (Ball et al., 2002). Après dix ans, elles ont été conservées chez ceux dont l'entraînement a porté sur la vitesse de traitement ou le raisonnement (Rebok et al., 2014). Bien qu'impressionnants, ces résultats sont à nuancer compte tenu de la possible présence d'un biais quant à la représentativité des participants et de la généralisation de ces résultats à l'ensemble de la population. En effet, l'une des limites des études à la fois interventionnelles et longitudinales est liée au fait que seules sont étudiées les performances des participants qui n'ont pas abandonné l'intervention en cours de route et qui acceptent d'être à nouveau évalués 10 années plus tard. Il ne serait pas étonnant d'observer que ces participants présentent davantage de facteurs de protection que la population de référence.

La question de la durabilité et de la généralisation des gains cognitifs observés reste, cependant, sans réponse, la plupart de ces études se penchant sur les effets à très court terme de ces programmes [programmes informatisés d'entraînement cognitif].

3.1. L'apprentissage de stratégies cognitives

Ce type d'intervention vise l'amélioration des performances cognitives grâce à l'utilisation de stratégies apprises. Appliquées au domaine de la mémoire, ces stratégies impliquent d'apprendre à utiliser d'autres façons d'encoder les nouvelles informations puis de récupérer les informations mémorisées. Le plus souvent, les procédés mnémoniques mobilisent des types de mémoires préservées dans le vieillissement telles que la mémoire sémantique ou la mémoire procédurale pour enrichir l'encodage et ainsi faciliter la récupération. L'une des stratégies de mémoire les plus couramment employées est la méthode des lieux. Cette stratégie utilise une combinaison de procédés mnémoniques tels que l'imagerie mentale, la bizarrerie et la méthode des tables de rappel portant sur des lieux familiers. Plusieurs études ayant eu recours à cette stratégie ont montré une amélioration de la performance en mémoire épisodique chez les personnes âgées (pour un exemple récent, voir Boller et al., 2021). D'autres études ont fait état de bénéfices de l'apprentissage combiné de plusieurs types de stratégies de mémoire et de la pratique de ces stratégies sous la forme d'exercices à la maison. Par exemple, des gains ont été observés en mémoire épisodique et dans l'utilisation de stratégies dans la vie quotidienne chez des personnes âgées qui ont suivi le programme MEMO (Méthode d'entraînement pour mémoire optimale) [Belleville et al., 2006; Belleville et al., 2018]. Ce programme implique l'apprentissage

d'une gamme de stratégies de mémoire telles que l'association visage-nom, l'imagerie interactive, la méthode des lieux, la hiérarchisation du texte et l'élaboration sémantique. Il fournit également des informations psychoéducatives sur le vieillissement cognitif et comprend des éléments favorisant l'auto-efficacité et la généralisation.

3.2. L'entraînement des processus cognitifs

Plusieurs études ont rapporté des gains cognitifs associés à l'entraînement des processus cognitifs chez les personnes âgées. Des résultats particulièrement intéressants font ressortir que les compétences de coordination de ces personnes pour la réalisation de double tâche, comme exécuter de façon concomitante une tâche de discrimination visuelle et une tâche de résolution de problème, par exemple, pouvaient être améliorées avec des programmes combinant un entraînement en attention focalisée et en attention divisée (Strobach et al., 2015) et que les capacités d'attention divisée pouvaient également être améliorées en utilisant un entraînement basé sur la modulation attentionnelle (Bier et al., 2014). En apprenant à prioriser une tâche par rapport à une autre, les participants âgés ont montré une plus grande amélioration de la performance en double tâche grâce à un entraînement à priorité variable, comparativement à un entraînement à priorité fixe.

Par ailleurs, avec les développements des technologies de l'information, une approche de plus en plus populaire en clinique consiste à utiliser des logiciels pour l'entraînement cognitif. Ces programmes informatisés offrent une importante flexibilité : ils sont faciles d'accès et permettent le contrôle des paramètres et des conditions d'entraînement. Il est important de noter que la plupart de ces programmes reposent sur la répétition et/ou l'augmentation progressive du niveau de difficulté. De nombreuses études ont mis en évidence une amélioration des performances cognitives chez les personnes ayant suivi ces programmes informatisés d'entraînement cognitif, dans des domaines tels que la mémoire épisodique, la mémoire de travail, la vitesse de traitement et les capacités visuospatiales (pour une méta-analyse, voir Lampit et al., 2014). La question de la durabilité et de la généralisation des gains cognitifs observés reste, cependant, sans réponse, la plupart de ces études se penchant sur les effets à très court terme de ces programmes sans s'intéresser aux possibles effets de transfert à d'autres fonctions cognitives ou aux activités de la vie quotidienne (Edwards et al., 2017; Rebok et al., 2014).

L'avènement des nouvelles technologies rend possible aujourd'hui de revisiter les stratégies d'intervention cognitive chez les personnes âgées. Parmi les nouvelles approches innovantes, la réalité virtuelle représente une avenue particulièrement prometteuse. Par son caractère immersif ainsi que sa capacité à reproduire de manière réaliste différentes situations de la vie quotidienne, elle offre la possibilité de réaliser

Bien que le processus de vieillissement cognitif demeure inévitable, la pratique d'activités cognitivement stimulantes ainsi que l'implication sociale exercent une influence favorable sur le maintien de la santé cognitive chez les personnes âgées.

des tâches cognitives dans des conditions expérimentales possédant une très grande validité écologique. L'efficacité des outils de réalité virtuelle repose sur leurs capacités à générer un sentiment de présence ainsi qu'à réduire le plus possible les cybermalaises chez les utilisateurs. Ces outils, en reproduisant un environnement réaliste, permettent d'évaluer si les bénéfices des interventions cognitives se transfèrent dans des tâches proches de celles du quotidien. Dans ce contexte, des tâches développées en réalité virtuelle ont permis de mettre en évidence des effets de transfert de programmes d'entraînement ciblant la mémoire épisodique ou les capacités de modulation attentionnelle (Bier et al., 2014; Boller et al., 2021; Corriveau Lecavalier et al., 2020; Ouellet et al., 2020). Étant donné que l'entraînement cognitif vise à maintenir ou à améliorer le degré d'autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, ces outils représentent une opportunité prometteuse pour objectiver les bénéfices associés aux interventions dans des situations proches de l'environnement quotidien des personnes âgées. Néanmoins, la transférabilité des gains cognitifs observés lors d'entraînements en réalité virtuelle vers de meilleures capacités fonctionnelles à réaliser des activités quotidiennes en situation réelle demeure peu appuyée (pour une discussion, voir Boller et Ansado, 2019).

3.3. Les interventions basées sur la pratique de loisirs cognitivement stimulants

Les études épidémiologiques montrent que les activités professionnelles ou de loisirs cognitivement stimulantes sont favorables pour le cerveau et la cognition quand elles ont été réalisées tout au long de la vie. Ces résultats, combinés à ceux des études interventionnelles mettant en évidence des gains cognitifs chez les personnes âgées, incitent à vérifier si ces effets peuvent être observés pour des approches qui s'apparentent davantage au type de stimulation cognitive qu'un individu peut recevoir dans sa communauté à des âges avancés. Par exemple, l'étude Experience Corps (Carlson et al., 2009) a montré que la pratique par des personnes âgées d'une activité nouvelle de mentorat auprès de jeunes enfants dans une école primaire à raison de 15 heures par semaine pendant six mois s'était traduite par une amélioration de la mémoire et des fonctions exécutives. De même, l'étude Synapse Project (McDonough et al., 2015) a montré que l'apprentissage combiné de la photographie et d'un logiciel d'édition de photos chez

des participants aînés à raison de 15 heures par semaine pendant trois mois a eu pour conséquence d'améliorer les capacités en mémoire épisodique. Une autre étude a comparé les effets de trois interventions cognitives différentes : un entraînement cognitif en groupe, des cours de promotion de la santé et un club de lecture favorisant l'engagement social. Ces trois interventions ont mené à une amélioration des performances cognitives, sans différence entre les groupes (Cohen-Mansfield et al., 2015).

De plus, parmi les loisirs cognitivement stimulants, plusieurs études ont mis en évidence des bénéfices cognitifs de l'apprentissage d'une langue seconde chez les personnes aînées sur les plans du fonctionnement cognitif global, de la mémoire de travail et des fonctions exécutives (Bialystok et Craik, 2010; Wong et al., 2019). Dans le même ordre d'idées, l'étude ENGAGE du Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement (CCNV), actuellement en cours, devrait apporter des résultats particulièrement intéressants sur la question des bénéfices cognitifs de la pratique nouvelle de loisirs cognitivement stimulants tels que l'apprentissage de la musique ou d'une nouvelle langue pour le développement de nouvelles capacités de réserve chez les personnes aînées (Belleville et al., 2019).

Ainsi, ces nouvelles approches basées sur la pratique de loisirs cognitivement stimulants sont plus écologiques, plus faciles à transférer dans la communauté et plus représentatives de la vraie vie. Elles pourraient permettre d'évaluer si leurs effets sont de nature à développer de nouvelles capacités de résilience du cerveau.

Un potentiel ingrédient actif susceptible d'expliquer les effets sur la cognition de la pratique d'activités de loisirs cognitivement stimulants est la dimension sociale qui caractérise le plus souvent ces loisirs. De nombreuses études visant à promouvoir l'engagement social pour améliorer la santé cérébrale et la cognition rapportent le rôle déterminant des interactions sociales sur le maintien des capacités cognitives avec l'âge (pour une revue, voir Boss et al., 2015). Ces quelques résultats sont à prendre en considération pour optimiser les effets des interventions basées sur la pratique de loisirs cognitivement stimulants susceptibles de prévenir ou de ralentir les effets de l'âge sur la cognition.

En conclusion, la hausse de la prévalence du déclin cognitif liée à l'allongement de la vie de la population vieillissante nécessite le développement de mesures de prévention et d'intervention auprès des personnes aînées. Bien que le processus de vieillissement cognitif demeure inévitable, la pratique d'activités cognitivement stimulantes ainsi que l'implication sociale exercent une influence favorable sur le maintien de la santé cognitive chez les personnes aînées. Pour prévenir le déclin cognitif, il s'avère ainsi essentiel de considérer l'individu à titre d'acteur actif au sein de sa propre trajectoire de vieillissement cognitif et de promouvoir des interventions cognitives qui favorisent le développement de capacités de résilience jusqu'à des âges avancés.

PRATIQUES INNOVANTES EN MATIÈRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE POUR LES PERSONNES ÂÎNÉES VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR

D^r Carol Hudon, Ph. D.,
psychologue, neuropsychologue,
et **Philippe Voyer**, Ph. D.
(sciences infirmières)

Selon les projections les plus récentes de l'Institut de la statistique du Québec (2022), la province sera témoin d'ici 2041 d'une augmentation de 10 % de sa population, et le groupe qui connaîtra la plus grande croissance (41 %) sera celui des individus âgés de 65 ans et plus. Ce contexte démographique s'accompagnera d'une augmentation des besoins de places en établissements offrant des services d'hébergement et de soins de longue durée. En 2011, on dénombrait 77 000 personnes hébergées dans ces milieux (p. ex., centres d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD], ressources intermédiaires). Si aucune avancée majeure n'est réalisée en ce qui concerne la prévention ou le traitement de problèmes de santé chroniques (p. ex., diabète, cancer, troubles neurocognitifs), en 2050, ce seront plus de 196 000 personnes qui auront besoin de pareilles places (Laliberté-Auger et al., 2015).

Au Québec, la plupart des CHSLD font partie de la catégorie des établissements dits conventionnels. Or, la pandémie de COVID-19 a durement exposé la précarité des conditions de vie des personnes âgées vivant dans un CHSLD. Entre le 23 février et le 11 juillet 2020, 69 % des 5 643 décès liés à la COVID-19 au Québec l'ont été dans ce type d'établissement (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2020). L'importance de la qualité du milieu de vie et de son approche soignante s'est imposée à l'ensemble de la société.

Les modèles novateurs d'hébergement et de soins de longue durée proposent une philosophie de type humaniste qui est centrée sur la personne et son autodétermination. Toutes les pratiques et tous les services sont adaptés et personnalisés aux besoins individuels des résidents, incluant ceux des personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM). Les exemples les plus connus de modèles novateurs sont, entre autres, le village Alzheimer aux Pays-Bas (Glass, 2014 ; Van Amerongen-Heijer, 2013), le *Green House Project* aux États-Unis (Cohen et al., 2016) et le *Green Care Farm* (De Boer et al., 2018) dans plusieurs pays. Dans ces établissements, les possibilités d'autodétermination, le sentiment de dignité et les occasions d'intégration et de participation sociales sont accrus chez les résidents. Fait à noter, c'est au sein des établissements novateurs que l'on observe chez les personnes hébergées les meilleurs résultats sur des variables comme le maintien de l'autonomie et des capacités cognitives, la qualité de la santé physique et psychologique (p. ex., anxiété et dépression) et la qualité de vie, y compris chez les résidents ayant un TNCM (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018). On remarque également chez ces derniers une réduction des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), tels l'agitation, les hurlements, l'apathie, la résistance aux soins ou la désinhibition. De plus, on a constaté dans les établissements novateurs des taux plus bas d'infections et de décès liés à la COVID-19 que dans les établissements conventionnels (Zimmerman et al., 2021). Dans l'ensemble, donc, les milieux d'hébergement et de soins novateurs sont associés à de nombreux bénéfices pour les résidents, y compris les plus vulnérables (p. ex., problèmes médicaux complexes, TNCM), comparativement aux établissements conventionnels. Les bénéfices s'observent également chez les employés et le personnel de soins, et ce, sous diverses facettes : sentiment d'appartenance, enthousiasme face au déploiement de services et aux soins, meilleure collaboration interprofessionnelle, etc. (Verbeek et al., 2020)

Au Québec, la volonté d'améliorer la qualité de l'hébergement et des soins de longue durée s'incarne dans le projet des maisons des aînés et alternatives (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021). Le présent article résumera d'abord l'approche au centre des pratiques innovantes en matière d'hébergement et de soins de longue durée, lesquelles

Les modèles novateurs d'hébergement et de soins de longue durée proposent une philosophie de type humaniste qui est centrée sur la personne et son autodétermination.

ont pour but de mieux répondre aux besoins psychologiques, sociaux et affectifs des résidents (Voyer, 2020). Ensuite, ces pratiques seront discutées dans la perspective de la gestion des SCPD des résidents vivant avec un TNCM, plus spécifiquement.

1. Approche milieu de vie

L'approche fondamentale des milieux novateurs est celle appelée *milieu de vie*. Cette approche repose sur sept principes (INESSS, 2018) : **i**) tenir compte des caractéristiques, besoins et préférences des résidents pour toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement ; **ii**) favoriser le maintien et le renforcement des capacités des résidents ainsi que leur développement personnel ; **iii**) prioriser la qualité de vie avant la qualité des pratiques de soins ; **iv**) soutenir l'interaction des résidents avec d'autres acteurs (participation sociale) et favoriser leur implication dans la prise de décisions partagées ; **v**) avoir droit à un milieu de qualité en ce qui a trait aux soins et aux services ; **vi**) respecter l'identité, la dignité, l'intimité, la sécurité et le confort des résidents ; **vii**) prévoir des mécanismes d'adaptation des pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles.

Force est toutefois d'admettre que l'implantation et l'exploitation des établissements novateurs soulèvent des défis. Un premier est la conciliation entre la philosophie de soins conventionnelle, centrée sur la sécurité et la rigidité des pratiques, et une philosophie davantage centrée sur la liberté et la flexibilité (Voyer et al., 2022b). Un second défi découle de la volonté de créer un lieu et un mode de vie familiers, se rapprochant le plus possible de celui du domicile. Or, cette volonté peut entrer en conflit avec le souhait d'offrir un environnement sécuritaire et respectueux des besoins de tous et de chacun. Par exemple, même si les défis sont moindres que dans les CHSLD conventionnels, la réponse aux besoins individuels (regarder la télévision la nuit) peut entrer en conflit avec la réponse aux besoins collectifs (profiter d'un milieu calme la nuit) [Armstrong et Lowndes, 2018 ; INESSS, 2020]. De plus, la cohabitation avec d'autres résidents entraîne un enjeu lié au besoin d'intimité (physique, sociale) et de confidentialité. Finalement, outre la priorisation de la qualité de vie des résidents, le bien-être des acteurs (soignants, bénévoles, préposés, etc.) doit être considéré. Certaines tâches effectuées par les proches aidants peuvent interférer avec le travail du personnel, et cette situation peut générer des tensions.

Afin de relever les défis de l'approche milieu de vie, une pratique courante et recommandée est de reconstituer, avec l'aide d'un proche, l'histoire de vie du résident. Ici, le psychologue peut jouer un rôle central étant donné la nature de sa formation professionnelle. Une autre pratique centrale concerne l'aménagement des espaces privés et communs au sein de l'établissement.

1.1. Arrière- et avant-scène

Dans un établissement aux pratiques innovantes, un élément d'aménagement central est le fait de séparer le milieu de vie des résidents (avant-scène) des espaces qui relèvent plutôt d'un lieu de travail ou d'opérations pour les employés (arrière-scène). Ainsi, avant tout, il importe que les lieux ressemblent le plus possible à un milieu de vie « naturel » ou familial. En ce sens, une première pratique est que le personnel ne porte aucun uniforme ; les employés portent plutôt leurs vêtements usuels afin de normaliser davantage les lieux. Quant aux postes infirmiers et aux bureaux administratifs, ils sont dissimulés ; il en va de même pour les chariots servant à transporter le matériel de soins et de protection ou les lève-personnes. Au besoin, des stratégies de camouflage ou des trompe-l'œil peuvent être utilisés pour masquer des portes ou des armoires qui donnent accès aux espaces de travail ou au matériel de soins (voir photo 1). Lorsqu'un poste de travail doit être présent en avant-scène, des stratégies peuvent être envisagées, comme par exemple camoufler ce poste dans l'un des meubles ou l'une des armoires de l'espace de vie (voir photo 2). Enfin, pour ses notes évolutives, le personnel soignant utilise des tablettes électroniques. Le camouflage de l'arrière-scène permet de réduire des bruits (p. ex., alarmes pour le personnel de soins) qui causent distractions et stress chez les résidents.

En ce qui concerne l'avant-scène, elle se compose essentiellement du milieu de vie (maisonnées, espaces communs et participatifs, espaces privés et familiaux) des résidents.

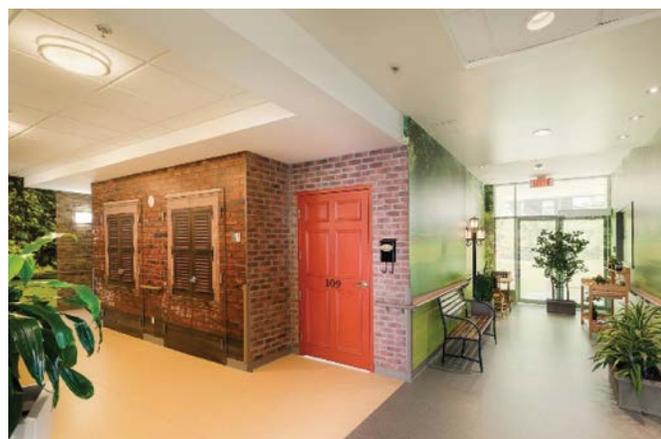


Photo 1 : Stratégie de camouflage à la Maison l'étrincelle



Photo 2 : Camouflage d'un poste de travail au village Alzheimer des Pays-Bas

1.2. Maisonnées, salles thématiques et espaces participatifs collectifs

En avant-scène, une pratique hautement recommandée est de créer des maisonnées d'une douzaine de chambres au centre desquelles on retrouve des lieux collectifs comme une salle à manger, un salon et une verrière (qui permet de laisser entrer la lumière naturelle). Un exemple de maisonnée est illustré sur la photo 3. Dans la mesure du possible, les maisonnées devraient réunir des résidents qui ont des profils similaires en fait de condition de santé (p. ex., toutes des personnes vivant avec un TNCM), d'éducation (p. ex., tous des universitaires), d'expériences passées (p. ex., catégories d'emploi similaires) et de préférences partagées (p. ex., les voyages, le sport). Cette pratique vise à stimuler le dialogue ou les conversations entre les personnes hébergées (Voyer et al., 2022c).

Une autre pratique est de créer des salles thématiques au sein même des maisonnées ou ailleurs dans l'avant-scène. On peut penser à une salle de lavage où des serviettes sont accessibles et prêtes à être pliées, à une pouponnière dans laquelle il y a poupées, bassinet et table à langer, à la présence de balais dans certains espaces (p. ex., la cuisine commune), etc. (voir photo 4). Ces aménagements ont pour but de stimuler et de maintenir les activités occupationnelles des résidents.



Photo 3 : Exemple de maisonnée à la résidence Humanitair



Photo 4 : Exemple de salle thématique à la résidence Humanitæ

Les salles ou espaces thématiques brisent l'ennui et deviennent ainsi plus stimulants qu'errer ou chercher à fuir les lieux. Dans le même ordre d'idées, on peut envisager à différents endroits de l'avant-scène l'installation de cadres et de photos qui illustrent des périodes de vie (p. ex., des voitures anciennes) ou des intérêts des résidents (p. ex., des hockeyeurs connus soulevant la coupe Stanley). Ces éléments ont ainsi pour fonction de stimuler la réminiscence de souvenirs même vagues ou imprécis.

À l'extérieur des maisonnées, mais toujours dans l'avant-scène, les établissements innovants proposent des espaces pour stimuler la vie en collectivité et donc, la participation sociale. En général, ces espaces sont situés au rez-de-chaussée de l'établissement ou dans une zone extérieure clôturée et sécurisée. À l'extérieur se trouve souvent une ferme où il est possible de voir des animaux et d'en prendre soin. Fréquemment aussi, on inclut des jardins où les résidents peuvent désherber et entretenir des plates-bandes. À l'intérieur, on peut envisager un espace bistro ou café, une salle de type magasin général, des espaces grands et aérés pour des activités comme le chant, la danse, le bricolage, etc. (voir photo 5)



Photo 5 : Exemple d'espace thématique et participatif à la résidence Humanitæ

1.3. Personnalisation des espaces privés et présence d'espaces familiaux

La personnalisation des espaces de vie passe inévitablement par l'aménagement des chambres (l'espace privé) des résidents. Ainsi, en s'appuyant sur la reconstitution de l'histoire de vie des résidents, les chambres contiennent du mobilier (p. ex., table de chevet, commode) personnel et familial. On permet aussi aux résidents d'intégrer des objets significatifs comme des photos, des cadres, des livres, etc. Par ailleurs, on cherche à personnaliser les portes des chambres des résidents en installant des objets ou des photos qui évoquent facilement des souvenirs de vie. Ces objets permettent aux résidents de retrouver plus facilement leur espace privé. Enfin, chaque chambre a sa salle de bain personnelle, qui inclut une douche à l'italienne pour faciliter les activités d'hygiène dans un contexte où une majorité de résidents est en perte d'autonomie. Il est crucial d'impliquer des proches dans le choix des objets significatifs et dans la reconstitution de l'histoire de vie de la personne hébergée. De plus, en ce qui a trait au mobilier, il faut prévoir des objets facilement déplaçables pour être en mesure de s'adapter à toute détérioration de l'autonomie du résident (Voyer et al., 2022c).

L'accueil et l'inclusion des proches aidants naturels (famille, amis) contribuent bien sûr au bien-être de ces derniers, mais cette pratique favorise également le bien-être, la qualité de vie et l'autodétermination des résidents. Les proches aidants doivent se sentir bienvenus et ils doivent pouvoir participer aux soins et services offerts à leur proche (le résident). En ce sens, les établissements innovants prévoient des salles familiales pour permettre la socialisation entre le résident et son conjoint ou sa conjointe, ses enfants, ses petits-enfants et ses amis. Ces espaces doivent idéalement inclure un coin de jeux pour les enfants. L'établissement doit aussi prévoir des espaces supplémentaires si un proche veut prendre le repas avec une personne hébergée. Enfin, des milieux d'échanges entre le résident, ses proches et le personnel de soins doivent être envisagés. Il peut s'agir d'une salle où tous les acteurs peuvent discuter des soins et services à prodiguer (ou à adapter) selon un mode de prise de décision partagée.

2. Gestion des symptômes comportementaux et psychologiques

Selon l'état des connaissances actuelles (INESSS, 2018), comparativement aux CHSLD conventionnels, les résidents d'un centre innovant d'hébergement et de soins de longue durée manifestent moins d'agitation verbale, d'anxiété et d'agressivité, y compris ceux vivant avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM). On y constate également une réduction de l'occurrence d'errance intrusive ou du syndrome crépusculaire (c.-à-d. une désorientation, une angoisse, une agressivité ou une agitation à la fin de la journée). La deuxième section explicitera les fondements théoriques de ces observations.

Il y a déjà 50 ans maintenant, Lawton (1973) a proposé l'existence d'une relation étroite entre l'environnement et le comportement des personnes âgées vivant avec un TNCM. Ainsi, la présence de stressseurs comme la surstimulation (bruits environnants trop fréquents ou trop forts) ou la sous-stimulation (isolement social, absence d'activités participatives) peut favoriser l'occurrence de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Au sein des milieux novateurs, le fait de séparer (ou de rendre non visible) l'arrière-scène diminue la fréquence des interactions négatives entre les résidents et le personnel de l'établissement. Notamment, il devient beaucoup moins fréquent d'interdire l'accès à une porte ou à un espace de travail (p. ex., un poste d'infirmières) aux résidents, et ceux-ci se sentent moins brimés ou restreints dans leurs déplacements. D'autre part, les espaces personnalisés, participatifs et collectifs offrent des occasions de stimulations sociales et occupationnelles.

Le modèle de Lawton (1973) pose des postulats généraux à propos des liens entre l'environnement et la manifestation de SCPD. Cependant, chaque personne vivant avec un TNCM est unique en ce sens que la sémiologie clinique diffère d'un individu à l'autre. Ce constat a contribué à la proposition du concept de « triangle d'intensité des services », dans le cadre duquel les services offerts aux résidents varient selon la fréquence et la gravité des SCPD (Brodaty et al., 2003). Il en va de même pour l'aménagement de l'environnement. Un symptôme rare est considéré comme étant de faible intensité, mais un symptôme fréquent et grave est considéré comme étant d'intensité élevée. La prise en compte du contexte d'apparition d'un symptôme vient aussi qualifier la notion d'intensité de la manifestation. Un symptôme comportemental (p. ex., errance intrusive) qui s'est manifesté une fois au cours des quelques derniers mois ne nécessitera pas le même degré d'intervention environnementale qu'un même symptôme qui se serait manifesté quasi quotidiennement durant la même période.

Le triangle d'intensité des services de Brodaty (2003) comporte sept niveaux, et des chevauchements entre les niveaux sont possibles en fonction de la variation de l'intensité des SCPD. Les sept échelons se définissent de la façon suivante : **i)** SCPD en l'absence de trouble cognitif ; **ii)** TNCM sans SCPD ; **iii)** TNCM avec SCPD légers (trouble du sommeil, dépression légère, apathie, propos répétitifs, errance intrusive occasionnelle) ; **iv)** TNCM avec SCPD modérés (dépression majeure, agression verbale, psychose, désinhibition, errance continue) ; **v)** TNCM avec SCPD graves (dépression grave, psychose, cris, agitation sévère) ; **vi)** TNCM avec SCPD très graves (agressivité physique, dépression sévère, idées suicidaires) ; **vii)** TNCM avec SCPD extrêmes (violence physique). Plus le niveau est élevé, plus le recours aux interventions augmente. Selon Brodaty, 90 % des personnes vivant avec un TNCM se retrouvent aux niveaux 2 à 4 de cette échelle, et pour ces niveaux, les psychologues et neuropsychologues sont bien formés pour

[L]'implantation et l'exploitation des établissements novateurs soulèvent des défis. Un premier est la conciliation entre la philosophie de soins conventionnelle, centrée sur la sécurité et la rigidité des pratiques, et une philosophie davantage centrée sur la liberté et la flexibilité.

intervenir. Les neuropsychologues connaissent très bien l'évolution d'un TNCM et ils savent mettre en place des stratégies cognitives de compensation lorsque les troubles cognitifs se manifestent. En collaboration avec les psychologues, qui sont des experts du comportement, des émotions et de la santé mentale, il est aussi possible d'envisager des stratégies de prise en charge de symptômes comme la dépression, les troubles du sommeil et la psychose.

Jusqu'au niveau 4, les milieux innovants comme les maisons des aînés et alternatives sont bien adaptés pour la gestion des SCPD. Mais à partir du niveau 5, des milieux plus spécialisés (p. ex., unité prothétique, c'est-à-dire un environnement fermé où se retrouve un petit nombre de résidents) sont recommandés (Voyer et al., 2022a). Dans la discussion qui suit, l'accent sera mis sur les pratiques innovantes liées à l'environnement pour la gestion des SCPD jusqu'au niveau 4 chez une personne vivant avec un TNCM. Le niveau 1 ne sera pas abordé, car il implique l'absence de TNCM.

Pour les niveaux d'intensité 2 et 3 de cette échelle, les pratiques environnementales efficaces incluent les techniques de camouflage des sorties, les repères visuels pour aider à l'orientation spatiale (p. ex., indications pour trouver un ascenseur, absence de corridors culs-de-sac, électroménagers pour indiquer qu'une salle correspond à une cuisine) ou temporelle (p. ex., présence d'afficheurs indiquant la date et l'heure), les chambres individuelles et personnalisées (avec objets significatifs pour favoriser la réminiscence), les espaces collectifs et familiaux comme une cuisine et un salon et l'accès à un espace extérieur (comportant idéalement un sentier favorisant la marche vers des points d'intérêt). Par ailleurs, l'ambiance du milieu de vie doit être de nature résidentielle et familiale. L'environnement doit comporter des espaces thématiques et participatifs de même que des espaces de détente où il est notamment possible d'écouter de la musique ou de bénéficier d'aromathérapie. Les aménagements trompe-l'œil sont aussi très utiles pour dévier un résident d'un endroit inapproprié (p. ex., l'arrière-scène). Le contrôle de la surstimulation (p. ex., bruits ambiants) est également primordial. À toutes ces pratiques peuvent s'ajouter les notions d'équilibre entre un éclairage indirect et une lumière naturelle, la vue sur l'extérieur en plusieurs endroits de l'établissement, la présence d'animaux ou le contact avec ceux-ci, le non-cirage des planchers pour éviter les reflets, et l'évitement des ombres (Voyer et al., 2022a).

Une étude réalisée auprès de 89 résidents dans six établissements aux États-Unis a identifié trois principaux besoins non satisfaits : **i)** l'ennui et la privation sensorielle ; **ii)** la solitude et le besoin d'interaction sociale ; **iii)** le besoin d'activités significatives.

Au niveau 4 d'intensité des SCPD selon le triangle de Brodaty (2003), les milieux novateurs d'hébergement et de soins de longue durée demeurent adaptés. Cependant, l'accès à une équipe mobile spécialisée en SCPD est très recommandé. Cette équipe s'emploiera à identifier ce qui cause les SCPD chez un résident et elle travaillera avec le personnel de soins pour mettre en place des interventions personnalisées (Voyer et al., 2022a). Évidemment, pour les raisons explicitées précédemment, les psychologues et neuropsychologues spécialisés en gériatrie peuvent faire partie des équipes SCPD mobiles et contribuer à leur travail.

Un autre fondement théorique des bénéfices que procurent les milieux novateurs d'hébergement et de soins de longue durée aux résidents présentant des SCPD est celui du modèle des *besoins non satisfaits* (Algase et al., 1996 ; Cohen-Mansfield, 2000). Selon ce modèle, l'occurrence de SCPD est étroitement associée à la non-satisfaction de besoins essentiels ou à l'incapacité des résidents d'exprimer ces besoins. Les SCPD résulteraient d'un déséquilibre dans l'interaction entre les habitudes passées, les préférences et la personnalité du résident, son état de santé actuel et des conditions environnementales sous-optimales. Une étude réalisée auprès de 89 résidents dans six établissements aux États-Unis a identifié trois principaux besoins non satisfaits : **i)** l'ennui et la privation sensorielle ; **ii)** la solitude et le besoin d'interaction sociale ; **iii)** le besoin d'activités significatives. Ainsi, des comportements ou des symptômes comme l'agitation ou l'errance viseraient en partie à assouvir l'ennui et la solitude. De plus, les vocalisations répétées représenteraient une tentative de communiquer des besoins non satisfaits. Par ailleurs, il a été constaté que l'inconfort et la douleur chez les résidents sont associés à des niveaux plus élevés d'agitation verbale (Cohen-Mansfield et al., 2015) et que l'aménagement des lieux n'a pas de réelle

incidence sur cette association. Toutefois, fait à noter, les interventions et les soins centrés sur la personne vivant avec un TNCM ont des effets significatifs et positifs sur l'utilisation des médicaments psychotropes et sur les symptômes multidimensionnels de l'expérience de la douleur (Li et Porock, 2014). Il est donc recommandé que tout milieu d'hébergement et de soins de longue durée forme son personnel soignant à l'utilisation d'outils d'évaluation des inconforts et des douleurs. À cette fin, la version canadienne-française de la *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC-F ; Aubin et al., 2008) est valide pour évaluer la douleur chez les personnes vivant avec un TNCM hébergées dans un centre de soins de longue durée. Il existe aussi une version abrégée de cette échelle (Poulin et al., 2021).

3. Conclusion

En conclusion, les données empiriques contemporaines ont montré maintes fois les avantages des milieux novateurs d'hébergement et de soins de longue durée chez les résidents vivant avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM). De fait, il est même possible de concevoir que ces milieux représentent une stratégie non pharmacologique efficace pour gérer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) [INESSS, 2018]. Le Québec a fait le choix d'innover en cette matière en développant le modèle des maisons des aînés et alternatives. Des initiatives sont aussi mises en place pour transformer des CHSLD en « centres Alzheimer » innovants (Voyer, 2020). Dans une optique de justice intergénérationnelle et de reconnaissance pour les aînés de notre société, ces transformations sont nécessaires, et ce, bien que les milieux novateurs du secteur public coûtent beaucoup plus cher à construire et à exploiter que les milieux conventionnels (Boily et Gentile, 2022) et que le ratio employés/résident doit être significativement accru. Dans le contexte économique et de pénurie de main-d'œuvre que connaît présentement le Québec, les transformations des établissements d'hébergement et de soins de longue durée soulèvent de nombreux défis. Cela étant dit, plusieurs pays ont fait le choix d'entreprendre pareilles transformations. C'est notamment le cas des États-Unis, l'administration Biden ayant récemment pris le virage de l'innovation en matière d'hébergement et de soins de longue durée (The White House, 2022).

PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE AUPRÈS DES PERSONNES ÂÎNÉES

D^{re} Lise Gagnon, Ph. D.,
psychologue, neuropsychologue,
Romane Duquette-Laplante,
B.A. (psychologie),
Émilie Tassé,
B.A. (psychologie),
et **D^{re} Stéphanie Bourassa**,
D. Ps., psychologue

Note : Les auteures tiennent
sincèrement à remercier
Sylvain Roy, psychologue,
pour son travail de relecture
et ses suggestions pour
enrichir le texte.

*« L'après-midi sait ce que le matin
ne soupçonnait même pas. »*

Proverbe suédois

Introduction

Étant donné le vieillissement de la population québécoise, il est probable que de plus en plus de personnes âgées consulteront en psychologie dans un avenir rapproché. Le vieillissement implique une évolution de la psyché qui peut profiter du support d'un travail psychodynamique. Certains enjeux relevant notamment de l'âgisme peuvent toutefois en avoir limité l'application. Des réflexions théoriques et des travaux de recherche viennent pourtant appuyer la pertinence d'élargir la pratique de la psychothérapie psychodynamique aux personnes âgées. Des études démontrent, en effet, qu'avec le soutien d'une approche psychodynamique, des changements durables peuvent survenir, même à un âge avancé, et même en présence d'un trouble neurocognitif majeur (Bourassa et al., sous presse; Cuijpers et al., 2011; Francis et Kumar, 2013; Roseborough et al., 2013).

Selon l'Institut de la statistique du Québec (2022), les personnes âgées de 65 ans et plus font partie d'un groupe en grande croissance, qui pourrait compter jusqu'à 1,37 million de personnes d'ici 2066. Par le fait même, il est plus que probable que la proportion de personnes de cette tranche d'âge venant consulter en psychologie augmente également.

Étymologiquement, le psychologue est celui qui pratique le langage de l'âme. Hillman (2001) décrit la psychothérapie psychodynamique comme l'approche pour laquelle il importe de ramener la psychologie dans l'âme. Nous verrons comment cela peut être réalisé afin de répondre aux besoins des personnes âgées en particulier.

Les personnes âgées qui souhaitent être accompagnées par un ou une psychologue afin de traiter une souffrance psychique présentent généralement l'une ou plusieurs de trois principales caractéristiques. L'une d'elles est la difficulté à effectuer un travail de deuil ou d'élaboration de la perte (p. ex., Atiq, 2006). Une deuxième caractéristique concerne la recherche d'identité, notamment lorsque l'agir (p. ex., le travail acharné) ne peut plus permettre de fuir certaines angoisses profondes en raison de conditions accompagnant le vieillissement (p. ex., la retraite) [Atiq, 2006; Choudhury et al., 2020; Quinodoz, 2008; Roseborough et al., 2013]. Une troisième caractéristique est le besoin de résoudre certains conflits interpersonnels, notamment avec ses proches (Miller et Silberman, 1996). Hillman (2001) voit dans les déclinés inhérents au grand âge une occasion de vivre un rite de passage qui conduit à une autre façon de vivre, et non à une simple réconciliation avec le passé. La psychothérapie psychodynamique pourrait alors faciliter la construction de sens lié au vieillissement, en libérant l'individu de l'attachement à une identité personnelle en constante évolution (voir également Bar-Tur, 2023).

La psychothérapie psychodynamique se caractérise par un accent porté d'abord sur les affects, par le biais de différentes méthodes d'évaluation et d'intervention que sont : l'exploration des tentatives d'éviter certaines pensées et certaines émotions (soit le travail des résistances et des défenses), l'identification de thèmes et d'enjeux relationnels récurrents, l'exploration des déterminants développementaux et de la nature des relations interpersonnelles (ou relations d'objet et types d'attachement), l'analyse de la relation psychothérapeutique elle-même à titre de vecteur de changement et l'exploration de la vie fantasmatique (notamment via l'association libre) [Gabbard, 2010; McWilliams, 2004; Shedler, 2010].

La psychothérapie psychodynamique proposée aux personnes âgées peut reposer sur la prémisse que le vieillissement n'implique pas de limites en ce qui a trait au potentiel de changement. Si des adaptations doivent par ailleurs être envisagées par les psychothérapeutes, elles concernent essentiellement la comorbidité de préoccupations d'ordre physique

Hillman (2001) voit dans les déclinés inhérents au grand âge une occasion de vivre un rite de passage qui conduit à une autre façon de vivre, et non à une simple réconciliation avec le passé.

(p. ex., maladie physique) et social (p. ex., nombreux deuils) plus importantes chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes (Del Corno et Plotkin, 2017; Nordhus, 2008). Le cadre devra notamment être plus flexible et permettre des accommodements en raison, par exemple, des rendez-vous médicaux plus fréquents ou d'une mobilité réduite. Un travail de collaboration professionnelle pourra alors être plus avisé (Roseborough et al., 2013). La réalité de proche aidance est également un facteur nécessitant une certaine adaptation du cadre. En 2018, environ une personne âgée sur quatre était une personne aidante (Arriagada, 2020). Ce faisant, la personne aidante qui consulte doit toujours planifier son remplacement auprès de son proche le temps de venir en séance, et risque de ne pas pouvoir toujours trouver quelqu'un chaque semaine au même jour et à la même heure (Nordhus, 2008).

Pour les psychothérapeutes d'approche psychodynamique, il sera par ailleurs pertinent de se référer au *Psychodynamic Diagnostic Manual-2 (PDM-2)* (Lingiardi et McWilliams, 2017), qui s'appuie sur les modèles et les théories d'approche psychodynamique et est le premier manuel diagnostique à inclure une section distincte traitant des personnes âgées. Les chapitres 11 à 14 du *PDM-2* sont ainsi consacrés exclusivement au vieillissement. On y retrouve notamment des tableaux décrivant les affects centraux, ce qui caractérise les représentations internes de soi et de l'autre (objet) liées par un affect, ainsi que les principaux mécanismes de défense des personnes âgées qui présentent un trouble de la personnalité, en comparaison avec ce qui est attendu en l'absence d'un tel trouble. Par exemple, en présence d'un trouble de la personnalité narcissique, les affects centraux seront surtout la honte liée aux pertes de capacités associées au vieillissement et l'envie à l'égard des personnes plus jeunes, ce qui pourrait rendre les relations intergénérationnelles plus difficiles et teintées de rancunes. Ces chapitres proposent également des suggestions de traitement et des illustrations de cas. Les auteurs soulignent par ailleurs la nécessité de poursuivre les recherches sur les aspects psychodynamiques du vieillissement.

Un certain âgisme pourrait être à l'origine du peu d'études réalisées jusqu'à ce jour (p. ex., Bar-Tur, 2023; Del Corno et Plotkin, 2017). À ce titre, il aurait longtemps existé une croyance erronée selon laquelle il serait trop tard, une fois âgé, pour réfléchir à ses problèmes ou explorer les origines de ses difficultés (Roseborough et al., 2013), étant devenu trop rigide

et résistant aux changements, une idée soutenue notamment par Freud (Choudhury et al., 2020). Bien que des différences intergénérationnelles continuent de faire l'objet d'études afin d'être mieux comprises, certains auteurs ont aussi affirmé que, comparativement à leurs cadets, les personnes âgées tendraient en fait à présenter une plus grande flexibilité et une plus grande résilience, et que leurs capacités de changement et d'adaptation en psychothérapie ne seraient pas diminuées (Sabey et al., 2020).

Notons également l'existence d'une vision peu nuancée selon laquelle le vieillissement affecterait la mémoire, une capacité cognitive fortement sollicitée par un traitement psychodynamique. Ce sont en fait surtout les processus mnésiques contrôlés qui seraient touchés par le vieillissement, alors que d'autres demeurent relativement préservés, comme les processus mnésiques automatiques (Hedden et Gabrieli, 2004), dont les processus implicites. Les processus mnésiques implicites feraient référence à notre capacité d'acquiescer de nouvelles informations de manière non intentionnelle (Caviezel et al., 2020), voire inconsciente (Cleeremans et al., 1998; Harrison et al., 2007; Meulemans, 2000; White et al., 2014).

Les processus mnésiques implicites sont ainsi associés à l'inconscient (p. ex., Dubreuil et al., 2007; Mancina, 2007). La place donnée à l'inconscient dans la psychothérapie psychodynamique est donc susceptible de faciliter le travail psychothérapeutique réalisé avec les personnes âgées. À ce sujet, Gabbard (2010) relève que la relation psychothérapeute-client de l'approche psychodynamique peut permettre aux patients d'intérioriser des fonctions du psychothérapeute sans utiliser les processus explicites de mémoire (même s'ils demeurent sollicités et utiles avec les personnes âgées). En effet, les interactions avec le psychothérapeute viendraient activer ce que Stern et al. (1998) appellent « le savoir relationnel implicite », soit le savoir qui est lié à la manière d'agir, de penser et de se sentir dans le cadre d'une relation interpersonnelle. Dans la relation psychothérapeutique, le savoir relationnel implicite peut être activé et modifié lors d'événements que les auteurs nomment « moments de rencontre ». Ces moments, spontanés et authentiques, permettraient un changement clinique, au-delà de stratégies et d'interprétations structurées (Stern et al., 1998).

Pour faire suite aux caractéristiques de l'inconscient déjà identifiées par Freud lui-même lorsqu'il mentionnait qu'il est atemporel et aspatial, on ajoutera que le modus operandi de l'espace psychique n'a pas d'âge. Le rêve d'une personne âgée peut bien la représenter à cinq, trente ou cinquante ans. Le symptôme d'une personne âgée ne s'accorde pas plus ou moins de souffrance que lorsqu'il sévit à un plus jeune âge. En clair, l'espace psychique, qui est l'espace sur lequel travaille l'approche psychodynamique, n'a pas d'âge. Si une certaine psychanalyse du moi a tenté de présenter un inconscient

visible dans la lumière, une approche respectueuse de l'inconscient devrait admettre qu'on ne peut faire l'économie d'un voyage au bout de la nuit si l'on veut étudier le papillon nocturne dans son habitat naturel (Roy, 2017). Bosnak (1997) rappelle que l'inconscient [traduction] « bien sûr signifie “je ne sais pas” ou “je ne sais pas de quoi je parle” » (p. 13).

Si la biologie n'est pas l'unique déterminant de l'évolution de la psyché des personnes âgées, elle présente par ailleurs un intérêt certain. Pour Hillman (2001), ce qui se produit dans le corps est également représentatif du caractère et pourrait d'une certaine façon symboliser la vieillesse, voire y donner sens, conférer une signification aux changements provoqués par l'âge. Ainsi, si nos fonctions biologiques font défaut, nous quittent petit à petit, en quelque sorte, c'est peut-être pour nous préparer à quitter ce monde.

Un certain âgisme pourrait être à l'origine du peu d'études réalisées jusqu'à ce jour. [I]l aurait longtemps existé une croyance erronée selon laquelle il serait trop tard, une fois âgé, pour réfléchir à ses problèmes ou explorer les origines de ses difficultés [...]

La psychothérapie psychodynamique exercée auprès des personnes âgées traite par ailleurs la souffrance psychique dans une perspective développementale de la personnalité. Jung fut parmi les premiers théoriciens à décrire le développement de la personnalité comme un phénomène se déroulant sur toute la vie. Et avec le processus d'individuation, son modèle a fait du vieillissement une promotion, au lieu d'un processus de déclin et de perte. Houde (1999) précise que le temps de l'individuation, qui littéralement signifie redevenir indivisible, ne peut se faire que dans la deuxième moitié de la vie et particulièrement au soir de celle-ci. Après avoir été plus ou moins détournée de son monde intérieur par le besoin de répondre aux impératifs sociaux, la personne âgée arrive au temps de sa vie où elle peut plus naturellement retrouver son essence, affiner son caractère. Ce processus d'individuation peut s'opérer « à travers les “symptômes” liés au vieillissement, à l'instar des pertes de tout genre, qui sont à assimiler à des échelles qui facilitent l'accès aux représentations profondes des patients » (Moussa, 2017, p. 401).

Hillman (2001) souligne que les dernières années donnent l'occasion de réviser sa vie, de convertir des souvenirs en histoires, d'éprouver du plaisir en contemplant les images du monde, de reconnaître le lien avec les ancêtres, et propose de déchiffrer les troubles de l'âge pour y discerner des intentions psychologiques, des contributions au caractère : la vieillesse donne le temps de commémorer nos réalisations et d'apprécier l'héritage de ceux qui nous ont instruits.

[C]omparativement à leurs cadets, les personnes âgées tendraient en fait à présenter une plus grande flexibilité et une plus grande résilience, et [...] leurs capacités de changement et d'adaptation en psychothérapie ne seraient pas diminuées.

État des données probantes

Quelques méta-analyses et des revues de littérature ont jusqu'ici conclu à l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique chez les personnes âgées pour le traitement de la dépression (p. ex., Cuijpers et al., 2011; Cuijpers et al., 2006; Francis et Kumar, 2013). En effet, elle aurait une efficacité comparable aux autres approches psychothérapeutiques.

Des études de cas plus récentes décrivent la richesse que peut apporter une intervention psychodynamique auprès de cette population. Une psychothérapie psychodynamique de courte durée (de 6 à 12 semaines) chez une personne souffrant d'un trouble de la personnalité (à 74 ans) ou de symptômes dépressifs et psychotiques (à 66 ans) aurait ainsi mené à la disparition d'idées suicidaires et à l'arrêt de la prise de psychotropes durant un temps significatif (environ 6 ans). La psychothérapie aurait alors permis de traiter des comportements mésadaptés, d'explorer l'inconscient de manière sécuritaire et d'avoir plus d'insight en regard des mécanismes de défense (Jeyasingam, 2019). Par ailleurs, dans une plus récente étude de cas, les résultats obtenus révèlent qu'une psychothérapie psychodynamique offerte à une femme entre l'âge de 90 et 100 ans a permis un travail d'élaboration des pertes et d'anciennes expériences traumatiques jusque-là non résolues. Cette étude souligne par ailleurs l'utilité de l'analyse du transfert et du contre-transfert comme outil de travail psychothérapeutique même avec des personnes d'un âge très avancé. Les auteurs suggèrent également aux psychothérapeutes de travailler sur leur propre perception du vieillissement, qui peut être teintée d'âgisme, et ce, afin de favoriser l'établissement d'une meilleure alliance avec leurs patients d'un grand âge (Bar-Tur, 2023). Ces études, bien que riches en informations cliniques, souffrent par ailleurs de lacunes méthodologiques. Des devis à cas uniques quantitatifs rigoureux incluant des mesures continues et des lignes de bases multiples (c.-à-d. devis en trois étapes qui suit et évalue les effets de l'intervention en juxtaposant les données du participant à ses propres résultats à des périodes clés de l'intervention), de même que des devis qualitatifs structurés, permettraient certainement d'objectiver davantage les effets des interventions proposées. Une étude longitudinale de groupe d'une grande rigueur, tant sur le plan théorique que du point de vue méthodologique, a par ailleurs démontré qu'un engagement à court ou long terme (jusqu'à 33 mois)

dans une démarche de psychothérapie psychodynamique peut permettre d'observer une diminution significative d'une symptomatologie surtout dépressive ou anxieuse de personnes âgées entre 60 et 89 ans (Roseborough et al., 2013).

En somme, la psychothérapie psychodynamique exercée auprès des personnes âgées permet un accompagnement vers une riche évolution de leur psyché. Nous verrons dans ce qui suit qu'il peut en être de même pour les aînés atteints d'un trouble neurocognitif majeur.

La psychothérapie psychodynamique au service des personnes âgées atteintes d'un trouble neurocognitif majeur¹

Alors qu'environ 1,6 % de la population canadienne vivait avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM) en 2020, cette proportion devrait passer à 3,6 % d'ici 2050. Cela signifie qu'au cours de cette période de 30 ans, plus de 6,3 millions de personnes pourraient recevoir un diagnostic de TNCM (Société Alzheimer du Canada, 2022). Ce dernier implique une atteinte des fonctions cognitives et fonctionnelles, mais aussi la présence de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) [p. ex., Gallo et al., 2009] qui ne seraient pas uniquement tributaires de la maladie, mais également des réactions intrapsychiques de la personne atteinte (Del Corno et Plotkin, 2017).

Le traitement psychodynamique des personnes souffrant de TNCM (p. ex., la maladie d'Alzheimer) peut également faire l'objet d'âgisme : à quoi bon, étant donné l'aggravation inévitable de la maladie affectant notamment la mémoire, les capacités d'introspection et de langage ? Il n'en demeure pas moins que l'annonce d'un tel diagnostic peut être accompagnée d'une expérience émotionnelle intense, d'un deuil associé à la perte actuelle et anticipée de capacités, et d'un sentiment de vulnérabilité (Aminzadeh et al., 2007). Ainsi, la maladie représente une importante menace à l'intégrité psychique. En début de maladie, la personne atteinte pourrait ressentir de la colère, de la peur et être plongée dans un état dépressif qui justifierait une intervention psychodynamique (Del Corno et Plotkin, 2017). Par ailleurs, certaines capacités demeurent préservées malgré l'évolution de la maladie, et permettent de s'investir dans un travail psychothérapeutique psychodynamique, du moins en début d'évolution.

Il semblerait que les personnes atteintes d'un TNCM préservent, du moins partiellement, le concept de soi et une part d'identité, et ce, même au stade sévère de la maladie (pour une revue, voir Caddell et Clare, 2010). Elles préservent également leur

1. Il sera ici exclusivement question des troubles neurocognitifs majeurs et non des troubles cognitifs légers, puisque ces derniers n'ont jusqu'à maintenant fait l'objet d'aucune étude sur les effets d'une psychothérapie psychodynamique pour le traitement d'un trouble psychologique concomitant.

capacité à exprimer leur vécu émotionnel de manière juste (Lee et al., 2019 ; Magai et al., 1996), même en lien avec du matériel ne pouvant plus être rappelé de manière explicite (Bourassa et al., sous presse). Par ailleurs, les personnes atteintes d'un TNCM dû à la maladie d'Alzheimer semblent pouvoir être implicitement affectées par des événements dont elles ne peuvent se souvenir consciemment (de manière explicite) [Guzmán-Vélez et al., 2014]. Ainsi, dans le contexte d'un TNCM, les processus mnésiques implicites seraient également préservés (comme au cours du vieillissement non pathologique) et permettraient l'acquisition et le rappel de nouveaux souvenirs (p. ex., Harrison et al., 2007 ; Machado et al., 2009).

La psychothérapie psychodynamique semble pouvoir être adaptée de manière à tenir compte des déficits et des capacités préservées des personnes aux prises avec un TNCM. Toutefois, très peu d'études s'y sont intéressées jusqu'ici. Brierley et al. (2003) ont proposé un modèle de psychothérapie psychodynamique pouvant être offert aux personnes atteintes d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer. Ce modèle met notamment l'accent sur l'ici et maintenant, sur les émotions et sur les souvenirs qui apparaissent spontanément en séance. Burns et al. (2005) ont réalisé un essai contrôlé randomisé pour tenter d'objectiver l'efficacité du modèle proposé par Brierley et al. (2003). Ils ont recruté 40 personnes vivant avec un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer en début d'évolution et ont mesuré les effets de la psychothérapie sur les symptômes dépressifs, les fonctions cognitives, les problèmes de comportement et les activités de la vie quotidienne. Bien qu'aucune amélioration significative n'ait été observée en raison de diverses limites (comme le faible nombre de séances : 10) et d'un manque de sensibilité des mesures adoptées, les auteurs ont conclu qu'il semble tout à fait possible d'adapter des modèles psychothérapeutiques pour cette population.

Nous avons révisé ce modèle en misant notamment sur la préservation de la mémoire implicite dans les interventions auprès des patients (p. ex., en évitant de poser des questions sollicitant le rappel explicite d'informations) ainsi que sur la compréhension de leur cheminement. De plus, le nombre de séances offertes était plus élevé (15 comparativement à 6 dans le modèle de Brierley et al.), et nous avons décidé, contrairement à d'autres auteurs, de ne pas rencontrer et impliquer le proche aidant, afin de prioriser la relation psychothérapeutique et d'offrir au patient un espace privilégié et exclusif. Nous avons expérimenté les effets de notre modèle dans une étude de cas quantitative qui avait pour objectif l'exploration des effets d'une psychothérapie psychodynamique interpersonnelle sur les symptômes dépressifs d'une personne atteinte d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer (Bourassa et al., sous presse). Une amélioration significative de l'humeur

Brierley et al. (2003) ont proposé un modèle de psychothérapie psychodynamique pouvant être offert aux personnes atteintes d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer. Ce modèle met notamment l'accent sur l'ici et maintenant, sur les émotions et sur les souvenirs qui apparaissent spontanément en séance.

a été objectivée tant par la participante que par son proche aidant. Une capacité à créer par elle-même des liens entre ses comportements présents et des événements du passé, ou, en d'autres termes, une meilleure compréhension de ses patrons relationnels, a notamment été observée. Enfin, le contenu et la nature psychothérapeutique des échanges ont pu être associés à des changements importants, notamment une plus grande ouverture aux autres, comme l'illustrent la mise en action et l'implication de la participante dans de nouvelles activités (p. ex., rester moins longtemps au lit, participer davantage aux activités de sa maison de retraite telles que la chorale).

Principaux éléments du modèle d'intervention proposé dans le contexte de la maladie d'Alzheimer

L'exploration des affects et l'établissement de la relation entre le psychothérapeute et le patient sont toujours au cœur du modèle révisé. Ce modèle tient par ailleurs compte de l'amnésie (atteinte de la mémoire épisodique antérograde et explicite des faits récents) des personnes atteintes (p. ex., Machado et al., 2009). Celle-ci implique que le patient ne serait pas en mesure de rappeler explicitement ni le matériel abordé en séance ni même l'identité du psychothérapeute en début de processus. Cependant, le travail psychothérapeutique et l'établissement de la relation pourraient être possibles notamment grâce à une relative préservation des processus mnésiques implicites. Les personnes atteintes seraient ainsi à même d'assimiler les contenus traités en psychothérapie et l'identité du psychothérapeute, en grande partie grâce à la préservation des processus implicites de mémorisation. Dans le contexte de la présence d'un TNCM, l'assimilation des informations est perceptible dès lors que le patient démontre un sentiment de familiarité à l'égard de divers types d'informations, familiarité qui s'accroît au fil des séances. Pour cela, certaines conditions doivent être respectées. Pour qu'un processus mnésique implicite soit sollicité, la recherche intentionnelle d'encodage d'informations ou de récupération consciente (explicite) doit être évitée (Schacter, 1987). Des phrases comme « essayez de vous en souvenir pour plus tard » ou « est-ce que

vous vous souvenez de...? » pourraient à la fois court-circuiter le processus d'encodage et de rappel implicite et s'avérer conflictuelles pour une personne vivant avec des atteintes mnésiques importantes. Par conséquent, le ou la psychothérapeute devrait essentiellement travailler à partir des souvenirs qui émergent et des émotions qu'ils engendrent.

Le respect du cadre psychothérapeutique (incluant une forme de routinisation) sera un élément d'autant plus important qu'il favorisera un encodage et un rappel implicites (p. ex., Dubreuil et al., 2007). Il sera donc essentiel de planifier les séances de psychothérapie pour qu'elles impliquent toujours le même horaire et le même emplacement (p. ex., respect des mêmes fauteuils occupés). Enfin, pour un processus psychothérapeutique optimal, le cadre devrait être le milieu de vie de la personne atteinte, avec pour bénéfice un sentiment accru de sécurité et la poursuite du travail psychothérapeutique entre les séances.

Conclusion

La psychothérapie psychodynamique permet d'accompagner les personnes âgées pour un travail d'élaboration de la perte et d'exploration des enjeux non résolus ainsi que pour un travail

favorisant l'individuation. La psychothérapie psychodynamique offre même la possibilité d'accompagner des personnes âgées atteintes d'un trouble neurocognitif majeur, en tirant profit de leurs capacités préservées, soit la capacité de reconnaissance d'émotions et la capacité implicite d'encodage et de récupération en mémoire.

Nous sommes tous et toutes l'ainé ou l'ainée de demain. Il arrive que le matin rechigne aux propositions dérangeantes du soir parce que méconnaissables à son programme et inconnaissables dans sa lumière. Le travail qui nous attend est colossal. Si les données probantes concernant les apports de la psychothérapie psychodynamique auprès des personnes âgées restent à bonifier, la bonne nouvelle est que nous entendons de plus en plus dans les médias une parole pour identifier le stigma qui frappe les personnes âgées et le double stigma qui tarade celles qui souffrent d'un trouble neurocognitif majeur. Comme dans les matriochkas (poupées russes), il nous faut dépasser les apparences pour parvenir à imaginer qu'au corps des aînés bat un cœur, le même depuis le matin de leur vie.

LES INTERVENTIONS ARTISTIQUES D'INSPIRATION HUMANISTE/EXISTENTIELLE DANS LES SOINS PALLIATIFS

Alfonso Santarpia,
laurea en psychologie,
psychologue

S'inspirant des valeurs propres à l'humanisme de la renaissance européenne et à l'existentialisme, les psychothérapies d'inspiration humaniste/existentielle affirment que l'être perd toute sa liberté créatrice s'il se confie uniquement au déterminisme d'une idéologie, d'une théorie (Santarpia, 2020, 2022). L'être humain s'épanouit s'il arrive à ressentir affectivement et à interpréter avec flexibilité et ouverture les valeurs, la philosophie, la littérature, l'art et les sciences. La posture humaniste/existentielle prône une tendance systématique à l'horizontalité dans son rapport aux théories et à l'altérité, c'est-à-dire une tendance à co-construire dans la dyade patient-client des interprétations significatives affectivement, sans aucun a priori.

Dans la clinique de la personne âgée en soins palliatifs, cette horizontalité peut se traduire par une *présence réhumanisante* de l'intervenant (y compris le psychologue), se caractérisant par la disponibilité affective à entrer en contact avec le patient (un être qui porte en soi des éléments spirituels, cognitifs et émotionnels). Ce type de présence vise à contrebalancer les risques associés à la surmédicalisation des soins et des interventions. Avant tout type de mouvement vers le patient, l'intervenant se retrouve immergé dans un dialogue sensoriel, interne, silencieux, en raison des importantes réactions cognitives, affectives et somatiques suscitées par ce type de travail :

Comment respirer devant le corps souffrant de ce patient qui me raconte l'angoisse de sa maladie ? Quelle est la meilleure posture physique pour trouver la juste distance afin de capturer une trace sensorielle de son vécu émotionnel pendant notre échange ? Comment puis-je construire un style gestuel et discursif qui puisse le rassurer et le valoriser dans ses potentialités humaines et dans ses ressources même dans ce moment tragique de sa vie ? (Santarpia, 2020, p. 31)

Ainsi, cet espace de réhumanisation résume un point essentiel de l'acte d'aider et de réparer/soigner (étymologie grecque, *Therapein*) : saisir et trouver le geste ou l'attitude de soustraire autrui à l'espace de la réification et de l'indifférence (Buber, 1947 ; Sarfati, 2013, 2014).

L'expérience directe d'être-dans-le-monde

Dans la perspective humaniste/existentielle, les intervenants (dont le psychologue) et les chercheurs portent leur attention particulièrement sur le monde intérieur et vécu des sujets et sur les possibilités humaines d'expression de cette réalité. Dans ce positionnement, Carl Rogers (1961) affirmera sans hésitation que [traduction libre] « [n]i la Bible, ni les prophètes, ni Freud, ni la recherche, ni les révélations de Dieu, ni l'homme ne peuvent avoir préséance sur mon expérience directe. Cette expérience est la base de toute autorité » (p. 11).

Ce modèle théorique et clinique envisage le sujet comme un être ouvert sur le monde, mais ce monde n'est pas un monde abstrait. C'est un monde existentiel caractérisé par l'interprétation subjective d'une expérience incarnée, ancrée dans un environnement culturel et physique.

Cette expérience fondatrice, soit d'être inscrit dans un courant d'expériences sensorielles, a été développée dans le champ de la psychothérapie humaniste à focalisation corporelle (Santarpia et al., 2020) dans la notion de *soi minimal* (Gallagher, 2000, 2011). Celui-ci peut être défini comme la conscience d'être le sujet de l'expérience immédiate, d'avoir une *frontière corporelle* qui organise/filtre un dedans et un dehors (Johnson, 1987, 1991). Le *soi minimal* évoque le fait que l'expérience de

Selon la perspective humaniste/existentielle, la personne âgée peut être animée explicitement et/ou implicitement par la tension entre la conscience de l'inévitabilité de la mort et le désir profond de continuité.

la personne lui appartient (*sense of ownership*) ainsi que le sentiment d'agentivité (la capacité à agir sur le monde). Il implique que l'on puisse utiliser le pronom *je* pour se désigner soi-même, de façon immédiate. Il s'organise sur l'internalisation et l'assimilation d'expériences émotionnelles harmonieuses avec autrui en lien avec :

- les motivations humaines (p. ex., la recherche de sécurité dyadique et affiliative, de sensualité, de sexualité, d'un sentiment de valeur et d'efficacité, d'expression et de modulation de l'aversion) [voir Lichtenberg, 2004 ; Lichtenberg, 2008 ; Maslow, 1943] ;
- les dimensions tragiques de l'existence humaine (p. ex., la présence permanente et l'inévitabilité de la mort, la conscience de sa solitude, la conscience de sa liberté, la quête de sens et de dépassement de son ego, la fragilité de sa vitalité dans l'expérience de la maladie psychique ou physique) [voir Frankl, 1959, 2019 ; Venturini, 1998 ; Yalom, 2008].

Selon la perspective humaniste/existentielle, la personne âgée peut être animée explicitement et/ou implicitement par la tension entre la conscience de l'inévitabilité de la mort et le désir profond de continuité. Dans le présent chapitre, nous viserons à décrire l'usage et l'utilité clinique d'interventions artistiques d'inspiration humaniste/existentielle dans un contexte de soins palliatifs. Nous soutiendrons que le recours à ces interventions peut non seulement élargir le champ d'expérience des patients de la narration médicalisée de leur maladie (p. ex., symptômes, plaintes et douleurs physiques), mais également les aider à générer des métaphores corporelles qui sont, elles, apaisantes, transformatrices et potentiellement porteuses de sens. Nous illustrerons notre propos par des exemples tirés d'études cliniques.

Les paradoxes existentiels dans les soins palliatifs

« Le soin palliatif, encadré par la loi, est une pratique qui vise non la guérison mais l'accompagnement de la personne quand la vie de celle-ci est condamnée à court terme. L'impossibilité de guérison ne signifie pas l'abandon de toute perspective et se recentre alors sur la qualité de vie du malade, son confort qui comprend la prise en compte des besoins, le traitement antalgique et le support psychologique. » (Fromage, 2012, p. 103)

Par ailleurs, ces patients doivent gérer la perte de trois dimensions essentielles (Murata, 2003 ; Murata et Morita, 2006) de l'être, soit : la temporalité (perte d'un futur possible), les relations (avec les autres) et l'autonomie (perte de l'indépendance et du contrôle de soi).

Dans ce contexte, les pratiques artistiques semblent apporter une forme de mieux-être aux patients : de récentes méta-analyses ont démontré les effets positifs des interventions dites artistiques auprès de personnes avec le cancer et d'autres maladies possiblement terminales (p. ex., Boehm et al., 2014 ; Bosman et al., 2021). Les interventions utilisant la musique ont fait l'objet de méta-analyses dans un contexte de psychoncologie (Bailey, 1986 ; Beck, 1991 ; Bradt et al., 2016 ; Haun et al., 2001 ; Zhang et al., 2012). Ces méta-analyses rapportent des effets significativement bénéfiques de la musique pour ces patients, sur les plans de la gestion de l'anxiété, de l'humeur dépressive, de la douleur, du rythme cardiaque et de la qualité de vie.

L'épistémologie humaniste/existentielle interprète classiquement les résultats de ces recherches selon les modélisations de Perls, d'Assagioli, de Frankl et de Jung. Plus précisément, les interventions artistiques d'inspiration humaniste/existentielle visent à :

- déclencher, amplifier et/ou assimiler le ressenti affectif/émotionnel (p. ex., écoute ou production musicale, pratique de la danse) [Zinker, 1977] ;
- ressentir, assouplir et développer les défenses psychocorporelles (p. ex., pratique de la danse) [Boyesen, 1997 ; Downing, 1997 ; Lowen, 2003 ; Reich, 1979 ; Ruggieri, 1995 ; Santarpia, 2020] ;
- soutenir la nomination affective et la quête de sens dans le but de mettre en figure un conflit-énigme existentiel (p. ex., écriture d'un journal, d'un poème, d'une chanson) [Perls et al., 1951/2001] ;
- créer des liens symboliques dans le but d'interroger et de réorganiser les systèmes motivationnels (p. ex., pratique du dessin ou du journal intime) [Lichtenberg, 2004, 2008] ;
- stimuler des expériences d'élargissement de la conscience et les images de l'inconscient collectif (Jung, 1964), spirituel (Frankl, 1959) ou supérieur (Assagioli, 1997) [p. ex., écoute de musique classique ou Dhrupad, dessin] (Burns, 2001 ; Lombard, 2017 ; Lombard et Müller, 2018 ; Santarpia et al., 2022) ;
- donner forme à une partie de soi créant des conflits internes ou des situations inachevées, et/ou l'amplifier et/ou la contenir (Assagioli, 1997 ; Perls et al., 1951/2001).

Les métaphorisations du corps en contexte oncologique

Dans le domaine de la psychopathologie, le travail psychothérapeutique comprend souvent des métaphorisations corporelles (Santarpia et al., 2006 ; Santarpia et al., 2010). Par exemple, une personne souffrant de trouble anxieux (agoraphobie) déclare : « j'ai l'impression que ma poitrine est enveloppée d'une légère nappe qui me protège d'une attaque d'envahisseurs ». Une patiente souffrant de troubles de l'alimentation illustre l'intérieur de son corps : « mon intestin sent... regarde... sent », « mon corps est vide ». Une personne souffrant de schizophrénie raconte : « aujourd'hui, je sors de mon corps... », « docteur, je me suis coupé la tête, parce que je me suis disputé avec mon colocataire ». Ces métaphorisations sont composées d'une ou plusieurs phrases qui ont pour *ténors* des éléments corporels (p. ex., le corps, le cœur, la respiration) [Richards, 1936] et des éléments fictifs ou abstraits reliés au corps (p. ex., cœur d'or, cœur de pierre, cœur dur, cœur froid, dans ton cœur).

En contexte oncologique, Menzel (1954) fut l'un des premiers à conceptualiser le cancer comme une expérience corporelle de lutte, une guerre entre les cellules malades et l'organisme. Stolberg (2014) a pour sa part souligné l'usage massif en Occident de la métaphore corporelle du cancer comme une armée de cellules hostiles qui attaquent le corps et doivent être repoussées. L'angoisse existentielle générée par la perte de contrôle sur sa propre apparence physique (Murata, 2003 ; Murata et Morita, 2006) peut prendre la forme d'une narration caractérisée par des métaphores corporelles angoissantes, comme l'exprime une patiente (Santarpia, 2021 ; Santarpia et al., 2013) interrogée sur sa féminité à travers la métaphore « je suis une extraterrestre ». Nous pouvons constater que la métaphore énoncée (impliquant une déformation de l'apparence physique) n'est pas seulement envisagée comme une figure de style, mais aussi comme un support pour la conceptualisation (Lakoff et Johnson, 1980, 1999) et la description de l'expérience de la patiente. Un autre récit (Cannone et al., 2008) convoque la scénarisation d'une « corporéité sale et empoisonnée » qui porte l'espoir de s'envoler comme un oiseau, le corbeau :

[J]e suis sale, pourrie de l'intérieur, je voudrais frotter, frotter à la Javel pour enlever cette crasse, sortir mes organes et les remettre une fois propres, laver ce sang noir, c'est possible vous pensez... et non je le sais bien... Je voudrais m'envoler comme un oiseau, être libre, je serai un corbeau... (p. 193)

Le travail de métaphorisation corporelle à travers les pratiques artistiques

Il peut être opportun de faire une différence entre les *métaphorisations corporelles de trait*, qui sont stables et structurantes, constantes dans l'organisation psychique du client (p. ex., scénarisations plutôt constantes dans le récit du patient, en lien avec la maladie ou la polarité existentielle souffrance/mieux-être), et les *métaphorisations corporelles d'état*, qui elles sont plutôt éphémères, transitoires (Cavallo et Santarpia, 2005; Santarpia, 2021). Nous pensons que dans un espace intersubjectif de réhumanisation et de cocréation, le psychothérapeute peut comprendre, accueillir, ressentir les métaphores corporelles de trait du patient et les mettre au travail à travers un espace de figuration nouvelle.

Ainsi, l'expérience avec la pratique artistique devient le lieu d'une symbolisation corporelle, où la transformation de l'expérience corporelle est possible. On peut considérer les activités artistiques comme des *prothèses* de l'expérience corporelle : par exemple, dessiner, chanter ou peindre implique un mouvement affectif et surtout gestuel de notre existence.

Dans le paradigme humaniste-existential, cet espace dyadique se compose de protocoles de médiation artistique structurés (p. ex., projets de recherche) ou semi-structurés (p. ex., usage clinique de matériel artistique). Plus précisément, l'intervenant habite un espace de médiation avec son client et des activités artistiques choisies, en prenant une posture clinique caractérisée d'une présence empathique, de la coconstruction d'interprétations, d'une attention aux incongruences (p. ex., entre la parole et le non-verbal) et de la facilitation du travail de contact-nomination (p. ex., des sensations corporelles ou des émotions émergentes).

Dans un contexte oncologique de fin de vie, on peut observer dans ce travail des métaphores de mieux-être, telles que « mon corps s'ouvre », « mon corps respire à nouveau », « je me sens comme un oiseau libéré d'un fardeau » (Schuster, 2022) et « j'ai perdu la lourdeur dans mon ventre... comme si je suis sorti d'une prison ».

Une histoire de réhumanisation poétique

Dans cette perspective, voici un exemple tiré d'une étude clinique utilisant un protocole d'écriture poétique (Santarpia, Dudoit et Paul, 2015; Santarpia, Paul et Dudoit, 2015), inspiré de la logique de poésie haïku (Stibbe, 2007), caractérisée par une forte présence de vers portant sur les images et sons de la nature. Monsieur Aquilone (participant, nom fictif) était âgé de 70 ans et avait une tumeur à la cuisse et des métastases pulmonaires, en phase terminale. Il a participé à un protocole de recherche s'échelonnant sur quatre à six semaines à l'hôpital de jour, Service d'oncologie de la Timone, à Marseille (France).

[C]es patients [soins palliatifs] doivent gérer la perte de trois dimensions essentielles de l'être, soit : la temporalité (perte d'un futur possible), les relations (avec les autres) et l'autonomie (perte de l'indépendance et du contrôle de soi).

Voici les étapes du protocole :

- Un entretien préliminaire et semi-directif, où des thèmes existentiels sont abordés (p. ex., mort, amour, spiritualité, temps, sensorialité).
- Des séances de travail de contact et d'élaboration avec le patient. Ces séances ont souvent lieu dans la chambre d'hôpital du patient. Au cours de ces séances, il y a une proposition de 15 haïkus, tirés de grands auteurs japonais; trois poèmes pour chacune des thématiques existentielles identifiées préalablement. Dans un deuxième temps, les mêmes haïkus sont présentés, mais avec un vers manquant au milieu du poème. La consigne au patient est de compléter les haïkus avec un nouveau vers, leur donnant un sens plus personnel.
- Des séances de composition poétique autonome. Dans cette phase, le patient présente un poème composé de plusieurs haïkus; il l'a réalisé seul chez lui ou à l'hôpital et il le lit avec son intervenant.
- Un entretien final.

Le patient, M. Aquilone, avait préalablement reçu un diagnostic de dépression. Cet état l'empêchait de se plonger dans des activités intellectuelles. Il ne sortait plus de chez lui, il refusait les visites et les invitations. Pour décrire son état chronique, il a utilisé la *métaphorisation corporelle de trait* « je suis entre les parenthèses » :

Je marche avec le déambulateur. Je ne peux plus m'habiller comme je veux, je ne peux plus voir les copains, je ne peux plus aller où je veux. Je suis au centre de rééducation de Hyères et pour moi, tout, c'est très difficile à vivre. Compte tenu de ce corps qui ne peut plus bouger, donc, une esthétique qui n'est plus. **Je suis entre les parenthèses.** Et j'ai été coupé des autres. Parce que je ne peux pas, regarde je suis coincé. Ce muscle quadriceps ne bouge pas. Je ne peux pas m'habiller moi-même... (Santarpia, Dudoit et Paul, 2015, p. 185)

Il était emprisonné dans cette métaphorisation de soi identifiée à la maladie (symptômes, plaintes, gênes et douleurs physiques). Selon notre perspective réhumanisante, le travail psychothérapeutique pour M. Aquilone était de pouvoir se libérer

de cette métaphorisation paralysante et de se raconter à lui et à ses proches dans une nouvelle forme de métaphorisation de soi, dans son humanité (Santarpia, 2021). À la suite de l'atelier poétique, quelques semaines avant sa mort, M. Aquilone (accompagné par une psychologue, formée à ce type d'intervention artistique) nous a laissé son haïku écrit librement (Santarpia, 2021, 2022 ; Santarpia, Dudoit et Paul, 2015) :

L'olivier centenaire devant moi
Déploie ses rameaux et sa couleur
Je sens devant lui mon existence éphémère
Quand mon chat s'abandonne et ronronne sur mes genoux
Je sens qu'il est bien confiant heureux
À mon tour mon esprit s'apaise
L'odeur des herbes coupées
C'est le printemps qui revient
Et on oublie le temps qui chaque année passe.

Dans cette poésie, marquée sur un papier (Santarpia, 2018, p. 241), M. Aquilone a laissé une trace concrète de réhumanisation, qu'il a partagée avec notre équipe de recherche, le personnel de l'hôpital et son entourage. Il a exprimé son expérience psychocorporelle à travers une nouvelle métaphore corporelle dans laquelle il s'est identifié à un « olivier centenaire ». Cette métaphore mobilise des éléments vitalisants de l'univers poétique de la poésie haïku (Déploie ses rameaux et sa couleur/L'odeur des herbes coupées/C'est le printemps qui revient) et des éléments spirituels/existentiels (la conscience du temps et de l'éphémérité de l'existence) d'une dimension plus transpersonnelle¹ :

Cet olivier qui est un arbre centenaire, d'ailleurs on dit qu'il est immortel, oui parce que c'est beau ce vert. Ce camaïeu de vert, ces branches qui se tordent avec ces petits rameaux. Oui en lisant ce haïku j'ai repensé à un poème de Lamartine qui dit : « Le temps n'a point de rive, le temps n'a point de port, il coule et nous passons. » (Santarpia, Dudoit et Paul, 2015, p. 189)

Cette intervention semble avoir généré une expérience réhumanisante, se caractérisant par des changements narratifs de la métaphorisation initiale (« je suis entre les parenthèses »). En fait, les nouvelles métaphorisations corporelles prennent la forme d'une expérience corporelle d'un corps associé à un « olivier centenaire ».

Dans la pratique clinique, ce travail poétique (*poiésis* pour les Grecs signifie « création », du verbe *poiein* « faire », « créer »)

1. La psychologie transpersonnelle (Santarpia, 2020 ; Santarpia et al., 2017, p. 244) est une orientation humaniste. Elle s'intéresse aux expériences dans lesquelles l'identité personnelle est étendue au-delà des limites individuelles afin de toucher des aspects plus amples de l'humanité, de la vie et du cosmos (Venturini, 1998). Elle propose une vision différente de la conscience, et elle inclut l'autoréalisation comme satisfaction des motivations humaines concernant le besoin de sens, le besoin d'orientation et le besoin de dévotion (Venturini, 1998).

peut inspirer au client l'écriture d'un journal, de poèmes ou de chansons qui permettent de libérer des émotions ou pensées difficilement nommables et de soutenir l'expression d'expériences délicates et douloureuses.

Une expérience de musique classique dans les soins palliatifs

Voici un autre exemple tiré d'une étude clinique réalisée par ce même auteur utilisant un protocole d'intervention dit artistique (dans ce cas, l'écoute de musique classique ; Santarpia et al., 2017). Madame Mandolina (participante, nom fictif) est une femme âgée de 60 ans, hospitalisée un après-midi par semaine pour une séance de chimiothérapie. M^{me} Mandolina est malade depuis trois ans et a subi depuis trois opérations lourdes. Un cancer des ovaires a été diagnostiqué, mais, après la dernière opération, de nombreuses métastases ont été trouvées dans tout le corps. Elle participe à un protocole d'écoute de musique classique sur une période de quatre à six semaines à l'hôpital de jour, Service d'oncologie de la Timone, à Marseille (France). Les étapes sont semblables à celles du protocole discuté précédemment (p. ex., entretiens initial et final, travail de contact et d'élaboration en plusieurs séances, utilisant cette fois-ci la musique classique comme médium).

Dans l'entrevue préliminaire, la participante raconte son état de maladie à travers la scénarisation d'un **corps en guerre** (Jasen, 2009 ; Menzel, 1954 ; Stolberg, 2014). Une expérience corporelle dans laquelle M^{me} Mandolina vit sa maladie avec une agitation qui s'externalise contre le monde entier :

Besoin de tout arrêter, de plus voir les mêmes gens, de pas comprendre comment ils s'en sont pas aperçus à temps... c'est un travail très très, beaucoup plus difficile que l'on imagine parce que ça finit jamais, moi ça s'est trouvé, j'étais très très mince, et j'ai commencé à avoir des problèmes de ventre... et là j'ai eu un épisode difficile, dimanche soir je suis rentrée à l'hôpital pour des nausées, je me souviens de l'entrée à l'hôpital et jusqu'à mardi matin j'ai aucun souvenir, un trou noir, je me suis débattue... j'ai insulté des gens. J'ai crié pendant 17 heures, j'ai un peu mal aux lèvres, j'ai mal à la gorge, je ne me souviens plus de rien, je me suis réveillée mardi matin à l'hôpital psychiatrique. (Santarpia et al., 2017, p. 247)

M^{me} Mandolina a une fille dont elle est très proche et complice ; elle utilise encore davantage cette scénarisation belliqueuse :

Je me bats tous les jours pour vivre un jour de plus pour elle, parce que ça sera trop dur, ça sera trop dur pour elle, ça sera trop dur, ça sera trop trop dur... (Santarpia et al., 2017, p. 245)

Comme mentionné, dans le cadre de sa participation à cette étude, M^{me} Mandolina a pu écouter un programme de musique classique fondé sur des extraits musicaux préalablement

choisis (p. ex., Chopin, Liszt, Bach, Tchaikovsky). La patiente et la psychologue clinicienne participant à l'étude sont investies et impliquées dans la relation selon une posture humaniste (Santarpia, 2020). Il s'agit d'incarner une présence authentique, suivant les principes de l'approche centrée sur la personne (Rogers, 1951) : empathie, congruence et acceptation inconditionnelle. Bien que l'entretien soit semi-directif, des techniques de relance (Blanchet, 1989) sont aussi utilisées pour permettre de pointer un détail et d'élargir le discours à des thèmes existentiels : la famille, l'expérience du corps et de la maladie. Les effets de la musique sont racontés dans l'immédiat des séances, ils se manifestent à travers un récit fondé sur l'imagination de la patiente :

Oui j'avais une très belle robe, les pieds très légers, alors je n'ai pas les pieds légers du tout, j'ai senti que là c'est serré, j'étais toute légère, elle était une belle robe. C'était très agréable... ce que j'ai ressenti, c'est que quand je mets de la musique, tout de suite je respire correctement, c'est-à-dire avec mon ventre, tout de suite ça me fait, alors qu'en temps normal non. (Santarpia et al., 2017, p. 247-248)

Dans cet exemple, l'expérience corporelle de la patiente se caractérise par les métaphorisations « d'un corps associé à une belle légèreté et à une respiration paisible ». Il s'agit d'une métaphorisation dite apaisante et réconfortante. Dans l'entretien final, la patiente évoque des chansons de la figure mythique de Barbara (célèbre chanteuse française) :

Je connais beaucoup la vie de Barbara et j'ai toujours beaucoup aimé Barbara... Tu te reportes à ton premier chagrin d'amour, tu es obligé... C'est quelque chose qui est là, je pense qu'on a qu'une histoire d'amour dans sa vie... à laquelle je m'accroche, ça ne sert à rien, mais enfin je n'ai jamais pu la lâcher. (Santarpia et al., 2017, p. 248-249)

En effet, la patiente ressent, à travers le recours à la représentation de Barbara, les vécus nostalgiques et les vécus d'un amour éternel.

Ce type d'intervention artistique, fondé sur la musique classique, peut générer une expérience transformatrice qui se caractérise par des changements narratifs concernant la métaphorisation initiale (un corps vécu comme en guerre et

[D]ans un espace intersubjectif de réhumanisation et de cocréation, le psychothérapeute peut comprendre, accueillir, ressentir les métaphores corporelles de trait du patient et les mettre au travail à travers un espace de figuration nouvelle.

en maladie). Ces changements prennent la forme d'une nouvelle expérience corporelle d'un corps associé à une belle légèreté, à une respiration paisible. De plus, la patiente trouve contact et subjectivité dans la rencontre avec la figure mythique de Barbara. Enfin, M^{me} Mandolina peut vivre dans son imagination des instants éternels, des moments d'élargissement de soi. On peut résumer et observer qu'une telle transformation touche l'expérience affective de la patiente, expérience qui devient symbolisée, tolérable et intégrable.

Dans la pratique clinique, nous reconnaissons qu'il serait plutôt avisé d'investiguer sur les genres musicaux et artistes préférés par le sujet lors de la préparation d'une telle intervention, afin d'être guidé par les préférences et les besoins du patient.

Conclusion : l'art réhumanisant

Les soins palliatifs sont un lieu-catalyseur qui exacerbe les conflits et les angoisses existentielles. Dans ce contexte, nous assistons à l'émergence d'une narration somatocentrée (Santarpia, 2018) caractérisée par des métaphores corporelles angoissantes portant sur les symptômes, les plaintes, les gênes et les douleurs physiques.

Dans ces expériences de déshumanisation, l'être se déracine de ses sources de vie et risque de vivre un espace de réification et d'indifférence (Buber, 1947 ; Sarfati, 2013, 2014). Dans cet article, nous avons cherché à illustrer une perspective psychothérapeutique d'orientation humaniste-existentielle fondée sur le pouvoir réhumanisant et métaphorisant des pratiques artistiques. En fait, cette perspective peut non seulement éloigner les patients d'une narration médicalisée de la maladie (symptômes, plaintes, gênes et douleurs physiques), mais aussi générer des métaphores corporelles apaisantes et transformatrices, potentiellement précieuses dans l'accompagnement de la personne en fin de vie.

RECONNAÎTRE LA MALTRAITANCE ET COMPRENDRE LES RÔLES DES PSYCHOLOGUES DANS L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PROTECTION DES PERSONNES ÂÎNÉES

Mélanie Couture,

M.A. (gérontologie),
Ph. D. (sciences cliniques),

Kevin St-Martin,

M. Serv. soc.,

et **Sarita Israel,**

B.A. (service social),
B.A. (sociologie),
travailleuse sociale

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2022), la maltraitance envers les personnes âgées est un problème de santé publique important, et ce, dans de nombreux pays. Malheureusement, la population du Québec n'est pas épargnée par cette problématique. En 2019, l'Enquête sur la maltraitance envers les personnes âgées au Québec (EMPAQ) a révélé que 5,9 % des personnes âgées québécoises vivant à domicile avaient vécu de la maltraitance dans les 12 mois précédant l'enquête (Gingras, 2020). Ces situations de maltraitance pouvaient prendre la forme de violences psychologiques (4,6 %), physiques (0,8 %), matérielles ou financières (0,8 %), ou sexuelles (0,4 %), ou de négligences physiques (0,4 %)¹. Toutefois, ces prévalences sont inférieures à celles estimées dans une méta-analyse internationale publiée en 2017 par Yon et ses collaborateurs, qui proposait une prévalence globale de 15,7 %.

1. L'EMPAQ n'a pas mesuré la prévalence pour tous les types et toutes les formes de maltraitance reconnus au Québec.

Depuis 2010, le gouvernement du Québec a pris en considération la maltraitance envers les personnes âgées dans ses orientations en proposant trois plans d'action ministériels (2010-2017, 2017-2022, 2022-2027) et en octroyant du financement afin de mettre en œuvre des actions concrètes. Sur le plan légal, l'Assemblée nationale a adopté en mai 2017 la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (L-6.3; Éditeur officiel du Québec, 2022b). Cette dernière visait à faciliter et à promouvoir l'identification et le signalement de la maltraitance. En avril 2022, des modifications y ont été apportées pour y inclure, par exemple, des sanctions financières et pénales. Cette loi exige que les établissements publics de santé et de services sociaux et les établissements privés de soins de longue durée adoptent des politiques pour contrer la maltraitance. Ces politiques doivent d'ailleurs être soumises par les établissements au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui, sur recommandation du ou de la ministre responsable des Aînés, les approuve avec ou sans modification.

Selon cette loi, la maltraitance envers les personnes âgées est définie comme suit :

[U]n geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne[.] (Éditeur officiel du Québec, 2022b, art. 2)

Cette définition souligne que l'intention de la personne maltraitante n'est pas à considérer et qu'une seule action ou un seul défaut d'action causant du tort ou de la détresse est suffisant pour déterminer qu'il y a maltraitance. Fait important, la L-6.3 s'applique non seulement aux personnes âgées, mais également aux adultes en situation de vulnérabilité, qui sont décrits comme suit :

[U]ne personne majeure dont la capacité de demander ou d'obtenir de l'aide est limitée temporairement ou de façon permanente, en raison notamment d'une contrainte, d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap, lesquels peuvent être d'ordre physique, cognitif ou psychologique, tels une déficience physique ou intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme[.] (Éditeur officiel du Québec, 2022b, art. 2)

Tout comme les autres professionnels de la santé et des services sociaux, les psychologues qui œuvrent dans les services publics ainsi qu'au privé seront confrontés à des situations de maltraitance dans leur pratique. En fait, beaucoup de personnes maltraitées sont déjà des usagères du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) [Dong, 2015], et l'une des formes les plus communes de maltraitance est la maltraitance psychologique (Gingras, 2020). De là l'importance pour les psychologues de reconnaître la maltraitance et de comprendre leurs rôles dans l'accompagnement et la protection des personnes âgées.

[B]eaucoup de personnes maltraitées sont déjà des usagères du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), et l'une des formes les plus communes de maltraitance est la maltraitance psychologique.

D'autant plus que les personnes maltraitées font souvent des demandes de services qui ne sont pas directement liées à la maltraitance et qu'elles peuvent hésiter à dévoiler leur situation au clinicien, voire craindre de le faire.

Rôles du psychologue dans la gestion des situations de maltraitance

Selon l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) : « Le psychologue est un expert du comportement, des émotions et de la santé mentale. Il intervient auprès des personnes qui éprouvent de la détresse ou des difficultés psychologiques. » (OPQ, s. d.-b) Son expertise psychosociale sous-tend des connaissances et des compétences reliées aux dynamiques interpersonnelles, aux processus d'adaptation et à la gestion du risque (Couture et al., 2019). Par conséquent, il peut être impliqué à toutes les étapes clés de la gestion des situations de maltraitance : l'identification, le signalement, l'évaluation des besoins, la vérification des faits ainsi que les actions et suivis auprès de la personne âgée et de son entourage, y compris la personne maltraitante. Il est à noter qu'à la suite de l'identification de la situation potentielle de maltraitance, le reste du processus n'est pas linéaire, et l'ordre des étapes clés est tributaire des situations rencontrées.

Identification des situations de maltraitance

L'identification de la maltraitance implique qu'il faille « [r]econnaître, documenter et analyser les facteurs de risque, indices et indicateurs de maltraitance en utilisant son jugement clinique et/ou des instruments de détection » (Couture et al., 2019, p. 2). Pour ce faire, le psychologue peut se référer à un aide-mémoire des facteurs de risque et de protection concernant la maltraitance envers les personnes âgées (www.creges.ca/publication/aide-memoire-facteurs-de-risque-et-de-protection-concernant-la-maltraitance-envers-les-personnes-aines/). S'il souhaite en savoir plus sur les indices de maltraitance, il peut en outre consulter en ligne la terminologie francophone sur la lutte contre la maltraitance (https://maltraitancedesaines.com/wp-content/uploads/2022/11/Terminologie_Maltraitance-2022-2.pdf). Il est aussi possible de consulter des intervenants spécialisés en matière de lutte contre la maltraitance, en contactant la Ligne Aide Abus Aînés (LAAA) au 1 888 489-2287 ou en consultant la section du site

Web réservée aux professionnels (www.aideabusaines.ca/section-pour-lesprofessionnels/), et ce, pour toutes les étapes de gestion des situations de maltraitance.

Même si, à l'occasion, le clinicien peut recevoir des confidences de personnes maltraitées ou maltraitantes, l'identification de la maltraitance requiert des efforts concrets compte tenu des multiples barrières au dévoilement. Celles-ci incluent notamment (Beaulieu et al., 2018) :

- un désir de protéger des liens familiaux ;
- des sentiments de honte, de gêne ou de culpabilité ;
- un manque de capacités physiques, psychologiques ou sociales ;
- une méconnaissance de la maltraitance et des ressources pour y faire face ;
- la peur de représailles et de conséquences.

En effet, la maltraitance est un sujet tabou et caché, et ce, malgré les campagnes de sensibilisation déployées depuis 2010 par le gouvernement du Québec. Il est donc important d'être vigilant afin d'identifier non seulement les cas flagrants de maltraitance, mais également les formes plus subtiles (Zeranski et Halgin, 2011).

La reconnaissance de la maltraitance requiert de bien connaître le sujet, et plusieurs études ont démontré que les programmes de formation sont efficaces pour soutenir les cliniciens (Mydin et al., 2021). À cet effet, le gouvernement du Québec offre des formations gratuites, disponibles sur la plateforme Environnement numérique d'apprentissage (ENA) [fcp.rtss.qc.ca/ena-login/index.html], y compris des modules destinés aux intervenants psychosociaux.

Les connaissances en vieillissement aident aussi à cerner certains enjeux qui complexifient l'identification de la maltraitance. Par exemple, il peut être ardu de distinguer les indices physiques de la maltraitance, telles les ecchymoses, des conséquences normales d'un accident (p. ex., chute), puisque le vieillissement peut amener une fragilité accrue (Rohringer et al., 2020). Similairement, l'intervention peut être rendue plus complexe si des déficits cognitifs influencent la capacité à consentir et la compréhension des aspects liés à la confidentialité et au partage d'informations (Scheiderer, 2012).

[Le psychologue] peut être impliqué à toutes les étapes clés de la gestion des situations de maltraitance : l'identification, le signalement, l'évaluation des besoins, la vérification des faits ainsi que les actions et suivis auprès de la personne âgée et de son entourage, y compris la personne maltraitante.

Signalement des situations de maltraitance

Signaler une situation de maltraitance veut dire « [t]ransmettre verbalement ou par écrit les informations concernant la situation (présumée ou confirmée) de maltraitance aux personnes désignées (p. ex., intervenant au dossier, chef d'unité ou de service, Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services [CLPQS], etc.) » (Couture et al., 2019, p. 2). Pour les professionnels du RSSS, la procédure de signalement est indiquée dans la politique de lutte contre la maltraitance de leur établissement, incluant le cadre légal entourant le signalement obligatoire, lorsqu'applicable (L-6.3). Les professionnels qui ne sont pas rattachés au RSSS doivent respecter les obligations propres à leur code de profession. Un signalement peut être effectué auprès des instances régionales désignées par l'établissement de santé et de services sociaux de la personne maltraitée.

Habituellement, une personne apte qui vit de la maltraitance doit déposer elle-même une plainte. Le rôle du psychologue est alors de l'accompagner dans son cheminement ou de signaler lui-même la situation aux instances prévues, avec le consentement de la personne. Le psychologue doit néanmoins toujours tenir compte de ses obligations éthiques personnelles et professionnelles et de ses obligations déontologiques (MSSS, 2020). Dans certaines conditions, il a l'obligation de signaler le cas sans délai, et la non-conformité est une infraction passible d'une amende de 2 500 \$ à 25 000 \$.

Tout prestataire de services de santé et de services sociaux ou tout professionnel au sens du Code des professions (chapitre C-26) qui, dans l'exercice de ses fonctions ou de sa profession, a un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime de maltraitance doit signaler sans délai le cas pour les personnes suivantes :

- 1° tout usager majeur qui est hébergé dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée ;
- 2° tout usager majeur qui est pris en charge par une ressource intermédiaire ou par une ressource de type familial ;
- 3° toute personne majeure qui est en tutelle ou à l'égard de laquelle un mandat de protection a été homologué ;
- 4° toute personne majeure dont l'inaptitude à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens a été constatée par une évaluation médicale, mais qui ne bénéficie pas d'une mesure de protection ;
- 5° toute autre personne en situation de vulnérabilité qui réside dans une résidence privée pour aînés.

(Éditeur officiel du Québec, 2022b, art. 21)

Ainsi, un tel signalement doit être effectué pour les personnes qui sont dans les situations de vulnérabilité suivantes :

1. Un usager hébergé dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée;
2. Un résident en situation de vulnérabilité en résidence privée pour aînés (RPA);
3. Un usager en ressource intermédiaire (RI) ou en ressource de type familial (RTF);
4. Une personne inapte selon une évaluation médicale;
5. Une personne en tutelle, en curatelle ou sous mandat de protection homologué.

Le signalement est effectué auprès du CLPQS lorsque la personne majeure concernée est visée par l'application de la politique de lutte contre la maltraitance d'un établissement ou, dans les autres cas, auprès d'un intervenant désigné par les organismes suivants :

1. Un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), une instance locale ou le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James;
2. Un corps de police, lorsque les faits au soutien de la plainte ou du signalement peuvent constituer une infraction criminelle ou pénale;
3. Le curateur public, lorsque la personne est sous tutelle ou curatelle ou qu'un mandat de protection la concernant a été homologué, ou encore lorsque son inaptitude à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens a été constatée par une évaluation médicale, mais qu'elle ne bénéficie pas d'une mesure de protection;
4. La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, lorsque les faits au soutien de la plainte ou du signalement peuvent constituer un cas de discrimination, d'exploitation ou de harcèlement au sens de la *Charte des droits et libertés de la personne*;
5. L'Autorité des marchés financiers, lorsqu'il s'agit d'un cas de maltraitance financière qui est le fait d'une personne assujettie à son encadrement.

L'obligation de signalement s'applique même aux personnes qui sont liées par le secret professionnel, et l'obtention du consentement de la personne vivant de la maltraitance est suggérée, mais non nécessaire.

Depuis 2001, le secret professionnel peut être levé à des fins de prévention d'actes de violence potentiels, y compris le suicide, à condition d'avoir « un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence » (Éditeur officiel du Québec, 2022a, art. 60.4). La L-6.3 va plus

Habituellement, une personne apte qui vit de la maltraitance doit déposer elle-même une plainte. Le rôle du psychologue est alors de l'accompagner dans son cheminement ou de signaler lui-même la situation aux instances prévues, avec le consentement de la personne.

loin en permettant aux professionnels de dévoiler des informations confidentielles dès qu'ils ont un motif raisonnable de croire qu'il y a maltraitance (Éditeur officiel du Québec, 2022b, art. 21). Le clinicien n'a pas à attendre que la situation porte atteinte de façon sérieuse à l'intégrité physique ou psychologique de la personne pour faire un signalement. Ces exceptions sont importantes puisque le signalement obligatoire s'applique principalement à des personnes pouvant avoir de grandes difficultés à signaler la maltraitance (p. ex., personnes inaptes, sous mandat de protection, vivant en milieux de soins de longue durée).

La L-6.3 prévoit par ailleurs diverses mesures pour protéger les professionnels qui effectuent des signalements, et ce, même si certaines personnes de leur entourage professionnel, y compris leur supérieur, ne sont pas en accord avec cette décision. À cet égard, selon l'article 22.1 (Éditeur officiel du Québec, 2022b), le CLPQS ou l'intervenant désigné doit prendre toutes les mesures nécessaires pour préserver la confidentialité des renseignements permettant d'identifier la personne qui effectue un signalement. L'article 22.2 interdit quant à lui les mesures ou menaces de représailles « contre une personne qui, de bonne foi, formule une plainte, effectue un signalement ou collabore à l'examen d'une plainte ou au traitement d'un signalement ». En fait, « menace[r] ou intimide[r] une personne ou tente[r] d'exercer ou exerce[r] des représailles contre [une personne] » est passible d'amendes de 2 000 \$ à 20 000 \$ pour une personne physique et de 10 000 \$ à 250 000 \$ pour une organisation. De plus, l'article 22.3 confirme l'interdiction de poursuivre en justice une personne qui « [a], de bonne foi, formulé une plainte, effectué un signalement ou collaboré à l'examen d'une plainte ou au traitement d'un signalement ».

Il est à noter que selon la Politique-cadre de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité :

Tout signalement reçu par le CLPQS par rapport aux situations de maltraitance sera traité de la même façon, qu'il soit obligatoire ou non. La priorité à donner aux cas sera basée sur la gravité de la situation et elle sera laissée au jugement du CLPQS [et parfois avec l'aide des directions cliniques]. Si le signalement concerne les actions ou un manque d'action d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident, le signalement sera orienté sans

délai, par le CLPQS, vers le médecin examinateur. Si le signalement au CLPQS implique aussi une infraction de nature criminelle, le corps de police concerné doit être contacté. Le fait de donner une rétroaction ou non à la personne qui signale une situation demeure à la discrétion du CLPQS, notez qu'il n'a aucune obligation à cet égard. (MSSS, 2020, p. 15)

Vérification des faits

Suivant le signalement, une personne désignée sera chargée de vérifier les faits, c'est-à-dire de collecter les informations et de les évaluer afin de statuer sur la présence ou non de maltraitance. Cela suppose de « [q]uestionner les personnes impliquées et les témoins », de « [r]ecueillir des documents de différentes sources » et de « [d]ocumenter en profondeur la situation » (Couture et al., 2019, p. 2). À cette étape, le psychologue peut être amené à contribuer en fournissant des informations recueillies lors de l'identification ou en effectuant des évaluations supplémentaires compatibles avec ses compétences professionnelles et en respectant les règles concernant le consentement et la confidentialité.

Il est important de comprendre que « [b]ien que le CLPQS soit désigné pour recevoir les plaintes et les signalements de maltraitance, la vérification des faits doit se faire en collaboration avec les directions concernées qui ont l'expertise requise et avec toutes autres instances détenant les informations ou l'expertise requise » (MSSS, 2020, p. 17). Selon la nature de la maltraitance, d'autres instances que les directions cliniques des CISSS et des CIUSSS peuvent effectuer la vérification des faits, dont un corps de police (infraction criminelle ou pénale), la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (discrimination, exploitation ou harcèlement) ou l'Autorité des marchés financiers (maltraitance financière).

La L-6.3 va plus loin en permettant aux professionnels de dévoiler des informations confidentielles dès qu'ils ont un motif raisonnable de croire qu'il y a maltraitance. Le clinicien n'a pas à attendre que la situation porte atteinte de façon sérieuse à l'intégrité physique ou psychologique de la personne [...]

Évaluation des besoins

Qu'une démarche de signalement ait à être enclenchée ou non, il est dans toutes les situations de maltraitance impératif d'« [é]valuer les besoins et capacités de la personne maltraitée [sur les] plans médical, fonctionnel et psychosocial » (Couture et al., 2019, p. 2). À cet égard, il faut se pencher sur « ses capa-

cités à gérer ses biens et/ou sa personne ainsi que ses besoins de représentation ou de protection juridique » (Couture et al., 2019, p. 2).

Par leur expertise en santé mentale, les psychologues peuvent grandement contribuer à l'évaluation du fonctionnement psychologique de la personne aînée et du niveau de détresse résultant de la maltraitance (OPQ, s. d.-a). Les psychologues sont d'ailleurs les seuls pouvant faire un diagnostic psychologique. Les neuropsychologues (ou « détenteurs de l'attestation pour l'évaluation des troubles neuropsychologiques ») peuvent quant à eux « évaluer diverses fonctions cognitives[,] dont l'attention, la mémoire ainsi que les capacités de raisonnement et d'organisation » (OPQ, s. d.-a, paragr. 2). Ils peuvent donc statuer sur la présence ou non de déficits cognitifs et sur l'ampleur de ces derniers.

D'autres professionnels devront également être impliqués pour l'évaluation des aspects physiques et fonctionnels (p. ex., médecin), financiers (p. ex., conseiller) et juridiques (p. ex., avocat). Par exemple, les travailleurs sociaux ont pour rôle de « procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant » (OPQ, 2016, p. 13). Il est important que l'évaluation des besoins ne soit pas effectuée en vase clos et que les résultats soient analysés « en équipe interdisciplinaire et/ou intersectorielle » (Couture et al., 2019, p. 2).

Actions et suivis

L'intervention en situation de maltraitance implique de « planifier et [de] déployer toute action permettant de diminuer les risques, de gérer, voire de résoudre la situation de maltraitance » (Couture et al., 2019, p. 2). Centrée sur le développement d'un plan d'action et de suivi, cette étape exige de porter un regard global sur la situation en tenant compte à la fois des aspects médicaux, fonctionnels, psychosociaux, financiers et juridiques. Des actions administratives ou organisationnelles peuvent également être mises en place afin de mieux gérer les situations de maltraitance. Il est du rôle des psychologues d'identifier les interventions ou les traitements psychologiques à effectuer et d'intervenir selon leurs champs de compétences « dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement » (OPQ, 2016, p. 2).

Puisque la maltraitance survient toujours dans le cadre d'une relation où il devrait y avoir de la confiance et qu'elle est fréquemment perpétrée par un membre de la famille au sein même du domicile de la personne aînée (Zeranski et Halgin, 2011), la prise en compte de l'aspect interactionnel entre la personne et son environnement est d'autant plus importante. D'ailleurs, bien qu'un nombre limité d'études

s'attardent à l'efficacité des interventions en contexte de maltraitance, une revue systématique et méta-analyse récente (Shen et al., 2021) rapporte que les interventions psychosociales les plus efficaces sont celles qui se concentrent le plus sur la dynamique familiale, en incluant la personne aînée et les personnes proches aidantes tout en combinant l'éducation des personnes impliquées et l'ajout de services de soutien.

Il faut également noter qu'une large proportion de personnes maltraitées, mais aussi de personnes maltraitantes, ont vécu des expériences passées de violence ou de négligence (enfance ou âge adulte) [Acierno et al., 2010; Storey, 2020]. Ainsi, bon nombre de personnes impliquées dans une situation de maltraitance peuvent bénéficier d'une approche de soins tenant compte des traumatismes (*trauma-informed care*) [Swanson Ernst et Maschi, 2018]. Selon cette approche, l'organisation doit : 1) reconnaître que les interventions coercitives peuvent être traumatisantes; 2) offrir de la formation sur les traumatismes à son personnel; 3) encourager l'écoute des usagers; 4) tenir compte de la personne et de son environnement; 5) mettre l'accent sur les événements et non sur les défauts de la personne (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014).

Globalement, l'implication du psychologue dans la gestion des situations de maltraitance gagne à s'arrimer à certains principes afin que la personne aînée ne soit pas victimisée davantage et qu'elle reçoive un soutien adéquat :

- Respecter l'autonomie de la personne aînée et lui offrir un suivi personnalisé (OPQ, 2016);
- Travailler avec ses clients de manière collaborative afin de préserver l'alliance thérapeutique tout en prenant simultanément les mesures nécessaires pour protéger les personnes vulnérables (Zeranski et Halgin, 2011);
- Consulter des collègues afin de trouver la meilleure façon d'intervenir (Zeranski et Halgin, 2011);
- Impliquer des professionnels d'autres disciplines en travaillant en équipe multidisciplinaire ou en dirigeant la personne vers des services complémentaires (Zeranski et Halgin, 2011).

[L]es interventions psychosociales les plus efficaces sont celles qui se concentrent le plus sur la dynamique familiale, en incluant la personne aînée et les personnes proches aidantes tout en combinant l'éducation des personnes impliquées et l'ajout de services de soutien.

Conclusion

La L-6.3 souligne l'importance d'identifier et l'obligation de signaler certaines situations de maltraitance, et ce, sans délai. Les psychologues ont la responsabilité d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences en maltraitance et en vieillissement afin de contribuer efficacement à la lutte contre la maltraitance et de se conformer à leurs obligations professionnelles. Par leur expertise en santé mentale, ils sont des acteurs importants dans l'évaluation de la situation et le traitement des personnes impliquées. Les psychologues travaillant pour le RSSS peuvent se référer à la politique de lutte contre la maltraitance de l'établissement où ils œuvrent, accéder aux formations disponibles et bénéficier des structures de soutien internes prévues à cet effet. Tout psychologue travaillant pour le réseau public ou privé ayant des questions concernant la maltraitance peut contacter la LAAA, qui offre des services de consultation et de soutien 7 jours par semaine. Il est aussi possible d'obtenir des informations en français et en anglais sur les sites de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées (www.maltraitancedesaines.com), du Domaine d'expertise pour contrer la maltraitance du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (www.creges.ca) et de la LAAA (www.aideabusaines.ca).



BIOGRAPHIES DES AUTEURS

EN ORDRE ALPHABÉTIQUE

Lucile Agarrat, master en psychologie, psychologue, neuropsychologue

Psychologue et superviseure à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Spécialisée en gérontologie, elle travaille depuis plus de 10 ans auprès de personnes âgées présentant diverses problématiques (notamment les troubles neurocognitifs et les symptômes psychologiques et comportementaux associés, et la douleur chronique). Elle a aussi développé une expertise dans la prise en charge psychologique des proches aidants et offre régulièrement des formations et conférences à ce sujet.

Julie Beauchamp, Ph. D. (sexologie)

Professeure adjointe au Département de psychiatrie et de neurosciences de l'Université Laval et chercheuse régulière au Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Elle détient un doctorat en sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Son champ d'expertise se situe à la croisée des domaines de la diversité sexuelle et de genre, de la sexualité et du vieillissement. Elle s'intéresse aux questions d'équité, d'inclusion/exclusion sociale et au développement de pratiques inclusives et antioppressives.

Benjamin Boller, Ph. D., psychologue, neuropsychologue

Professeur adjoint au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheur régulier au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Ses intérêts de recherche sont axés sur le vieillissement cognitif normal et pathologique. Ses travaux de recherche portent sur les facteurs interindividuels qui modulent les effets de l'avancée en âge sur le cerveau et la cognition et sur le développement d'interventions cognitives préventives du déclin des capacités cognitives.

D^{re} Stéphanie Bourassa, D. Ps., psychologue

Psychologue en santé mentale adulte au CLSC de la Jacques-Cartier, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Diplômée de l'Université de Sherbrooke, elle pratique principalement auprès d'une clientèle adulte aux prises avec un trouble de la personnalité. Ses travaux de recherche, sous la direction de la D^{re} Lise Gagnon, psychologue, se sont intéressés à l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique interpersonnelle pour le traitement des symptômes dépressifs chez les personnes vivant avec un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer.

D^{re} Soojin Chun, M.D., FRCP(C), gériatropsychiatre

Professeure adjointe au Département de psychiatrie de l'Université d'Ottawa

Elle détient une certification en psychiatrie et en gériatopsychiatrie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Son travail clinique est axé sur les consultations externes en psychiatrie gériatrique et les centres d'hébergement et de soins pour les personnes âgées. Elle est également directrice de l'éducation pour la Division de psychiatrie gériatrique de l'Université d'Ottawa et a publié plusieurs articles sur l'éducation en psychiatrie gériatrique et sur les soins cliniques.

Mélanie Couture, M.A. (gérontologie), Ph. D. (sciences cliniques)

Professeure agrégée à l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke et titulaire de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées

Chercheuse en gérontologie sociale depuis plus d'une décennie, ses recherches visent la coconstruction et l'intégration d'innovations cliniques et organisationnelles pour la prévention et la gestion de situations de maltraitance en contexte de proche aidance, dans les milieux de vie communs et dans l'utilisation de technologies de maintien à domicile.

Karianne Dion, B.A. (psychologie)

Étudiante au doctorat en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa

Son travail clinique et ses intérêts de recherche portent sur le traitement de l'insomnie avec comorbidités psychiatriques. Elle est récipiendaire de la bourse d'études supérieures du Canada Vanier 2022 décernée par les Instituts de recherche en santé du Canada.

Romane Duquette-Laplante, B.A. (psychologie)

Étudiante au doctorat en recherche et intervention en psychologie à l'Université de Sherbrooke

Poursuivant son doctorat (Ph. D. R/I) à l'Université de Sherbrooke sous la direction de la D^{re} Lise Gagnon, psychologue, elle s'intéresse au vieillissement et à la psychothérapie psychodynamique, notamment pour les personnes âgées. Son projet doctoral porte sur la psychothérapie psychodynamique interpersonnelle comme traitement pour la dépression chez les personnes vivant avec un trouble neurocognitif léger dû à la maladie d'Alzheimer.

D^{re} Lise Gagnon, Ph. D., psychologue, neuropsychologue

Professeure agrégée au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke et directrice du Laboratoire de recherche sur la psychologie clinique de la musique et des sages (PsyMuSa)

Elle a travaillé 15 ans à titre de neuropsychologue clinicienne à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS), tout en entamant une carrière de chercheuse au Centre de recherche sur le vieillissement (CDRV) de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Depuis 2004, elle est professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke et poursuit ses travaux de recherche au CDRV. Un volet important de sa programmation de recherche porte sur l'élaboration d'un modèle de psychothérapie psychodynamique pour le traitement des personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur. Elle a créé PsyMuSa (<https://psymusa.com>), un laboratoire de recherche alliant ses intérêts pour la psychologie clinique, la musique et les aînés.

Catherine Gosselin, B.A. (psychologie)

Étudiante au doctorat continuum d'études en psychologie, profil recherche et intervention, parcours neuropsychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et membre étudiante du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Ses intérêts cliniques et ses travaux de recherche portent sur le bien-vieillir cognitif et les facteurs qui le favorisent. Ses travaux de thèse s'intéressent au déclin cognitif associé à la prise de la retraite ainsi qu'au rôle de la réserve cognitive.

D^r Carol Hudon, Ph. D., psychologue, neuropsychologue

Professeur titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval et chercheur régulier aux centres CERVO et VITAM

À la fois clinicien et chercheur, il a été récipiendaire en 2022 du prix Brenda Milner de l'Association québécoise des neuropsychologues. Ses intérêts de recherche portent sur les symptômes cognitifs, comportementaux et psychologiques de la maladie d'Alzheimer tout au long de son spectre (c.-à-d. du prodrome aux stades modéré et grave).

Sarita Israel, B.A. (service social), B.A. (sociologie), travailleuse sociale

Coordonnatrice et praticienne-chercheuse au Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, Domaine d'expertise pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées

Reposant sur 30 ans de collaboration entre pratique et recherche, son travail porte sur le développement de connaissances, de formations, de politiques et d'outils pour contrer la maltraitance. Elle a été récipiendaire du Prix d'excellence du CIUSSS CCOMTL 2022, catégorie « service exceptionnel ». Elle assume actuellement plusieurs mandats ministériels liés à son domaine d'expertise.

Maude Lecompte, Ph. D. (sexologie)

Chargée de projets au Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche

Docteure en sexologie, ses intérêts de recherche portent sur les nouvelles technologies, notamment les applications de rencontre. Chargée de cours au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal, elle est également responsable des projets scientifiques et pédagogiques qui traitent de la sexualité des personnes aînées au CREGÉS.

Sonia Lupien, Ph. D. (sciences neurologiques)

Professeure titulaire à l'Université de Montréal, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le stress humain et directrice du Centre d'études sur le stress humain

Chercheuse scientifique depuis plus de 30 ans, elle étudie les effets du stress sur le cerveau, de l'enfance à l'âge avancé. Elle est l'autrice de *Par amour du stress*, un livre de vulgarisation scientifique résumant les recherches portant sur le stress, et de *À chacun son stress*, qui résume les effets du débordement parental sur le stress des enfants et les moyens de contrer ces effets.

D^{re} Rébecca Robillard, Ph. D., psychologue, neuropsychologue

Professeure associée à l'École de psychologie de l'Université d'Ottawa, chercheuse à l'Institut de recherche en santé mentale du Royal et coprésidente du Consortium canadien de recherche sur le sommeil

Récipiendaire du prix de jeune chercheuse de la Société canadienne du sommeil, elle mène des études pour mieux comprendre les différents sous-types d'insomnie et les interactions entre le sommeil, les rythmes biologiques et la santé mentale chez les jeunes, les adultes et les aînés. Elle travaille aussi à développer le Consortium canadien de recherche sur le sommeil et s'investit dans la mobilisation des connaissances sur l'importance du sommeil pour la santé mentale et physique.

Alfonso Santarpia, laurea en psychologie, psychologue

Professeur agrégé au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, directeur du Laboratoire expérimental sur les arts et les spiritualités (LEAS) et chercheur régulier au Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie (RQSPAL)

Il mène des recherches sur les effets thérapeutiques des pratiques artistiques en psycho-oncologie. Ses travaux s'inscrivent dans une approche d'orientation humaniste/existentielle. Il est l'auteur du livre *Introduction aux psychothérapies humanistes*, en deuxième édition, chez Dunod.

Kevin St-Martin, M. Serv. soc.

Coordonnateur de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées

Depuis qu'il s'est joint à l'équipe de la Chaire en 2018, il a contribué à diverses communications scientifiques et à l'écriture de plusieurs articles, chapitres de livres et rapports gouvernementaux à titre d'auxiliaire et de professionnel de recherche. Ses principaux intérêts de recherche incluent la maltraitance envers les personnes âgées et l'utilisation de la technologie dans les pratiques d'intervention.

Émilie Tassé, B.A. (psychologie)

Étudiante au doctorat en recherche et intervention en psychologie à l'Université de Sherbrooke

Elle poursuit son doctorat sous la direction de la D^{re} Lise Gagnon, psychologue. Ses intérêts portent sur le vieillissement, les personnes âgées ainsi que la musique. Son projet doctoral s'intéresse aux effets des interventions d'écoute musicale pour la dépression chez les personnes vivant avec un trouble neuro-cognitif léger dû à la maladie d'Alzheimer. Elle effectue présentement son internat à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Jean Paul W. Tremblay, M.A. Ps., psychologue

Chargé de cours à l'Université du Québec à Trois-Rivières et membre fondateur et trésorier du Regroupement des psychologues en gérontologie du Québec

Ayant exercé plus de trente ans comme psychologue clinicien auprès des personnes âgées dans un centre de réadaptation pour les personnes ayant une perte auditive, il contribue depuis huit ans à la formation d'étudiants en psychologie et à l'enrichissement de leurs connaissances et de leurs compétences auprès de la clientèle âgée. Il est également membre fondateur du Regroupement des psychologues en gérontologie du Québec, qui contribue au rayonnement et à la diffusion des connaissances de la pratique du gérontopsychologue.

D^{re} Mélanie Vendette, Ph. D., psychologue, neuropsychologue

Centre d'études avancées en médecine du sommeil (CÉAMS) et Département de santé physique et de traumatologie de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal

Elle est spécialisée dans le traitement des troubles du sommeil à l'aide d'une approche cognitive-comportementale. Elle s'intéresse plus précisément à l'insomnie et collabore à différents projets de recherche.

D^{re} Laurence Villeneuve, Psy. D./Ph. D., psychologue

Membre de l'équipe ambulatoire SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, chargée de cours au Département de psychologie de l'Université de Montréal et présidente du Regroupement des psychologues en gérontologie du Québec

Elle exerce comme psychologue clinicienne spécialisée en vieillissement depuis près de 10 ans. Au cours des dernières années, elle a contribué au développement de la profession notamment à travers la diffusion de capsules de formation destinées aux professionnels exerçant auprès des personnes âgées et de leurs proches aidants. Elle s'intéresse particulièrement à l'amélioration des services psychologiques offerts aux personnes âgées et à leur entourage.

Philippe Voyer, Ph. D. (sciences infirmières)

Professeur titulaire et responsable de la formation continue à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

Il est l'auteur de plusieurs livres utilisés au Québec et en Europe qui ont remporté de prestigieux prix, dont le Prix du ministre de l'Éducation. Il a aussi été l'expert mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans un projet vitrine visant à transformer des CHSLD classiques en CHSLD Alzheimer.

Isabelle Wallach, Ph. D. (ethnologie)

Professeure agrégée au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal et responsable de l'Équipe de recherche en partenariat Vieillissements, exclusions sociales et solidarités (VIES)

Spécialisée en gérontologie sociale, elle s'intéresse aux différentes facettes de la sexualité des personnes âgées. Ses travaux de recherche portent notamment sur le VIH et le vieillissement, l'image corporelle des femmes âgées, la vie intime des personnes âgées de la diversité sexuelle et la sexualité en contexte de soins palliatifs.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Chapitre 01

- Agence de la santé publique du Canada. (2020). *Viellissement et maladies chroniques : profil des aînés canadiens*. <https://www.canada.ca/fr/services/sante/publications/maladies-et-affections/vieillesse-maladies-chroniques-profil-aines-canadiens-rapport.html>
- American Psychological Association. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59(4), 236-260.
- Arriagada, P. (2020). *Regards sur la société canadienne : l'expérience et les besoins des aidants âgés au Canada*. Statistique Canada.
- Bodner, E., Palgi, Y. et Wyman, M. F. (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. Dans L. Ayalon et C. Tesch-Römer (dir.), *Contemporary perspectives on ageism* (p. 241-262). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_15
- Brehm, S. S. (2008). *Report of the APA Presidential Task Force on Integrated Health Care: Blueprint for change—Achieving integrated health care for an aging population*. American Psychological Association.
- Brillouin, M. (2011). L'alliance thérapeutique : un défi constant pour le thérapeute. *Psychologie Québec*, 28(2), 20-23.
- Carstensen, L. (2009). *A long bright future: Happiness, health and financial security in an age of increased longevity*. Random House.
- Carstensen, L. (2012). *Older people are happier*. TED. https://www.ted.com/talks/laura_carstensen_older_people_are_happier/transcript
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2021). *Portrait des organisations d'hébergement et des milieux de vie au Québec*. Gouvernement du Québec.
- Diehl, M. (1999). Self-development in adulthood and aging: The role of critical life events. Dans C. D. Ryff et V. M. Marshall (dir.), *The self and society in aging processes* (p. 150-182). Springer Publishing Company.
- Drayer, R. A., Mulsant, B. H., Lenze, E. J., Rollman, B. L., Dew, M. A., Kelleher, K., Karp, J. F., Begley, A., Schulberg, H. C. et Reynolds, C. F. III. (2005). Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(10), 973-982. <https://doi.org/10.1002/gps.1389>
- Drouin, S. (2021). Habiletés et ressources du thérapeute influent sur l'alliance thérapeutique. Dans M.-J. Brennstuhl et F. Marteau-Chasserieu (dir.), *Aide-mémoire : l'alliance thérapeutique en 66 notions* (p. 93-98). Dunod.
- Duffy, M. (1999). *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. Wiley.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M. et Kivnick, H. Q. (1989). *Vital involvement in old age*. W. W. Norton.
- Flett, G. L. (2018). *The psychology of mattering: Understanding the human need to be significant*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/C2015-0-06160-3>
- Flett, G. L. et Heisel, M. H. (2021). Aging and feeling valued versus expendable during the COVID-19 pandemic and beyond: A review and commentary of why mattering is fundamental to the health and well-being of older adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(6), 2443-2469. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00339-4>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. et Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Gilmour, H. et Ramage-Morin, P. M. (2020). Isolement social et mortalité chez les personnes âgées au Canada. *Rapports sur la Santé*, 31(3), 29-41.
- Héту, J.-L. (2016). *Psychologie du vieillissement : comprendre pour mieux intervenir*. GroupÉditions.
- Holmes, T. H. et Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Horvath, A. O. et Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2018). Défis et soutien des aidants naturels. <https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada/defis-et-soutien-des-aidants-naturels>
- James, I. A. (2010). *Cognitive behavioural therapy with older people*. Jessica Kingsley Publishers.
- Kivnick, H. Q. et Kavka, A. (1999). It takes two: Therapeutic alliance with older clients. Dans Duffy, M. (dir.), *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults* (p. 107-131). Wiley.
- Laforest, J. (1989). *Introduction à la gérontologie*. Hurtubise HMH Limitée.
- Martin, D. J., Garske, J. P. et Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022, 1^{er} octobre). *Viellissement et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Pageau, J., Choinière, R., Ferland, M. et Sauvageau, Y. (2001). *Portrait de santé : le Québec et ses régions*. Institut national de santé publique du Québec.
- Pinquart, M. et Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Pons-Massiera, E. et Bosc, N. (2021). L'alliance thérapeutique avec la personne âgée. Dans M.-J. Brennstuhl et F. Marteau-Chasserieu (dir.), *Aide-mémoire : l'alliance thérapeutique en 66 notions* (p. 217-222). Dunod.
- Prévaille, M., Héberg, R., Bravo, G. et Boyer, R. (2000). *Prévalence de la détresse psychologique sévère, utilisation des services de santé et consommation de psychotropes chez les personnes âgées en perte d'autonomie*. Centre de recherche et de gérontologie et gériatrie, Université de Sherbrooke.

- Prévaille, M., Vasiliadis, H., Boyer, R., Goldfarb, M., Demers, K., Brassard, J. et Béland, S. (2009). Use of health services for psychological distress symptoms among community-dwelling older adults. *Canadian Journal on Aging*, 28(1), 51-61. <https://doi.org/10.1017/S0714980809090011>
- Société Alzheimer du Canada. (2022). *Les troubles neurocognitifs au Canada : quelle direction à l'avenir ?* <https://alzheimer.ca/fr/la-recherche/rapports-sur-les-troubles-neuro-cognitifs/etude-marquante-1>
- Vasiliadis, H.-M., Lamoureux-Lamarche, C., Berbiche, D. et Dionne P. A. (2019). Évaluation de l'efficience des services de médecine générale : introduction à l'analyse économique et applications en psychiatrie. Dans H.-M. Vasiliadis (dir.), *Épidémiologie psychiatrique et services de santé mentale en médecine générale : étude sur les personnes âgées* (p. 400-424). Presses de l'Université de Montréal.

Chapitre 02

- Alix. (2023). *Lexique de la diversité*. <https://alix.interligne.co/vocabulaire-diversite/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Auger, J. A. et Krug, K. (2013). *Under the rainbow: A primer on queer issues in Canada*. Fernwood Publishing.
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems*. Churchill Livingstone Elsevier.
- Baril, A. (2018). Hommes trans et handicapés : une analyse croisée du cisgenrisme et du capacitisme. *Genre, sexualité et société*, 19. <https://doi.org/10.4000/gss.4218>
- Barrett, C., Cramer, P., Lambourne, S., Latham, J. R. et Whyte, C. (2015). Understanding the experiences and needs of lesbian, gay, bisexual and trans Australians living with dementia, and their partners. *Australasian Journal on Ageing*, 34(52), 34-38. <https://doi.org/10.1111/ajag.12271>
- Barrett, C. et Hinchliff, S. (2018). *Addressing the sexual rights of older people: Theory, policy and practice*. Routledge.
- Basson, R., Rees, P., Wang, R., Montejó, A. L. et Incrocci, L. (2010). Sexual function in chronic illness. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 374-388. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01621.x>
- Beauchamp, J., Brotman, S., Chamberland, L. et Ferrer, I. (2018). Aînés LGBT : quelle source de soutien et de soins lors du vieillissement ? Dans V. Billette, P. Marier et A.-M. Séguin (dir.), *Les vieillissements sous la loupe : entre mythes et réalités* (p. 257-264). Presses de l'Université Laval.
- Beauchamp, J. et Chamberland, L. (2015). Les enjeux de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes. *Santé mentale au Québec*, 40(3), 173-192. <https://doi.org/10.7202/1034917ar>
- Beaulieu, M. et Lussier-Therrien, M. (2016). L'agression sexuelle envers les aînées : un problème social en mal de reconnaissance. *Recherches féministes*, 29(2), 199-213. <https://doi.org/10.7202/1038727ar>
- Belgrave, F. Z., Javier, S. J., Butler, D., Dunn, C., Richardson, J. et Bryant, L. (2018). "I don't know and I don't want to know": A qualitative examination of older African American women's knowledge and experiences with HIV. *Journal of Black Psychology*, 44(7), 644-666. <https://doi.org/10.1177/0095798418813222>
- Bergeron, C. D., Goltz, H. H., Szucs, L. E., Reyes, J. V., Wilson, K. L., Ory, M. G. et Smith, M. L. (2017). Exploring sexual behaviors and health communication among older women. *Health Care Women International*, 38(12), 1356-1372. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1329308>
- Bober, S. et Varela, V. S. (2012). Sexuality in adult cancer survivors: Challenges and interventions. *Journal of Clinical Oncology*, 30(30), 3712-3719. <https://osf.io/fd2mh/download>
- Brotman, S., Ferrer, I., Sussman, T., Ryan, B. et Richard, B. (2015). Access and equity in the design and delivery of health and social care to LGBTQ older adults: A Canadian perspective. Dans N. A. Orel et C. A. Fruhauf (dir.), *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (p. 111-140). American Psychological Association.
- Caradec, V. (2012). Vieillir après la retraite, une expérience genrée : les apports d'une recherche sur le veuvage. *Sociologies*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.4125>
- Chamberland, L., Beaulieu-Prévost, D., Julien, D., N'Bouké, A. et de Pierrepont, C. (2012). *Portrait sociodémographique et de santé des populations LGB au Québec – Analyse secondaire des données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Université du Québec à Montréal.
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C. et Frisch, M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 121-132.
- CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. (2016). *Le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans le monde doublera entre 2030 et 2050*. <https://santemontreal.qc.ca/population/fh/actualites/nouvelle/le-nombre-de-personnes-atteintes-de-la-maladie-dalzheimer-dans-le-monde-doublera-entre-2030-et-2050>
- Connolly, M.-T., Breckman, R., Callahan, J., Lachs, M., Ramsey-Klawnsnik, H. et Solomon, J. (2012). The sexual revolution's last frontier: How silence about sex undermines health, well-being, and safety in old age. *Generations*, 36(3), 43-52. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.163089>
- Cook, J. M., Dinnen, S. et O'Donnell, C. (2011). Older women survivors of physical and sexual violence: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Women's Health*, 20(7), 1075-1081. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2279>
- Darnaud, T., Sirvain, S., Igier, V. et Taiton, M. (2013). Une étude sur la sexualité cachée des personnes âgées en institution. *Sexologies*, 22(4), 169-175. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.03.008>

- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: A review and synthesis. *The Journal of Sex Research*, 49, 125-141. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.603168>
- Derouesné, C. (2005). Sexualité et démences. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 3(4), 281-289.
- Derouesné, C. (2009). Comportements dits d'hypersexualité et démences. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 7(2), 101-108. <https://doi.org/10.1684/pnv.2009.0164>
- de Vocht, H., Hordern, A., Notter, J. et van de Wiel, H. (2011). Stepped skills: A team approach towards communication about sexuality and intimacy in cancer and palliative care. *The Australasian Medical Journal*, 4(11), 610-619.
- Dupras, A. (2015). Maladie d'Alzheimer et vie sexuelle en institution : un nécessaire travail sexologique. *Sexualités, handicap et droits humains*, 21(2), 49-60. <https://doi.org/10.7202/1086468ar>
- Dupras, A. (2016). Une sexualité en santé et enchantée pour les personnes âgées. *Empan*, 6(102), 123-129. <https://doi.org/10.3917/empa.102.0123>
- Eshmaew, M., Fredouille, J. A. E. et Bianchi-Demicheli, F. (2020). Âge avancé, déclin cognitif et sexualité dans les institutions de santé. *Revue médicale suisse*, 16(686), 548-551. <https://doi.org/10.53738/REVMEDE.2020.16.686.0548>
- Fileborn, B., Hinchliff, S., Lyons, A., Heywood, W., Minichiello, V., Brown, G., Malta, S., Barrett, C. et Cramer, P. (2017). The importance of sex and the meaning of sex and sexual pleasure for men aged 60 and older who engage in heterosexual relationships: Findings from a qualitative interview study. *Archives of Sexual Behavior*, 46(7), 2097-2110. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0918-9>
- Fileborn, B., Thorpe, R., Hawkes, G., Minichiello, V., Pitts, M. et Dune, T. (2015). Sex, desire and pleasure: Considering the experiences of older Australian women. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(1), 117-130. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.936722>
- Frankowski, A. C. et Clark, L. J. (2009). Sexuality and intimacy in assisted living: Residents' perspectives and experiences. *Sexuality Research and Social Policy*, 6(4), 25-37. <https://doi.org/10.1525/srsp.2009.6.4.25>
- Freak-Poli, R. et Malta, S. (2020). An overview of sexual behaviour research in later life: Quantitative and qualitative findings. *Australasian Journal on Ageing*, 39(51), 16-21. <https://doi.org/10.1111/ajag.12773>
- Gedin, T. C. et Resnick, B. (2014). Increasing risk awareness and facilitating safe sexual activity among older adults in senior housing. *Journal of Community Health Nursing*, 31(4), 187-197. <https://doi.org/10.1080/07370016.2014.958390>
- Gewirtz-Meydan, A. et Ayalon, L. (2020). "Shades of grey": Exploring public opinion about later-life sexuality. *Canadian Journal on Aging*, 39(4), 647-661. <https://doi.org/10.1017/S071498081900062X>
- Giami, A. et Ory, L. (2012). Constructions sociales et professionnelles de la sexualité dans le contexte de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 35(140), 145-158. <https://doi.org/10.3917/g.s.140.0145>
- Gianotten, W. L. (2007). Sexuality in the palliative-terminal phase of cancer. *Sexologies*, 16(4), 299-303.
- Gott, M. (2005). *Sexuality, sexual health and ageing*. Open University Press.
- Gott, M. et Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science and Medicine*, 56(8), 1617-1628. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00180-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00180-6)
- Gouvernement du Canada. (2022a). *Démence : vue d'ensemble*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/demence.html>
- Gouvernement du Canada. (2022b). *Contre les répercussions sociales et économiques dues à l'agisme au Canada. Guide de discussion sur l'agisme*. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/consultation-agisme/guide-discussion.html>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Les aînés du Québec. Quelques données récentes* (2^e éd.). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aines/aines-quebec-chiffres.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2020). *Les agressions sexuelles contre les personnes aînées existent et marquent profondément. Soyons vigilants*. <https://www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2020/02/Ainees.versionfrancaise.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2021a). *Amour, sexualité et démence en milieu d'hébergement : réflexions pour guider les pratiques*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-830-42W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2021b). *Viellir en santé. Rapport du Directeur national de santé publique 2021*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-228-01W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2023). *À propos de la maltraitance envers les personnes aînées et les personnes vulnérables*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/violences/maltraitance-aines-personnes-vulnerables/a-propos-maltraitance-aines-personnes-vulnerables>
- Hafford-Letchfield, T. (2021). The role of professionals and service providers in supporting sexuality and intimacy in later life: Theoretical and practice perspectives. Dans T. Hafford-Letchfield, P. Simpson et P. Reynolds (dir.), *Sex and diversity in later life: Critical perspectives*. Policy Press.
- Hightower, J. (2004). Age, gender and violence: Abuse against older women. *Geriatrics and Aging*, 7(3), 60-63.
- Hinchliff, S. et Gott, M. (2016). Ageing and sexuality in Western societies: Changing perspectives on sexual activity, sexual expression and the 'sexy' older body. Dans E. Peel et R. Harding (dir.), *Ageing and sexualities: Interdisciplinary perspectives* (p. 11-32). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315566207>
- Hordern, A. J. et Street, A. F. (2007). Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: Mismatched expectations and unmet needs. *The Medical Journal of Australia*, 186(5), 224-227. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb00877.x>
- Institut de la statistique du Québec. (2020). *Vers une population de 10 millions de personnes au Québec d'ici 2066*. <https://statistique.quebec.ca/fr/communiqués/vers-une-population-de-10-millions-de-personnes-au-quebec-2066>
- Institut de la statistique du Québec. (2022). *Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le sexe, Québec, 1975-1977 à 2022*. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/esperance-de-vie-a-la-naissance-et-a-65-ans-selon-le-sexe-quebec>
- Institut national de la recherche scientifique. (2023). *Les violences à caractère sexuel, c'est quoi ?* <https://inrs.ca/inrs/services-a-la-communauté/harcèlement-psychologique-et-violences-a-caractere-sexuel/les-violences-a-caractere-sexuel-cest-quoi/>
- Institut national de santé publique du Québec. (2019). *L'intimidation vécue par les personnes de la diversité sexuelle ou de genre*. <https://www.inspq.qc.ca/intimidation/personnes-de-la-diversite-sexuelle-ou-de-genre>
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. National Academies Press.
- Interligne. (2023a). *Qu'est-ce que l'asexualité ?* https://interligne.co/questions_frequentes/asexualite-definition/
- Interligne. (2023b). *Qu'est-ce que l'orientation sexuelle ? Qu'est-ce que l'orientation romantique ?* https://interligne.co/questions_frequentes/orientation-sexuelle-romantique/
- Jennings, A. (2015). Knowledge of sexually transmitted infections among older veterans. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 4(2).
- Johnson, B. K. (2013). Sexually transmitted infections and older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 53-60. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130918-01>
- Kasif, T. et Band-Winterstein, T. (2017). Older widows' perspectives on sexuality: A life course perspective. *Journal of Aging Studies*, 41, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.01.002>
- Kelemen, A., Cagle, J. et Groninger, H. (2016). Screening for intimacy concerns in a palliative care population: Findings from a pilot study. *Journal of Palliative Medicine*, 19(10), 1102-1105.
- Kolodziejczak, K., Rosada, A., Drewelies, J., Düzel, S., Eibich, P., Tegeler, C., Wagner, G. G., Beier, K. M., Ram, N., Demuth, I., Steinhagen-Thiessen, E. et Gerstorff, D. (2019). Sexual activity, sexual thoughts, and intimacy among older adults: Links with physical health and psychosocial resources for successful aging. *Psychology and Aging*, 34(3), 389-404. <https://doi.org/10.1037/pag0000347>
- Lambelet, A., Brzak, N., Avramito, M. et Hugentobler, V. (2019). Vie sexuelle des personnes âgées en institution : ce qu'elles en disent. *Gérontologie et société*, 41(160), 135-168.
- Lecompte, M., Ducharme, J., Beauchamp, J., Couture, M. (2021). Inclusive practices toward LGBT older adults in healthcare and social services: A scoping review of quantitative and qualitative evidence. *Clinical Gerontologist*, 44(3), 210-221.
- Lee, D. M., Nazroo, J., O'Connor, D. B., Blake, M. et Pendleton, N. (2016). Sexual health and well-being among older men and women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 133-144. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0465-1>
- Lefebvre des Noëttes, V. et Gaillard, J. (2015). Sexualité et avancée en âge. *L'information psychiatrique*, 91(9), 740-746.
- Lemieux, L., Kaiser, S., Pereira, J. et Meadows, L. M. (2004). Sexuality in palliative care: Patient perspectives. *Palliative Medicine*, 18(7), 630-637.
- Leung, M. W., Goldfarb, S. et Dizon, D. S. (2016). Communication about sexuality in advanced illness aligns with a palliative care approach to patient centered care. *Current Oncology Reports*, 18(2), 11.
- Levy, B. R., Ding, L., Lakra, D., Kosteus, J. et Niccolai, L. (2007). Older persons exclusion from sexually transmitted disease risk-reduction clinical trials. *Sexually Transmitted Diseases*, 34(8), 541.
- Lindau, S. et Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *British Medical Journal*, 340. <https://doi.org/10.1136/bmj.c810>
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A. et Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa067423>
- Lurie, E., Nathwani, M., Slater, M., Pascoal, E., Chadwick, S., Smorejova, J. et Guiang, C. (2020). Aging and sexual health: A cross-sectional survey of patients in a Canadian urban academic family health team. *Canadian Journal on Aging*, 39(3), 365-372. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000734>
- Macleod, A., Busija, L. et McCabe, M. (2020). Mapping the perceived sexuality of heterosexual men and women in mid- and later life: A mixed-methods study. *Sexual Medicine*, 8(1), 84-99. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.10.001>
- Macleod, A. et McCabe, M. (2020). Defining sexuality in later life: A systematic review. *Australasian Journal on Ageing*, 39(S1), 6-15. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajag.12741>
- Malta, S. et Wallach, I. (2020). Sexuality and ageing in palliative care environments? Breaking the (triple) taboo. *Australasian Journal on Ageing*, 39(S1), 71-73. <https://doi.org/10.1111/ajag.12744>
- Merghati-Khoei, E., Pirak, A., Yazdkhasti, M. et Rezasoltani, P. (2016). Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *Journal of Research in Medical Science*, 21(1), 136. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.196618>

- Minichiello, V. et Plummer, D. (2004). Factors predicting sexual relationships in older people: An Australian study. *Australasian Journal on Ageing*, 23(3), 125-130. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2004.00018.x>
- Minichiello, V., Rahman, S., Hawkes, G. et Pitts, M. (2012). STI epidemiology in the global older population: Emerging challenges. *Perspectives in Public Health*, 132(4), 178-181. <https://doi.org/10.1177/1757913912445688>
- Morrissey Stahl, K. A., Bower, K. L., Seponksi, D. M., Lewis, D. C., Farnham, A. L. et Cava Tadiq, Y. (2018). A practitioner's guide to end-of-life intimacy: Suggestions for conceptualization and intervention in palliative care. *Omega*, 77(1), 15-35. <https://doi.org/10.1177/0030222817696540>
- Nusbaum, M., Singh, A. et Pyles, A. (2004). Sexual healthcare needs of women aged 65 and older. *Journal of American Geriatrics Society*, 52(1), 117-122.
- Ordre professionnel des sexologues du Québec. (2016). *Commentaires de l'Ordre professionnel des sexologues du Québec sur les meilleures pratiques du volet CHSLD dans le cadre de la consultation des partenaires nationaux du ministère de la Santé et des Services sociaux*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Soins palliatifs*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Viellissement : l'âgeisme*. <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>
- Organisation mondiale de la Santé. (2023a). *L'âgeisme, un enjeu mondial*. <https://www.who.int/fr/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>
- Organisation mondiale de la Santé. (2023b). *Santé sexuelle*. <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
- Ouameri, S., Tourres, F. et Trivalle, C. (2023). Comment gérer les troubles du comportement sexuel en gériatrie ? *NPG*, 23(135), 160-165. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2023.01.001>
- Palacios-Ceña, D., Carrasco-Garrido, P., Hernández-Barrera, V., Alonso-Blanco, C., Jiménez-García, R. et Fernández-de-las-Peñas, C. (2012). Sexual behaviors among older adults in Spain: Results from a population-based national sexual health survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(1), 121-129. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02511.x>
- Peixoto, M. M. et Nobre, P. (2015). Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population-based study with women aged 18 to 79 years. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 41(2), 169-180. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.842195>
- Plaud, C. et Sommier, B. (2011). Veuves joyeuses ou honteuses ? Sexualité ou asexualité après 60 ans suite à la perte du conjoint. *Genre, sexualité et société*, 6. <https://doi.org/10.4000/gss.2174>
- Przybylo, E. (2021). Aging asexually: Exploring desexualisation and ageing intimacies. Dans T. Hafford-Letchfield, P. Simpson et P. Reynolds (dir.), *Sex and diversity in later life: Critical perspectives* (p. 181-198). Policy Press.
- Redelman, M. J. (2008). Is there a place for sexuality in the holistic care of patients in the palliative care phase of life? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 25(5), 366-371. <https://doi.org/10.1177/1049909108318569>
- Ribes, G. (2012). Regards sur l'intimité du dément. *Gérontologie et société*, 35(1), 159-169.
- Ricoy-Cano, A. J., Obrero-Gaitán, E., Caravaca-Sánchez, F. et De La Fuente-Robles, Y. M. (2020). Factors conditioning sexual behavior in older adults: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1716-1719.
- Rigaux, N. (2011). Autonomie et démence I : pour une conception de l'autonomie « dementia-friendly ». *Gériatrie, psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 9(1), 107-115.
- Roach, S. M. (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: Staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 371-379. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03206.x>
- Rutte, A., Welschen, L. M. C., van Splunter, M. M. I., Schalkwijk, A. A. H., de Vries, L., Snoek, F. J., Enzlin, P., Nijpels, G. et Elders, P. J. M. (2016). Type 2 diabetes patients' needs and preferences for care concerning sexual problems: A cross-sectional survey and qualitative interviews. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 42(4), 324-337. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1033578>
- Schlagdenhauffen, R. (2011). Rapports à la conjugalité et à la sexualité chez les personnes âgées en Allemagne. *Genre, sexualité et société*, 6. <https://doi.org/10.4000/gss.2205>
- Sinković, M. et Towler, L. (2019). Sexual aging: A systematic review of qualitative research on the sexuality and sexual health of older adults. *Qualitative Health Research*, 29(9), 1239-1254. <https://doi.org/10.1177/1049732318819834>
- Slinkard, M. et Kazer, M. (2011). Older adults and HIV and STI screening: The patient perspective. *Geriatric Nursing*, 32(5), 341-349.
- Statistique Canada. (2018). Section 3 : *Violence familiale envers les aînés au Canada, affaires déclarées par la police*, 2018. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00018/03-fra.htm>
- Stentagg, M., Skär, L., Berglund, J. S. et Lindberg, T. (2021). Cross-sectional study of sexual activity and satisfaction among older adult's ≥ 60 years of age. *Sexual Medicine*, 9(2). <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.100316>
- Syme, M. et Cohn, T. (2021). Aging sexual stereotypes and sexual expression in mid- and later life: Examining the stereotype matching effect. *Aging and Mental Health*, 25(8), 1507-1514. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758909>
- Tabak, N. et Shemesh-Kigli, R. (2006). Sexuality and Alzheimer's disease: Can the two go together? *Nursing Forum*, 41(4), 158-166. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2006.00054.x>

- Taylor, B. (2014). Experiences of sexuality and intimacy in terminal illness: A phenomenological study. *Palliative Medicine*, 28(5), 438-447.
- Thomas, P. et Hazif-Thomas, C. (2021). La sexualité et l'intimité des personnes âgées. *Trajectorias Humanas Transcontinentales*, 10. <https://doi.org/10.25965/trahs.3686>
- Thomas, L., Scoot Tilley, D. et Esquibel, K. (2015). Sexual assault: Where are mid-life women in research? *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(2), 86-97. <https://doi.org/10.1111/ppc.12067>
- Træen, B., Hald, G. M., Graham, C. A., Enzlin, P., Janssen, E., Kvale, I. L., Carvalheira, A. et Štulhofer, A. (2017). Sexuality in older adults (65+)—An overview of the literature, part 1: Sexual function and its difficulties. *International Journal of Sexual Health*, 29(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/19317611.2016.1224286>
- Træen, B. et Stigum, H. (2010). Sexual problems in 18-67-year-old Norwegians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(5), 445-456. <https://doi.org/10.1177/1403494810371245>
- Trudel, G. (2018). *Vie de couple, sexualité et bien vieillir. Tome 1 : Les études et les recherches sur la vie de couple, la vie sexuelle et la vie psychologique des retraités et des aînés*. Édilivre.
- Varela, V. S., Zhou, E. S. et Bober, S. L. (2013). Management of sexual problems in cancer patients and survivors. *Current Problems in Cancer*, 37(6), 319-352. <http://dx.doi.org/10.1016/j.currprobcancer.2013.10.009>
- Verschuren, J. E., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H. et Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: A generic conceptual framework. *Journal of Sex Research*, 47(23), 153-170.
- Vierthaler, K. (2008). Best practices for working with rape crisis centers to address elder sexual abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(4), 306-322. <https://doi.org/10.1080/08946560802359235>
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J. et Serrat, R. (2014). Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): Comparison of staff and residents' views. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2518-2527. <https://doi.org/10.1111/jan.12398>
- Wallach, I. (2014). La sexualité des âgés : déconstruire les mythes pour mieux accompagner. *L'animation sociale avec les personnes âgées*, 5, 29-38.
- Wallach, I. (2018). Le VIH/sida ne concerne pas les aînés : origines et conséquences d'une fausse croyance. Dans V. Billette, P. Marier et A.-M. Séguin (dir.), *Les vieillissements sous la loupe : entre mythes et réalités* (p. 135-142). Presses de l'Université Laval.
- Wallach, I., Keyser-Verreault, A., Beauchamp, J., Brisson-Guérin, M., Sussman, T. et Durivage, P. (2023). Palliative care professionals' perceptions and communication about sexual expression of older adults at end of life: How biases compromise holistic care. *The Gerontologist*, 63(2), 318-327. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac150>
- Wang, K., Ariello, K., Choi, M., Turner, A., Wan, B. A., Yee, C., Rowbottom, L., Macdonald, R., Lam, H., Drost, L. et Chow, E. (2018). Sexual healthcare for cancer patients receiving palliative care: A narrative review. *Annals of Palliative Medicine*, 7(2), 256-264. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.10.05>

Chapitre 03

- Asmer, M. S., Kirkham, J., Newton, H., Ismail, Z., Elbayoumi, H., Leung, R. H. et Seitz, D. P. (2018). Meta-analysis of the prevalence of major depressive disorder among older adults with dementia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(5). <https://doi.org/10.4088/JCP.17r11772>
- Cheng, S. T., Au, A., Losada, A., Thompson, L. W. et Gallagher-Thompson, D. (2019). Psychological interventions for dementia caregivers: What we have achieved, what we have learned. *Current Psychiatry Reports*, 21(7), 59. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1045-9>
- Conn, D., Amdam, L., Blumberger, D. M., Frank, C., Grief, C., Madan, R., Rabheru, K., Dilara, A. et Minchopoulos, D. (2021). *Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées*. [chrome-extension://efaidnbmn-nibpcapjcclefindmkaj/https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2021/06/CCSMH_Depression_Guidelines_FR_FINAL.pdf](https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2021/06/CCSMH_Depression_Guidelines_FR_FINAL.pdf)
- Connors, M. H., Quinto, L. et Brodaty, H. (2019). Longitudinal outcomes of patients with pseudodementia: A systematic review. *Psychological Medicine*, 49(5), 727-737. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002829>
- Edelstein, B. A., Bamonti, P. M., Gregg, J. J. et Gerolimatos, L. A. (2015). Depression in later life. Dans P. A. Lichtenberg, B. T. Mast, B. D. Carpenter et J. Loebach Wetherell (dir.), *APA handbook of clinical geropsychology: Assessment, treatment, and issues of later life* (vol. 2, p. 3-47). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14459-001>
- Fiske, A., Wetherell, J. L. et Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Haigh, E. A. P., Bogucki, O. E., Sigmon, S. T. et Blazer, D. G. (2018). Depression among older adults: A 20-year update on five common myths and misconceptions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 26(1), 107-122. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.06.011>
- Hinrichsen, G. A. (2020). *Assessment and treatment of older adults: A guide for mental health professionals*. American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0000146-000>
- Jacobs, M. L. et Bamonti, P. M. (2022). Clinical practice: A foundational geropsychology knowledge competency. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(1), 28-42. <https://doi.org/10.1037/cps0000046>
- Krause, N. et Hayward, R. D. (2015). Social perspectives: Support, social relations and well-being. Dans P. A. Lichtenberg, B. T. Mast, B. D. Carpenter et J. Loebach Wetherell (dir.), *APA handbook of clinical geropsychology: History and status of the field and perspectives on aging* (vol. 1, p. 259-299). American Psychological Association.

- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K. et Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>
- Neimeyer, R. A. et Holland, J. M. (2015). Bereavement in later life: Theory, assessment, and intervention. Dans P. A. Lichtenberg, B. T. Mast, B. D. Carpenter et J. Loebach Wetherell (dir.), *APA handbook of clinical geropsychology: Assessment, treatment, and issues of later life* (vol. 2, p. 645-666). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14459-025>
- Santos, J., Martins, S., Azevedo, L. F. et Fernandes, L. (2020). Pain as a risk factor for suicidal behavior in older adults: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.104000>
- Schoenmakers, B., Buntinx, F. et Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, 66(2), 191-200. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.02.009>
- Vézina, J., Cappeliez, P. et Landreville, P. (2021). *Psychologie gérontologique* (4^e éd.). Chenelière Éducation.
- Wiels, W., Baeken, C. et Engelborghs, S. (2020). Depressive symptoms in the elderly—An early symptom of dementia? A systematic review. *Frontiers in Pharmacology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.00034>

Chapitre 04

- Balota, D. A., Dolan, P. O. et Duchek, J. M. (2000). Memory changes in healthy older adults. Dans E. Tulving et F. I. M. Craik (dir.), *The Oxford handbook of memory* (p. 395-409). Oxford University Press.
- Chantome, M., Perruchet, P., Hasboun, D., Dormont, D., Sahel, M., Sourour, N., Zouaoui, A., Marsault, C. et Duyme, M. (1999). Is there a negative correlation between explicit memory and hippocampal volume? *Neuroimage*, 10(5), 589-595.
- Dickerson, S. S. et Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130(3), 355-391.
- Foster, J. K., Meikle, A., Goodson, G., Mayes, A. R., Howard, M., Sunram, S. I., Cezayirli, E. et Roberts, N. (1999). The hippocampus and delayed recall: Bigger is not necessarily better? *Memory*, 7(5-6), 715-732.
- Intons-Peterson, M. J., Rocchi, P., West, T., McLellan, K. et Hackney, A. (1998). Aging, optimal testing times, and negative priming. *Journal of Experimental Psychology*, 24(2), 362-376.
- Lupien, S. J. (2020). *Par amour du stress*. Les Éditions Va Savoie.
- Lupien, S. J., Gaudreau, S., Tchiteya, B. M., Maheu, F., Sharma, S., Nair, N. P., Hauger, R. L., McEwen, B. S. et Meaney, M. J. (1997). Stress-induced declarative memory impairment in healthy elderly subjects: Relationship to cortisol reactivity. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 82(7), 2070-2075.
- Lupien, S. J., Maheu, F., Tu, M., Fiocco, A. et Schramek, T. E. (2007). The effects of stress and stress hormones on human cognition: Implications for the field of brain and cognition. *Brain and Cognition*, 65(3), 209-237.
- Lupien, S. J. et McEwen, B. S. (1997). The acute effects of corticosteroids on cognition: Integration of animal and human model studies. *Brain Research Reviews*, 24(1), 1-27.
- Lupien, S. J., Sindi, S. et Wan, N. (2012). *Quand on teste, est-ce qu'on stresse? Guide pour les professionnels de la santé et les chercheurs travaillant auprès des personnes âgées*. Centre d'études sur le stress humain. https://www.stresshumain.ca/Documents/pdf/KT/KT_document_FR.pdf
- Lupien, S. J., Wilkinson, C. W., Brière, S., Ng Ying Kin, N. M. K., Meaney, M. J. et Nair, N. P. (2002). Acute modulation of aged human memory by pharmacological manipulation of glucocorticoids. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 87(8), 3798-3807.
- Mason, J. W. (1968). A review of psychoneuroendocrine research on the pituitary-adrenal cortical system. *Psychosomatic Medicine*, 30(5), 576-607.
- May, C. P., Hasher, L. et Stoltzfus, E. R. (1993). Optimal time of day and the magnitude of age differences in memory. *Psychological Sciences*, 4(5), 326-330.
- Sindi, S., Fiocco, A. J., Juster, R. P., Pruessner, J. et Lupien, S. J. (2013). When we test, do we stress? Impact of the testing environment on cortisol secretion and memory performance in older adults. *Psychoneuroendocrinology*, 38(8), 1388-1396.
- Winocur, G. et Hasher, L. (2004). Age and time-of-day effects on learning and memory in a non-matching-to-sample test. *Neurobiology of Aging*, 25(8), 1107-1115.
- Zacks, R. T., Hasher, L. et Li, K. Z. H. (1999). Human memory. Dans F. I. M. Craik et T. A. Salthouse (dir.), *The handbook of aging and cognition* (p. 200-230). Erlbaum.

Chapitre 05

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing.
- Ancoli-Israel, S., Ayalon, L. et Salzman, C. (2008). Sleep in the elderly: Normal variations and common sleep disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 16(5), 279-286.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalter, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C. et Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 10-19.
- Bélanger, L., LeBlanc, M. et Morin, C. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for insomnia in older adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 101-115.
- Bélanger, L., Vallières, A. et Morin, C. M. (2006). Insomnie et utilisation accrue de somnifères chez les aînés. *Problématique et alternative de traitement*, 52(8), 968-973.

- Benedict, C., Byberg, L., Cedernaes, J., Hogenkamp, P. S., Giedrats, V., Kilander, L., Lind, L., Lannfelt, L. et Schiöth, H. B. (2015). Self-reported sleep disturbance is associated with Alzheimer's disease risk in men. *Alzheimer's & Dementia*, 11(9), 1090-1097.
- Bootzin, R. R. (1972). Stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the American Psychological Association*, 395-396.
- Camargos, E. F., Louzada, L. L., Quintas, J. L., Naves, J. O., Louzada, F. M. et Nóbrega, O. T. (2014). Trazodone improves sleep parameters in Alzheimer disease patients: A randomized, double-blind, and placebo-controlled study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1565-1574.
- Cassidy-Eagle, E. L., Siebern, A., Chen, H., Kim, H. M. et Palesh, O. (2022). Cognitive-behavioral therapy for insomnia in older adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(1), 146-160.
- Cassidy-Eagle, E., Siebern, A., Unti, L., Glassman, J. et O'Hara, R. (2018). Neuropsychological functioning in older adults with mild cognitive impairment and insomnia randomized to CBT-I or control group. *Clinical Gerontologist*, 41(2), 136-144.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *Centers for Disease Control and Prevention's 2007 to 2008 NHANES*.
- Chand, S. P. et Grossberg, G. T. (2013). How to adapt cognitive-behavioral therapy for older adults. *Current Psychiatry*, 12(3), 10-15.
- Chaput, J. P., Janssen, I., Sampasa-Kanyinga, H., Carney, C. E., Dang-Vu, T. T., Davidson, J. R., Robillard, R. et Morin, C. M. (2022). Economic burden of insomnia symptoms in Canada. *Sleep Health*, 9(2), 185-189.
- Chun, S. et Lee, E. K. (2016). Insomnia in the elderly: Update on assessment and management. *Canadian Geriatric Society Journal of CME*, 6(1).
- Cole, M. G. et Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156.
- Cooke, J. R. et Ancoli-Israel, S. (2006). Sleep and its disorders in older adults. *Psychiatric Clinics*, 29(4), 1077-1093.
- Cricco, M., Simonsick, E. M. et Foley, D. J. (2001). The impact of insomnia on cognitive functioning in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(9), 1185-1189.
- Cross, N. E., Carrier, J., Postuma, R. B., Gosselin, N., Kakinami, L., Thompson, C., Chouchou, F. et Dang-Vu, T. T. (2019). Association between insomnia disorder and cognitive function in middle-aged and older adults: A cross-sectional analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Sleep*, 42(8).
- Crowley, K. (2011). Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychology Review*, 21(1), 41-53.
- Czeisler, C. A., Duffy, J. F., Shanahan, T. L., Brown, E. N., Mitchell, J. F., Rimmer, D. W., Ronda, J. M., Allan, J. S., Emens, J. S., Dijk, D. J. et Kronauer, R. E. (1999). Stability, precision, and near-24-hour period of the human circadian pacemaker. *Science*, 284(5423), 2177-2181.
- Dang-Vu, T. T. et Morin, C. M. (2019). *Prise de position de la Société québécoise de gériatrie sur l'évaluation et la prise en charge de l'insomnie chez la personne âgée*. Société québécoise de gériatrie.
- de Almondes, K. M., Costa, M. V., Malloy-Diniz, L. F. et Diniz, B. S. (2016). Insomnia and risk of dementia in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 109-115.
- Dzierzewski, J. M., Martin, J. L., Fung, C. H., Song, Y., Fiorentino, L., Jouldjian, S., Rodriguez, J. C., Mitchell, M., Josephson, K. et Alessi, C. A. (2019). CBT for late-life insomnia and the accuracy of sleep and wake perceptions: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Sleep Research*, 28(4).
- El-Saifi, N., Moyle, W., Jones, C. et Tuffaha, H. (2016). Quetiapine safety in older adults: A systematic literature review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 41(1), 7-18.
- Epstein, D. R., Sidani, S., Bootzin, R. R. et Belyea, M. J. (2012). Dismantling multicomponent behavioral treatment for insomnia in older adults: A randomized controlled trial. *Sleep*, 35(6), 797-805.
- Fernandez-Mendoza, J., Vgontzas, A. N., Liao, D., Shaffer, M. L., Vela-Bueno, A., Basta, M. et Bixler, E. O. (2012). Insomnia with objective short sleep duration and incident hypertension: The Penn State Cohort. *Hypertension*, 60(4), 929-935.
- Foley, D., Ancoli-Israel, S., Britz, P. et Walsh, J. (2004). Sleep disturbances and chronic disease in older adults: Results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(5), 497-502.
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B. et Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: An epidemiologic study of three communities. *Sleep*, 18(6), 425-432.
- Forbes, D., Blake, C. M., Thiessen, E. J., Peacock, S. et Hawranik, P. (2014). Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Fortier-Brochu, É., Beaulieu-Bonneau, S., Ivers, H. et Morin, C. M. (2012). Insomnia and daytime cognitive performance: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 16(1), 83-94.
- Fortier-Brochu, É. et Morin, C. M. (2014). Cognitive impairment in individuals with insomnia: Clinical significance and correlates. *Sleep*, 37(11), 1787-1798.
- Fung, C. H., Martin, J. L., Josephson, K., Fiorentino, L., Dzierzewski, J. M., Jouldjian, S., Rodriguez Tapia, J. C., Mitchell, M. N. et Alessi, C. (2016). Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in older adults with occult sleep-disordered breathing. *Psychosomatic Medicine*, 78(5), 629-639.

- Gebara, M. A., Siripong, N., DiNapoli, E. A., Maree, R. D., Germain, A., Reynolds, C. F., Kasckow, J. W., Weiss, P. M. et Karp, J. F. (2018). Effect of insomnia treatments on depression: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 35(8), 717-731.
- Gencarelli, A., Sorrell, A., Everhart, C. M., Zurlinden, T. et Everhart, D. E. (2021). Behavioral and exercise interventions for sleep dysfunction in the elderly: A brief review and future directions. *Sleep and Breathing*, 25(4), 2111-2118.
- Godzik, C., Crawford, S. et Ryan, E. (2021). Feasibility of an online cognitive behavioral therapy program to improve insomnia, mood, and quality of life in bereaved adults ages 55 and older. *Geriatric Nursing*, 42(1), 99-106.
- Hinrichsen, G. A. et Leipzig, R. M. (2021). Cognitive behavioral therapy for insomnia in geriatric primary care. *Innovation in Aging*, 5(suppl. 1), 279.
- Irwin, M. R., Carrillo, C., Sadeghi, N., Bjurstrom, M. F., Breen, E. C. et Olmstead, R. (2022). Prevention of incident and recurrent major depression in older adults with insomnia: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 79(1), 33-41.
- Jacobs, G. D., Pace-Schott, E. F., Stickgold, R. et Otto, M. W. (2004). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: A randomized controlled trial and direct comparison. *Archives of Internal Medicine*, 164(17), 1888-1896.
- Jansson-Fröjmark, M. et Lindblom, K. (2008). A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 443-449.
- Jaussent, I., Bouyer, J., Ancelin, M. L., Akbaraly, T., Pérès, K., Ritchie, K., Besset, A. et Dauvilliers, Y. (2011). Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*, 34(8), 1103-1110.
- Klink, M. E., Quan, S. F., Kaltenborn, W. T. et Lebowitz, M. D. (1992). Risk factors associated with complaints of insomnia in a general adult population: Influence of previous complaints of insomnia. *Archives of Internal Medicine*, 152(8), 1634-1637.
- Koffel, E., Bramoweth, A. D. et Ulmer, C. S. (2018). Increasing access to and utilization of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I): A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, 33(6), 955-962.
- Laugsand, L. E., Vatten, L. J., Platou, C. et Janszky, I. (2011). Insomnia and the risk of acute myocardial infarction: A population study. *Circulation*, 124(19), 2073-2081.
- Ma, Y., Hall, D. L., Ngo, L. H., Liu, Q., Bain, P. A. et Yeh, G. Y. (2021). Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in breast cancer: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 55.
- Matheson, E. M. et Hainer, B. L. (2017). Insomnia: Pharmacologic therapy. *American Family Physician*, 96(1), 29-35.
- Matteson-Rusby, S. E., Pigeon, W. R., Gehrman, P. et Perlis, M. L. (2010). Why treat insomnia? *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 12(1).
- McCurry, S. M., Zhu, W., Von Korff, M., Wellman, R., Morin, C. M., Thakral, M., Yeung, K. et Vitiello, M. V. (2021). Effect of telephone cognitive behavioral therapy for insomnia in older adults with osteoarthritis pain: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 181(4), 530-538.
- Mitchell, M. D., Gehrman, P., Perlis, M. et Umscheid, C. A. (2012). Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic review. *BMC Family Practice*, 13(1), 1-11.
- Monk, T. H. (2005). Aging human circadian rhythms: Conventional wisdom may not always be right. *Journal of Biological Rhythms*, 20(4), 366-374.
- Morgan, K., Gregory, P., Tomeny, M., David, B. M. et Gascoigne, C. (2012). Self-help treatment for insomnia symptoms associated with chronic conditions in older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), 1803-1810.
- Morin, C. M., Bélanger, L., LeBlanc, M., Ivers, H., Savard, J., Espie, C. A., Mérette, C., Baillargeon, L. et Grégoire, J. P. (2009). The natural history of insomnia: A population-based 3-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 169(5), 447-453.
- Morin, C. M. et Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *The Lancet*, 379(9821), 1129-1141.
- Morin, C. M., Colechchi, C., Stone, J., Soond, R. et Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: A randomized controlled trial. *JAMA*, 281(11), 991-999.
- Morin, C. M., Hauri, P. J., Espie, C. A., Spielman, A. J., Buysse, D. J. et Bootzin, R. R. (1999). Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep*, 22(8), 1134-1156.
- Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P. et Mérette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7(2), 123-130.
- Nascimento, C. M. C., Ayan, C., Cancela, J. M., Gobbi, L. T. B., Gobbi, S. et Stella, F. (2014). Effect of a multimodal exercise program on sleep disturbances and instrumental activities of daily living performance on Parkinson's and Alzheimer's disease patients. *Geriatrics & Gerontology International*, 14(2), 259-266.
- Neckelmann, D., Mykletun, A. et Dahl, A. A. (2007). Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression. *Sleep*, 30(7), 873-880.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6(2), 97-111.
- Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C. et Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: Developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27(7), 1255-1273.
- Omvik, S., Pallesen, S., Havik, O. E., Kvale, G. et Nordhus, I. H. (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: A randomized controlled trial. *JAMA*, 295(24), 2851-2858.
- Ooms, S. et Ju, Y. E. (2016). Treatment of sleep disorders in dementia. *Current Treatment Options in Neurology*, 18(9), 1-17.
- Palagini, L., Maria Bruno, R., Gemignani, A., Baglioni, C., Ghiadoni, L. et Riemann, D. (2013). Sleep loss and hypertension: A systematic review. *Current Pharmaceutical Design*, 19(13), 2409-2419.
- Patel, D., Steinberg, J. et Patel, P. (2018). Insomnia in the elderly: A review. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(6), 1017-1024.
- Pearson, N. J., Johnson, L. L. et Nahin, R. L. (2006). Insomnia, trouble sleeping, and complementary and alternative medicine: Analysis of the 2002 National Health Interview Survey data. *Archives of Internal Medicine*, 166(16), 1775-1782.
- Perlis, M. L., Smith, L. J., Lyness, J. M., Matteson, S. R., Pigeon, W. R., Jungquist, C. R. et Tu, X. (2006). Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(2), 104-113.
- Pigeon, W. R., Hegel, M., Unützer, J., Fan, M. Y., Sateia, M. J., Lyness, J. M., Phillips, C. et Perlis, M. L. (2008). Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *Sleep*, 31(4), 481-488.
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M. A., Cooke, M. et Denberg, T. D. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 165(2), 125-133.
- Richardson, G. S., Carskadon, M. A., Orav, E. J. et Dement, W. C. (1982). Circadian variation of sleep tendency in elderly and young adult subjects. *Sleep*, 5(suppl. 2), S82-S94.
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groseelj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J.,... Spiegelhalter, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26(6), 675-700.
- Romanella, S. M., Roe, D., Paciorko, R., Cappon, D., Ruffini, G., Menardi, A., Rossi, A., Rossi, S. et Santaronecchi, E. (2020). Sleep, noninvasive brain stimulation, and the aging brain: Challenges and opportunities. *Ageing Research Reviews*, 61.
- Rybarczyk, B., Lund, H. G., Garroway, A. M. et Mack, L. (2013). Cognitive behavioral therapy for insomnia in older adults: Background, evidence, and overview of treatment protocol. *Clinical Gerontologist*, 36, 70-93.
- Sadler, P., McLaren, S., Klein, B. et Jenkins, M. (2018). Advancing cognitive behaviour therapy for older adults with comorbid insomnia and depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(2), 139-154.
- Sateia, M. J., Buysse, D. J., Krystal, A. D., Neubauer, D. N. et Heald, J. L. (2017). Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13(2), 307-349.
- Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C. et Sateia, M. (2008). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4(5), 487-504.
- Schwartz, S., Anderson, W. M., Cole, S. R., Cornoni-Huntley, J., Hays, J. C. et Blazer, D. (1999). Insomnia and heart disease: A review of epidemiologic studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(4), 313-333.
- Siebern, A. T. et Manber, R. (2011). New developments in cognitive behavioral therapy as the first-line treatment of insomnia. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 21-28.
- Spielman, A. J., Caruso, L. S. et Givinsky, P. B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 10(4), 541-553.
- Troxel, W. M., Buysse, D. J., Matthews, K. A., Kip, K. E., Strollo, P. J., Hall, M., Drumheller, O. et Reis, S. E. (2010). Sleep symptoms predict the development of the metabolic syndrome. *Sleep*, 33(12), 1633-1640.
- Vgontzas, A. N., Liao, D., Bixler, E. O., Chrousos, G. P. et Vela-Bueno, A. (2009). Insomnia with objective short sleep duration is associated with a high risk for hypertension. *Sleep*, 32(4), 491-497.
- Vgontzas, A. N., Liao, D., Pejovic, S., Calhoun, S., Karataraki, M. et Bixler, E. O. (2009). Insomnia with objective short sleep duration is associated with type 2 diabetes: A population-based study. *Diabetes Care*, 32(11), 1980-1985.
- Vitiello, M. V., Rybarczyk, B., Von Korff, M. et Stepanski, E. J. (2009). Cognitive behavioral therapy for insomnia improves sleep and decreases pain in older adults with co-morbid insomnia and osteoarthritis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 5(4), 355-362.
- Wilson, S., Anderson, K., Baldwin, D., Dijk, D. J., Espie, A., Espie, C., Gringras, P., Krystal, A., Nutt, D., Selsick, H. et Sharpley, A. (2019). British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: An update. *Journal of Psychopharmacology*, 33(8), 923-947.
- Yaffe, K., Falvey, C. M. et Hoang, T. (2014). Connections between sleep and cognition in older adults. *The Lancet Neurology*, 13(10), 1017-1028.
- Zimmerman, M. E., Bigal, M. E., Katz, M. J., Derby, C. A. et Lipton, R. B. (2013). Are sleep onset/maintenance difficulties associated with medical or psychiatric comorbidities in non-demented community-dwelling older adults? *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9(4), 363-369.

Chapitre 06

- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., Morris, J. N., Rebok, G. W., Smith, D. M., Tennstedt, S. L., Unverzagt, F. W. et Willis, L. W. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: A randomized controlled trial. *JAMA*, 288(18), 2271-2281. <https://doi.org/10.1001/jama.288.18.2271>

- Belleville, S., Gilbert, B., Fontaine, F., Gagnon, L., Ménard, E. et Gauthier, S. (2006). Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: Evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(5-6), 486-499. <https://doi.org/10.1159/000096316>
- Belleville, S., Hudon, C., Bier, N., Brodeur, C., Gilbert, B., Grenier, S., Ouellet, M.-C., Viscogiosi, C. et Gauthier, S. (2018). MEMO+: Efficacy, durability and effect of cognitive training and psychosocial intervention in individuals with mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(4), 655-663. <https://doi.org/10.1111/jgs.15192>
- Belleville, S., Moussard, A., Ansaldo, A. I., Belchior, P., Bherer, L., Bier, N., Bohbot, V. D., Bruneau, M.-A., Cuddy, L. L., Gilbert, B., Jokel, R., Mahalingam, K., McGillon, K., Murphy, K. J., Nagle, G., Rochon, E., Troyer, A. K. et Anderson, N. D. (2019). Rationale and protocol of the ENGAGE study: A double-blind randomized controlled preference trial using a comprehensive cohort design to measure the effect of a cognitive and leisure-based intervention in older adults with a memory complaint. *Trials*, 20(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3250-6>
- Bialystok, E. et Craik, F. I. (2010). Cognitive and linguistic processing in the bilingual mind. *Current Directions in Psychological Science*, 19(1), 19-23. <https://doi.org/10.1177/0963721409358571>
- Bier, B., de Boisson, C. et Belleville, S. (2014). Identifying training modalities to improve multitasking in older adults. *Age*, 36, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s11357-014-9688-2>
- Boller, B. et Ansado, J. (2019, septembre). La réalité virtuelle : une technologie de choix pour évaluer et entraîner notre mémoire. *Psychologie Québec*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/la-realite-virtuelle-une-technologie-de-choix-pour-evaluer-et-entraîner-notre-mémoire>
- Boller, B. et Belleville, S. (2016). Capacités de réserve et entraînement cognitif dans le vieillissement : similarité des effets protecteurs sur la cognition et le cerveau. *Revue de neuropsychologie*, 8(4), 245-252. <https://doi.org/10.3917/rne.084.0245>
- Boller, B., Ouellet, É. et Belleville, S. (2021). Using virtual reality to assess and promote transfer of memory training in older adults with memory complaints: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.627242>
- Boots, E. A., Schultz, S. A., Almeida, R. P., Oh, J. M., Kosciak, R. L., Dowling, M. N., Gallagher, C. L., Carlsson, C. M., Rowley, H. A., Bendlin, B. B., Asthana, S., Sager, M. A., Hermann, B. P., Johnson, S. C. et Okonkwo, O. C. (2015). Occupational complexity and cognitive reserve in a middle-aged cohort at risk for Alzheimer's disease. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 30(7), 634-642. <https://doi.org/10.1093/arclin/acv041>
- Boss, L., Kang, D. H. et Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 541-553. <https://doi.org/10.1017/s1041610214002749>
- Boujut, A. et Belleville, S. (2019). Où en est-on avec les programmes d'interventions cognitives pour les personnes âgées ? *Revue de neuropsychologie*, 11(1), 60-69. <https://doi.org/10.3917/rne.111.0060>
- Carlson, M. C., Erickson, K. I., Kramer, A. F., Voss, M. W., Bolea, N., Mielke, M., McGill, S., Rebok, G. W., Seeman, T. et Fried, L. P. (2009). Evidence for neurocognitive plasticity in at-risk older adults: The experience corps program. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 64(12), 1275-1282. <https://doi.org/10.1093/geron/glp117>
- Chang, Y., Wu, I. et Hsiung, C. (2021). Reading activity prevents long-term decline in cognitive function in older people: Evidence from a 14-year longitudinal study. *International Psychogeriatrics*, 33(1), 63-74. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000812>
- Christensen, H., Anstey, K. J., Parslow, R. A., Maller, J., Mackinnon, A. et Sachdev, P. (2007). The brain reserve hypothesis, brain atrophy and aging. *Gerontology*, 53(2), 82-95. <https://doi.org/10.1159/000096482>
- Cohen-Mansfield, J., Cohen, R., Buettner, L., Eyal, N., Jakobovits, H., Rebok, G., Rotenberg-Shpigelman, S. et Sternberg, S. (2015). Interventions for older persons reporting memory difficulties: A randomized controlled pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(5), 478-486. <https://doi.org/10.1002/gps.4164>
- Corriveau Lecavalier, N., Ouellet, É., Boller, B. et Belleville, S. (2020). Use of immersive virtual reality to assess episodic memory: A validation study in older adults. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(3), 462-480. <https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1477684>
- De Bruin, N., Bryant, D. C., MacClean, J. N. et Gonzalez, C. L. (2016). Assessing visuospatial abilities in healthy aging: A novel visuomotor task. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 8. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2016.00007>
- Ducharme-Laliberté, G., Boller, B. et Belleville, S. (2015). Bases cérébrales et neurofonctionnelles de la réserve dans le vieillissement normal. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 15(87), 164-168. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2014.10.010>
- Edwards, J. D., Xu, H., Clark, D. O., Guey, L. T., Ross, L. A. et Unverzagt, F. W. (2017). Speed of processing training results in lower risk of dementia. *Alzheimer's and Dementia: Translational Research and Clinical Interventions*, 3(4), 603-611. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2017.09.002>
- Ferreira, N., Owen, A., Mohan, A., Corbett, A. et Ballard, C. (2015). Associations between cognitively stimulating leisure activities, cognitive function, and age-related cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(4), 422-430. <https://doi.org/10.1002/gps.4155>
- Fisher, G. G., Stachowski, A., Infurna, F. J., Faul, J. D., Grosch, J. et Tetrick, L. E. (2014). Mental work demands, retirement, and longitudinal trajectories of cognitive functioning. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(2), 231-242. <https://doi.org/10.1037/a0035724>
- Fox, N. C. et Schott, J. M. (2004). Imaging cerebral atrophy: Normal ageing to Alzheimer's disease. *The Lancet*, 363(9406), 392-394. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)15441-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15441-X)
- Gosselin, C. et Boller, B. (2022). The impact of retirement on executive functions and processing speed: Findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/13825585.2022.2110562>
- Hanna-Pladdy, B. et MacKay, A. (2011). The relation between instrumental musical activity and cognitive aging. *Neuropsychology*, 25(3), 378-386. <https://doi.org/10.1037/a0021895>
- Hartshorne, J. K. et Germine, L. T. (2015). When does cognitive functioning peak? The asynchronous rise and fall of different cognitive abilities across the life span. *Psychological Science*, 26(4), 433-443. <https://doi.org/10.1177/0956797614567339>
- Krivanek, T. J., Gale, S. A., McFeeley, B. M., Nicastrì, C. M. et Daffner, K. R. (2021). Promoting successful cognitive aging: A ten-year update. *Journal of Alzheimer's Disease*, 81(3), 871-920. <https://doi.org/10.3233/jad-201462>
- Lampit, A., Hallock, H. et Valenzuela, M. (2014). Computerized cognitive training in cognitively healthy older adults: A systematic review and meta-analysis of effect modifiers. *PLoS Medicine*, 11(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001756>
- Le Carret, N., Lafont, S., Letenneur, L., Dartigues, J. F., Mayo, W. et Fabrigoule, C. (2003). The effect of education on cognitive performances and its implication for the constitution of the cognitive reserve. *Developmental Neuropsychology*, 23(3), 317-337. https://doi.org/10.1207/S15326942DN2303_1
- Lenehan, M. E., Summers, M. J., Saunders, N. L., Summers, J. J. et Vickers, J. C. (2015). Relationship between education and age-related cognitive decline: A review of recent research. *Psychogeriatrics*, 15(2), 154-162. <https://doi.org/10.1111/psyg.12083>
- Lillo-Crespo, M., Forner-Ruiz, M., Riquelme-Galindo, J., Ruiz-Fernández, D. et García-Sanjuan, S. (2019). Chess practice as a protective factor in dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph16121116>
- Man, D. W., Chung, J. C. et Lee, G. Y. (2012). Evaluation of a virtual reality-based memory training program for Hong Kong Chinese older adults with questionable dementia: A pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(5), 513-520. <https://doi.org/10.1002/gps.2746>
- McClearn, G. E., Johansson, B., Berg, S., Pedersen, N. L., Ahern, F., Petril, S. A. et Plomin, R. (1997). Substantial genetic influence on cognitive abilities in twins 80 or more years old. *Science*, 276(5318), 1560-1563. <https://doi.org/10.1126/science.276.5318.1560>
- McDonough, I. M., Haber, S., Bischof, G. N. et Park, D. C. (2015). The Synapse Project: Engagement in mentally challenging activities enhances neural efficiency. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 33(6), 865-882. <https://doi.org/10.3233/RNN-150533>
- McEwen, B. S. et Sapolsky, R. M. (1995). Stress and cognitive function. *Current Opinion in Neurobiology*, 5(2), 205-216. [https://doi.org/10.1016/0959-4388\(95\)80028-X](https://doi.org/10.1016/0959-4388(95)80028-X)
- Nyberg, L., Lövdén, M., Riklund, K., Lindenberger, U. et Bäckman, L. (2012). Memory aging and brain maintenance. *Trends in Cognitive Science*, 16(5), 292-305. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.04.005>
- Ouellet, É., Boller, B., Corriveau-Lecavalier, N., Cloutier, S. et Belleville, S. (2020). The Virtual Shop: A new immersive virtual reality environment and scenario for the assessment of everyday memory. *Journal of Neuroscience Methods*, 303, 126-135. <https://doi.org/10.1016/j.jneumeth.2018.03.010>
- Park, D. C. et Reuter-Lorenz, P. (2009). The adaptive brain: Aging and neurocognitive scaffolding. *Annual Review of Psychology*, 60, 173-196. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.1.03006.093656>
- Raz, N., Rodrigue, K. M., Head, D., Kennedy, K. M. et Acker, J. D. (2004). Differential aging of the medial temporal lobe: A study of a five-year change. *Neurology*, 62(3), 433-438. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000106466.09835.46>
- Rebok, G. W., Ball, K., Guey, L. T., Jones, R. N., Kim, H. Y., King, J. W., Marsiske, M., Morris, J. N., Tennstedt, S. L., Unverzagt, F. W. et Willis, S. L. (2014). Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(1), 16-24. <https://doi.org/10.1111/jgs.12607>
- Rowe, J. W. et Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Salat, D. H., Buckner, R. L., Snyder, A. Z., Greve, D. N., Desikan, R. S., Busa, E., Morris, J. C., Dale, A. M. et Fischl, B. (2004). Thinning of the cerebral cortex in aging. *Cerebral Cortex*, 14(7), 721-730. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhh032>
- Salthouse, T. (2012). Consequences of age-related cognitive declines. *Annual Review of Psychology*, 63, 201-226. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100328>
- Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103(3), 403. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.3.403>
- Scarmeas, N., Zarahn, E., Anderson, K. E., Hilton, J., Flynn, J., Van Heertum, R. L., Sackheim, H. A. et Stern, Y. (2003). Cognitive reserve modulates functional brain responses during memory tasks: A PET study in healthy young and elderly subjects. *Neuroimage*, 19(3), 1215-1227. [https://doi.org/10.1016/S1053-8119\(03\)00074-0](https://doi.org/10.1016/S1053-8119(03)00074-0)
- Seeman, T. E., Lusignolo, T. M., Albert, M. et Berkman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychology*, 20(4), 243. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.4.243>

- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(3), 448-460. <https://doi.org/10.1017/S1355617702813248>
- Stern, Y., Albert, M., Barnes, C. A., Cabeza, R., Pascual-Leone, A. et Rapp, P. R. (2023). A framework for concepts of reserve and resilience in aging. *Neurobiology of Aging*, 124, 100-103. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2022.10.015>
- Strobach, T., Frensch, P., Müller, H. et Schubert, T. (2015). Evidence for the acquisition of dual-task coordination skills in older adults. *Acta Psychologica*, 160, 104-116. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2015.07.006>
- West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological Bulletin*, 120(2), 272-292. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.2.272>
- Wilson, R. S., Hebert, L. E., Scherr, P. A., Barnes, L. L., De Leon, C. M. et Evans, D. A. (2009). Educational attainment and cognitive decline in old age. *Neurology*, 72(5), 460-465. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000341782.71418.6c>
- Wong, P. C., Ou, J., Pang, C. W., Zhang, L., Tse, C. S., Lam, L. C. et Antoniou, M. (2019). Language training leads to global cognitive improvement in older adults: A preliminary study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(7), 2411-2424. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-L-18-0321
- Yates, L. A., Ziser, S., Spector, A. et Orrell, M. (2016). Cognitive leisure activities and future risk of cognitive impairment and dementia: Systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 28(11), 1791-1806. <https://doi.org/10.1017/s1041610216001137>
- Ylikoski, R., Ylikoski, A., Keskiavaara, P., Tilvis, R., Sulkava, R. et Erkinjuntti, T. (1999). Heterogeneity of cognitive profiles in aging: Successful aging, normal aging, and individuals at risks for cognitive decline. *European Journal of Neurology*, 6(6), 645-652. <https://doi.org/10.1046/j.1468-1331.1999.660645.x>

Chapitre 07

- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K. et Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11(6), 10-19.
- Armstrong, P. et Lowndes, R. (2018, 16 mai). *Negotiating tensions in long-term residential care: Ideas worth sharing*. Centre canadien des politiques alternatives. <https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2018/05/Negotiating%20Tensions.pdf>
- Aubin, M., Verreault, R., Savoie, M., LeMay, S., Hadjistavropoulos, T., Fillion, L., Beaulieu, M., Viens, C., Bergeron, R., Vézina, L., Misson, L. et Fuchs-Lacelle, S. (2008). Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 27(1), 45-55.
- Boily, D. et Gentile, D. (2022, 8 juin). *Des maisons des aînés à 800 000 \$ la chambre*. Radio-Canada.
- Brodaty, H., Draper, B. M. et Low, L.-F. (2003). Behavioural and psychological symptoms of dementia: A seven-tiered model of service delivery. *Medical Journal of Australia*, 178(5), 231-234. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05169.x>
- Cohen, L. W., Zimmerman, S., Reed, D., Brown, P., Bowers, B. J., Nolet, K., Hudak, S. et Horn, S. (2016). The green house model of nursing home care in design and implementation. *Health Services Research*, 51(S1), 352-377. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12418>
- Cohen-Mansfield, J. (2000). Theoretical frameworks for behavioral problems in dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4), 8-21.
- Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., Marx, M. S., Thein, K. et Regier, N. G. (2015). Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? *Psychiatry Research*, 228(1), 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.043>
- De Boer, B., Beerens, H. C., Katterbach, M. A., Viduka, M., Willemsse, B. M. et Verbeek, H. (2018). The physical environment of nursing homes for people with dementia: Traditional nursing homes, small-scale living facilities, and green care farms. *Healthcare*, 6(4).
- Glass, A. P. (2014). Innovative seniors housing and care models: What we can learn from the Netherlands. *Seniors Housing and Care Journal*, 22(1), 74-81.
- Institut de la statistique du Québec. (2022). *Mise à jour 2022 des perspectives démographiques du Québec et de ses régions, 2021-2066*. *Bulletin sociodémographique*, 26(4). <http://statistique.quebec.ca/fr/fichier/mise-a-jour-2022-perspectives-demographiques-quebec-regions-2021-2066.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018). *État des connaissances. Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qualite_milieu_de_vie.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020). *État des pratiques. Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Conciliation_CHSLD_Etat_pratiques_2020.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2020). *Rapport épidémiologique descriptif de la COVID-19 au Québec du 23 février au 11 juillet 2020*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3080-rapport-epidemiologie-covid19.pdf>
- Laliberté-Auger, F., Côté-Sergent, A., Décarie, Y., Ducloux, J.-Y. et Michaud, P.-C. (2015). *Utilisation et coût de l'hébergement avec soins de longue durée au Québec, 2010 à 2050*. Chaire de recherche Industrielle Alliance sur les enjeux économiques des changements démographiques. <https://cirano.qc.ca/files/publications/2015s-36.pdf>

- Lawton, M. P. et Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. Dans C. Eisdorfer et M. P. Lawton (dir.), *The psychology of adult development and aging* (p. 619-674). American Psychological Association.
- Li, J. et Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1395-1415. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Maisons des aînés et alternatives. Document d'orientation*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-863-03W.pdf>
- Poulin, A., Misson, L., Verreault, R., Voyer, P., Aubin, M., Desbiens, J.-F., Hadjistavropoulos, T., Savoie, M. et Lafond, M.-F. (2021). Une version abrégée de l'échelle PACSLAC. Les déficits cognitifs et l'évaluation de la douleur en CHSLD. *Perspective infirmière*, 18(1), 47-52.
- The White House. (2022, 21 octobre). *FACT SHEET: Biden-Harris administration announces new steps to improve quality of nursing homes*. <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2022/10/21/fact-sheet-biden-harris-administration-announces-new-steps-to-improve-quality-of-nursing-homes/>
- Van Amerongen-Heijer, Y. E. (2013). A creative pioneering neighborhood model for demented elderly-De Hogeweyk, normal living for people with severe dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(1), 56.
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., Schols, J. M. G. A., Kempen, G. I. J. M. et Hamers, J. P. H. (2020). The living lab in ageing and long-term care: A sustainable model for translational research improving quality of life, quality of care and quality of work. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(1), 43-47.
- Voyer, P. et Allaire, É. (2020). *Comment transformer un CHSLD en un centre Alzheimer? Guide de transformation*. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4048002>
- Voyer, P., Allaire, É., Veillette, A.-M. et Savoie, C. (2022a). *L'environnement physique recommandé selon le triangle de Brodaty pour les aînés atteints de troubles neurocognitifs et affichant des troubles de comportements*. Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. https://7de94d73-3479-4706-b127-4ffb3b9e1025.usfiles.com/ugd/7de94d_5ee5e7ccbfdf490d80e1f7e1c2c0c199.pdf
- Voyer, P., Allaire, É., Veillette, A.-M. et Savoie, C. (2022b). Les milieux d'hébergement novateurs pour les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs : partie 1 des écrits. *La Gérontoise*, 33(1), 46-51.
- Voyer, P., Allaire, É., Veillette, A.-M. et Savoie, C. (2022c). Les milieux d'hébergement novateurs pour les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs : partie 2. *La Gérontoise*, 33(2), 36-41.
- Zimmerman, S., Dumond-Stryker, C., Tandan, N., Preisser, J. S., Wretman, C. J., Howell, A. et Ryan, S. (2021). Nontraditional small house nursing homes have fewer COVID-19 cases and deaths. *JAMDA - The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 22(3), 489-493. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.01.069>

Chapitre 08

- Aminzadeh, F., Byszewski, A., Molnar, F. J. et Eisner, M. (2007). Emotional impact of dementia diagnosis: Exploring persons with dementia and caregivers' perspectives. *Aging and Mental Health*, 11(3), 281-290. <https://doi.org/10.1080/13607860600963695>
- Arriagada, P. (2020). *Regards sur la société canadienne : l'expérience et les besoins des aidants âgés au Canada*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2020001/article/00007-fra.htm>
- Atiq, R. (2006). Common themes and issues in geriatric psychotherapy. *Psychiatry*, 3(6), 53-56.
- Bar-Tur, L. (2023). 'I finally got rid of my shadow!': Psychotherapy with an oldest old woman - A growth process for client and therapist. *Clinical Gerontologist*, 46(3), 467-474. <https://doi.org/10.1080/07317115.2023.2165468>
- Bosnak, R. (1997). *Tracks in the wilderness of dreaming*. Delta.
- Bourassa, S., Tassé, E. et Gagnon, L. (sous presse). Traitement de la symptomatologie dépressive concomitante à la maladie d'Alzheimer : étude de cas des effets d'une psychothérapie psychodynamique interpersonnelle. *Bulletin de psychologie*, 3, 1A-40A.
- Brierley, E., Guthrie, E., Busby, C., Marino-Francis, F., Byrne, J. et Burns, A. (2003). Psychodynamic interpersonal therapy for early Alzheimer's disease. *British Journal of Psychotherapy*, 19(4), 435-446. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2003.tb00097.x>
- Burns, A., Guthrie, E., Marino-Francis, F., Busby, C., Morris, J., Russell, E., Margison, F., Lennon, S. et Byrne, J. (2005). Brief psychotherapy in Alzheimer's disease: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187(2), 143147. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.2.143>
- Caddell, L. S. et Clare, L. (2010). The impact of dementia on self and identity: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 113-126. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.003>
- Caviezel, M. P., Reichert, C. F., Sadeghi Bahmani, D., Linnemann, C., Liechi, C., Bieri, O., Borgwardt, S., Leyhe, T. et Melcher, T. (2020). The neural mechanisms of associative memory revisited: fMRI evidence from implicit contingency learning. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-19. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.01002>
- Choudhury, T. K., John, K. C., Garrett, R. K. et Stagner, B. H. (2020). Considering psychodynamic therapy for older adults. *Psychodynamic Psychiatry*, 48(2), 152-162. <https://doi.org/10.1521/pdps.2020.48.2.152>

- Cleeremans, A., Destrebecqz, A. et Boyer, M. (1998). Implicit learning: News from the front. *Trends in Cognitive Sciences*, 2(10), 406-416. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(98\)01232-7](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(98)01232-7)
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. et van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(6), 354-364. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596570>
- Cuijpers, P., van Straten, A. et Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1139-1149. <https://doi.org/10.1002/gps.1620>
- Del Corno, F. et Plotkin, D. (2017). Part V. Later Life. Dans V. Lingardi et N. McWilliams (dir.), *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (2^e éd., p. 751-886). Guilford Press.
- Dubreuil, P., Adam, S., Bier, N. et Gagnon, L. (2007). The ecological validity of traditional memory evaluation in relation with controlled memory processes and routinization. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(8), 979-989. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2007.08.002>
- Francis, J. L. et Kumar, A. (2013). Psychological treatment of late-life depression. *The Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 561-575. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.005>
- Gabbard, G. O. (2010). *Psychothérapie psychodynamique : les concepts fondamentaux*. Elsevier Masson SAS.
- Gallo, J. L., Schmidt, K. S. et Libon, D. J. (2009). An itemized approach to assessing behavioral and psychological symptoms in dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24(2), 163-168. <https://doi.org/10.1177/1533317508329480>
- Guzmán-Vélez, E., Feinstein, J. S. et Tranel, D. (2014). Feelings without memory in Alzheimer disease. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 27(3), 117-129. <https://doi.org/10.1097/WNN.0000000000000020>
- Harrison, B. E., Son, G.-R., Kim, J. et Whall, A. L. (2007). Preserved implicit memory in dementia: A potential model for care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22(4), 286-293. <https://doi.org/10.1177/1533317507303761>
- Hedden, T. et Gabrieli, J. D. (2004). Insights into the ageing mind: A view from cognitive neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(2), 87-96. <https://doi.org/10.1038/nrn1323>
- Hillman, J. (2001). *La force du caractère*. Éditions Robert Laffont.
- Houde, R. (1999). *Les temps de la vie - Le développement psychosocial de l'adulte*. Éditions Gaëtan Morin.
- Institut de la statistique du Québec. (2022). *Le bilan démographique du Québec*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2022.pdf>
- Jacoby, L. L. (1991). A process dissociation framework: Separating automatic from intentional uses of memory. *Journal of Memory and Language*, 30, 513-541.
- Jeyasingam, N. (2019). The role of psychodynamic psychotherapy for the older adult – two contrasting cases. *Australasian Psychiatry*, 27(6), 600-602. <https://doi.org/10.1177/1039856219871885>
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781452204574>
- Lee, K. H., Lee, J. Y., Boltz, M. et McConnell, E. S. (2019). Emotional expression of persons with dementia: An integrative review with implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(5), 344-351. <https://doi.org/10.1111/wvn.12395>
- Lingardi, V. et McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (2^e éd.). Guilford Press.
- Machado, S., Cunha, M., Minc, D., Portella, C. E., Velasques, B., Basile, L. F., Cagy, M., Piedade, R. et Ribeiro, P. (2009). Alzheimer's disease and implicit memory. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 67(2), 334-342. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2009000200034>
- Magai, C., Cohen, C., Gomberg, D., Malatesta, C. et Culver, C. (1996). Emotional expression during mid- to late-stage dementia. *International Psychogeriatrics*, 8(3), 383-395. <https://doi.org/10.1017/s104161029600275x>
- Mancia, M. (2007). Mémoire implicite et inconscient précoce non refoulé : leur rôle dans le transfert et le rêve. *Revue française de psychanalyse*, 71(2), 369-388. <https://doi.org/10.3917/rfp.712.0369>
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Meulemans, T. (2000). Neuropsychologie de l'apprentissage implicite et de la mémoire procédurale. *Revue de neuropsychologie*, 10(1), 129-157.
- Miller, M. D. et Silberman, R. L. (1996). Using interpersonal psychotherapy with depressed elders. Dans S. H. Zarit et B. G. Knight (dir.), *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context* (p. 83-100). American Psychological Association.
- Moussa, A. (2017). Psychothérapie de la personne âgée : l'apport jungien. *NPG*, 17(102), 399-404. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2017.03.002>
- Nordhus, I. (2008). Current psychodynamic approaches with older people. Dans L. Laidlaw et B. Knight (dir.), *Handbook of emotional disorders in later life* (p. 165-182). Oxford University Press.
- Quinodoz, D. (2008). *Viellir : une découverte*. Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.quind.2008.01>
- Roseborough, D. J., Luptak, M., McLeod, J. et Bradshaw, W. (2013). Effectiveness of psychodynamic psychotherapy with older adults: A longitudinal study. *Clinical Gerontologist*, 36(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/07317115.2012.731476>
- Roy, S. (2017). *Approcher les rêves d'un point de vue archétypal* [atelier]. Colloque annuel du Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.
- Sabey, A. K., Jensen, J., Major, S., Zinbarg, R. et Pincus, W. (2020). Are older adults unique? Examining presenting issues and changes in therapy across the life span. *Journal of Applied Gerontology*, 39(3), 250-258. <https://doi.org/10.1177/0733464818818048>
- Schacter, D. L. (1987). Memory, amnesia, and frontal lobe dysfunction. *Psychobiology*, 15(1), 21-36.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American Psychologist*, 65(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Société Alzheimer du Canada. (2022). *Les troubles neurocognitifs au Canada : quelle direction à l'avenir ?* <https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Etude-Marquante-rapport-1-Societe-Alzheimer-Canada.pdf>
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweiler-Stern, N. et Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The "something more" than interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- White, L., Ford, M. P., Brown, C. J., Peel, C. et Triebel, K. L. (2014). Facilitating the use of implicit memory and learning in the physical therapy management of individuals with Alzheimer disease: A case series. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 37(1), 35-44. <https://doi.org/10.1519/JPT.0b013e3182862d2c>

Chapitre 09

- Assagioli, R. (1997). *Psychosynthèse : principes et techniques*. Desclée de Brouwer.
- Bailey, L. M. (1986). Music therapy in pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1(1), 25-28. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(86\)80024-0](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(86)80024-0)
- Beck, S. L. (1991). The therapeutic use of music for cancer-related pain. *Oncology Nursing Forum*, 18(8), 1327-1337.
- Blanchet, A. (1989). Les relances de l'interviewer dans l'entretien de recherche : leurs effets sur la modalisation et la déictisation du discours de l'interviewé. *L'Année psychologique*, 89, 367-391.
- Boehm, K., Cramer, H., Staroszynski, T. et Ostermann, T. (2014). Arts therapies for anxiety, depression, and quality of life in breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/103297>
- Bosman, J. T., Bood, Z. M., Scherer-Rath, M., Dörr, H., Christophe, N., Sprangers, M. A. G. et van Laarhoven, H. W. M. (2021). The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: A systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*, 29(5), 2289-2298. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05869-0>
- Bounon, L. et Lassaunière, J.-M. (1990). Le discours sur la mort et la clinique du réel : des illusions. *JALMALV*, 13, 20-23.
- Boyesen, G. (1997). *Entre psyché et soma*. Payot.
- Bradt, J., Dileo, C., Magill, L. et Teague, A. (2016). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006911.pub3>
- Buber, M. (1947). *Between man and man*. Routledge and Kegan Paul.
- Burns, D. S. (2001). The effect of the Bonny Method of guided imagery and music on the mood and life quality of cancer patients. *Journal of Music Therapy*, 38, 51-65.
- Cannone, P., Marie, D. et Dudoit, E. (2008). Sensualité, sexualité et cancer du sein : l'expérience d'ateliers esthétiques. Dans D. Serin et G. de Rauglaudre (dir.), *Cancer du sein avancé* (p. 191-196). Springer.
- Cavallo, M. et Santaripa, A. (2005). Il corpo metaforico. *Attualità In Psicologia*, 20(3-4), 205-214.
- Downing, G. (1997). *Körper und Worte*. Kösel Verlag.
- Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning*. Washington Square Press.
- Frankl, V. E. (2019). *Nos raisons de vivre. À l'école du sens de la vie* (traduit par G.-E Sarfati ; 2^e éd.). InterÉditions.
- Fromage, B. (2012). Vivre en fin de vie. *Revue internationale de soins palliatifs*, 27(3), 103-114. <https://doi.org/10.3917/inka.123.0103>
- Gallagher, S. (2000). Philosophical conceptions of the self: Implications for cognitive science. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(1), 14-21. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(99\)01417-5](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(99)01417-5)
- Gallagher, S. (2011). *How the body shapes the mind*. Clarendon Press.
- Haun, M., Mainous, R. O. et Looney, S. W. (2001). Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. *Behavioral Medicine*, 27(3), 127-132.
- Jansen, P. (2009). From the "silent killer" to the "whispering disease": Ovarian cancer and the uses of metaphor. *Medical History*, 53, 489-512.
- Johnson, M. (1987). *The body in the mind: The bodily basis of meaning, imagination, and reason*. The University of Chicago Press.
- Johnson, M. (1991). Knowing through the body. *Philosophical Psychology*, 4(1), 3-18.
- Jung, C. G. (1964). *L'homme et ses symboles*. Robert Laffont.
- Lakoff, G. et Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. The University of Chicago Press.
- Lakoff, G. et Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh*. Basic Books.
- Lichtenberg, J. D. (2004). Écouter, comprendre et interpréter. Réflexions sur la complexité. *Psychothérapies*, 24(2), 55-72. <https://doi.org/10.3917/psys.042.0055>
- Lichtenberg, J. D. (2008). *Sensuality and sexuality across the divide of shame*. The Analytic Press.
- Lombard, C. A. (2017). Psychosynthesis: A foundational bridge between psychology and spirituality. *Pastoral Psychology*, 66(4), 461-485.
- Lombard, C. A. et Müller, B. C. N. (2018). Opening the door to creativity: A psychosynthesis approach. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(6), 659-688.
- Lowen, A. (2003). *Fear of life*. Bioenergetics Press.
- Malet, P., Bioy, A. et Santaripa, A. (2022). Clinical perspectives on the notion of presence. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.783417>

- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Menzel, R. (1954). *Contre le cancer*. Éditions Pierre Horay.
- Murata, H. (2003). Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: Construction of a conceptual framework by philosophical approach. *Palliative & Supportive Care*, 1(1), 15-21. <https://doi.org/10.1017/S1478951503030086>
- Murata, H. et Morita, T. (2006). Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: The first step of a nationwide project. *Palliative & Supportive Care*, 4(3), 279-285. <https://doi.org/10.1017/S1478951506060354>
- Perls, F., Hefferline, R. et Goodman, P. (1951/2001). *Gestalt-thérapie*. L'Express.
- Richards, I. A. (1936). *The philosophy of rhetoric*. Oxford University Press.
- Reich, W. (1979). *L'analyse caractérielle*. Payot.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Constable.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Constable.
- Ruggieri, V. (1995). *Mente Corpo Malattia*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Santarpià, A. (2018). Le travail clinique d'orientation humaniste en psycho-oncologie. *Psycho-Oncologie*, 12(4), 235-243.
- Santarpià, A. (2020). *Introduction aux psychothérapies humanistes* (2^e éd.). Dunod.
- Santarpià, A. (2021). Guérir du cancer à travers les métaphores corporelles. *Cancer(s) et psy(s)*, 1(5), 33-43.
- Santarpià, A. (2022). An arts-informed idiographic perspective in the oncological context: A humanistic-existential view. Dans S. Salvatore et J. Valsiner (dir.), *Yearbook of idiographic science* (vol. 10, p. 141-155). Infoago Publishing.
- Santarpià, A. (2023). Métaphores du corps et pratiques artistiques dans les soins palliatifs. *PSN*, 21(1), 63-73.
- Santarpià, A., Abouchar, M. et Zabern, A. (2020). La clinique psychocorporelle. Dans L. Dany (dir.), *Psychologie du corps et de l'apparence. L'image corporelle dans tous ses états* (p. 171-189). Presses universitaires de Provence.
- Santarpià, A., Blanchet, A., Venturini, R., Cavallo, M. et Raynaud, S. (2006). La catégorisation des métaphores conceptuelles du corps. *Annales médico-psychologiques*, 164(6), 476-485.
- Santarpià, A., Brabant, E. et Dudoit, E. (2017). Les effets narratifs de la musique classique dans les soins palliatifs. *Psycho-Oncologie*, 11(4), 243-251. <https://doi.org/10.3166/s11839-017-0637-7>
- Santarpià, A., Brabant, E., Jauffret, E., Mouysset, J.-L. et Menicacci, A. (2019). Effets revitalisants de la Danse Mouvement Thérapie dans la rémission du cancer du sein. *Psycho-Oncologie*, 13(3-4), 191-201. <https://doi.org/10.3166/psn-2019-0107>
- Santarpià, A., Dudoit, E. et Paul, M. (2015). The discursive effects of the haiku-based SADUPA poetry technique in palliative care. *Journal of Poetry Therapy*, 28(3), 179-194.
- Santarpià, A., Martin, A., Menicacci, A., De Oliveira, P., Lemieux, D., Éthier, L., Charbonneau, C., Pucella, B., Flambard, C., Les Frères Gundeche, Lusignan, L.-C., Bourgasser, A., Dorléans, E.-A., Dubé-Lavigne, A., Poulin, A. (2022). Eliciting awe in the spectator: The case of a Dhrupad-based dance performance. *International Journal of Transpersonal Studies*, 41(2).
- Santarpià, A., Paul, M. et Dudoit, E. (2015). L'usage de la poésie haïku en psycho-oncologie. *Psycho-Oncologie*, 9(2), 127-134. <https://doi.org/10.1007/s11839-015-0523-5>
- Santarpià, A., Tellène, J. et Carrier, M. (2013). Les effets d'un protocole d'écriture poétique SANTEL sur l'image érotique du corps dans le traitement du cancer féminin : étude pilote. *Psycho-Oncologie*, 7(3), 156-162. <https://doi.org/10.1007/s11839-013-0426-2>
- Santarpià, A., Venturini, R., Blanchet, A. et Cavallo, M. (2010). Metaphorical conceptualizations of the body in psychopathology and poetry. *DELTA*, 26, 435-451. <https://doi.org/10.1590/S0102-44502010000300003>
- Sarfati, G.-E. (2013). V. Frankl : l'analyse existentielle et la logothérapie. Dans M. Kédia et A. Sabouraud-Séguin (dir.), *Aide-mémoire. Psychotraumatologie* (p. 26-39). Dunod.
- Sarfati, G.-E. (2014). La phénoménologie et le mouvement existentiel en psychothérapie. Dans M. Vinot-Coubetgergues et E. Marc (dir.), *Les fondements des psychothérapies. De Socrate aux neurosciences* (p. 105-117). Dunod.
- Schuster, S. (2022, 24 octobre). 23 metaphors that might help you explain what a panic attack feels like. The Mighty. <https://themighty.com/topic/panic-disorder/panic-attack-metaphors>
- Stibbe, A. (2007). Haiku and beyond: Language, ecology, and reconnection with the natural world. *Anthrozoös*, 20(2), 101-112. <https://doi.org/10.2752/175303707X207891>
- Stolberg, M. (2014). Metaphors and images of cancer in Early Modern Europe. *Bulletin of the History of Medicine*, 88(1), 48-74. <https://doi.org/10.1353/bhm.2014.0014>
- Studerus, E., Gamma, A. et Vollenweider, F. X. (2010). Psychometric evaluation of the altered states of consciousness rating scale (OAV). *PLOS ONE*, 5(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0012412>
- Venturini, R. (1998). *Coscienza e cambiamento. Una prospettiva transpersonale*. Cittadella Editrice.
- Yalom, I. D. (2008). *Thérapie existentielle*. Galaade Éditions.
- Zhang, J.-M., Wang, P., Yao, J.-X., Zhao, L., Davis, M. P., Walsh, D. et Yue, G. H. (2012). Music interventions for psychological and physical outcomes in cancer: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 20(12), 3043-3053. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1606-5>
- Zinker, J. (1977). *Creative process in gestalt therapy*. Brunner/Mazel Publishers.

Chapitre 10

- Acierio, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W. et Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100(2), 292-297. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.163089>
- Beaulieu, M., Pelletier, C. et Dubuc, M.-P. (2018). *Animation d'activités de sensibilisation pour lutter contre la maltraitance et l'intimidation envers les personnes âgées : guide de pratique DAMIA pour toute personne qui anime*. Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées et DIRA-Estrie.
- Couture, M., Alarie, M. et Israel, S. (2019). *Modèle de gestion des situations de maltraitance envers les personnes âgées* (3^e éd.). CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. https://www.creges.ca/wp-content/uploads/2020/06/Modele-gestion-situations-maltraitance-personnes-aines_3e-edition_2019.pdf
- Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214-1238. <https://doi.org/10.1111/jgs.13454>
- Éditeur officiel du Québec. (2022a). *Code des professions*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26>
- Éditeur officiel du Québec. (2022b). *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/l-6.3>
- Gingras, L. (2020). *Enquête sur la maltraitance envers les personnes âgées au Québec 2019. Portrait de la maltraitance vécue à domicile*. Institut de la statistique du Québec. https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR_Maltraitance_Ainees2020A00F00.pdf
- Lorquet, É. (2021, juin). *Pour une meilleure prévention de la violence : la levée du secret professionnel en situation de danger*. Ordre des psychologues du Québec. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/pour-une-meilleure-prevention-de-la-violence-la-lev%C3%A9e-du-secret-professionnel-en-situation-de-danger>
- Ministère de la Famille et des Aînés. (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5212-MSSS-10.pdf>
- Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînés. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Politique-cadre de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-819-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Reconnaître et agir ensemble – Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003402/>
- Mydin, F. H. M., Yuen, C. W. et Othman, S. (2021). The effectiveness of educational intervention in improving primary health-care service providers' knowledge, identification, and management of elder abuse and neglect: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(4), 944-960. <https://doi.org/10.1177/1524838019889359>
- Ordre des psychologues du Québec. (s. d.-a). *Que font les psychologues ?* <https://www.ordrepsy.qc.ca/web/ordre-des-psychologues-du-quebec/que-font-les-psychologues->
- Ordre des psychologues du Québec. (s. d.-b). *Qu'est-ce qu'un psychologue ?* <https://www.ordrepsy.qc.ca/qu-est-ce-qu-un-psychologue->
- Ordre des psychologues du Québec. (2016). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022. Mémoire de l'Ordre des psychologues du Québec déposé au Secrétariat aux aînés, Ministère de la Famille du Québec*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2022, 13 juin). *Maltraitance des personnes âgées*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
- Rohringer, T. J., Rosen, T. E., Lee, M. R., Sagar, P. et Murphy, K. J. (2020). Can diagnostic imaging help improve elder abuse detection? *The British Journal of Radiology*, 93(1110), 1-8. <https://doi.org/10.1259/bjr.20190632>
- Scheiderer, E. M. (2012). Elder abuse: Ethical and related considerations for professionals in psychology. *Ethics & Behavior*, 22(1), 75-87. <https://doi.org/10.1080/10508422.2012.638828>
- Shen, Y., Sun, F., Zhang, A. et Wang, K. (2021). The effectiveness of psychosocial interventions for elder abuse in community settings: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12(679541).
- Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 50. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
- Swanson Ernst, J. et Maschi, T. (2018). Trauma-informed care and elder abuse: A synergistic alliance. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 30(5), 354-367. <https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1510353>
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D. et Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)
- Zeranski, L. et Halgin, R. P. (2011). Ethical issues in elder abuse reporting: A professional psychologist's guide. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(4), 294-300.



La principale mission de l'Ordre des psychologues du Québec est la protection du public.

Pour ce faire, l'Ordre s'assure de la qualité des services offerts par les membres, favorise le développement de la profession et défend l'accessibilité aux services psychologiques.

CRÉDITS

Rédactrice en chef
D^{re} Isabelle Marleau, psychologue

Comité scientifique

D^r Luc Granger, D^r Conrad Lecomte, M. André Renaud,
D^{re} Isabelle Rouleau, D^r Camillo Zacchia, psychologues

Comité de révision interne

D^r William Aubé et D^{re} Véronique Parent,
psychologues

Conception graphique

Isabelle Toussaint

Révision linguistique

Tradèm

Photos

Page couverture (à gauche) et page 61 :
Jack Skinner – Unsplash

Page couverture (à droite) et page 65 :
Juliana Barquero – Unsplash

Page 1 :
Christine Grou : Martin Girard (Shoot Studio)
Isabelle Marleau : Louis-Étienne Doré

Page 75 :
Jonny Mckenna – Unsplash

Impression
Numérix

Ce document a été réalisé par la
Direction des communications de
l'Ordre des psychologues du Québec.

au fil du temps

Lancé au printemps 2023 par l'Ordre des psychologues, le projet multiplateforme Au fil du temps vise à informer la population, et en particulier les personnes proches aidantes, quant au vieillissement du cerveau et aux comportements à adopter pour agir avec bienveillance à l'égard des personnes âgées. En plus du site, des balados animés par la D^{re} Christine Grou, psychologue et présidente de l'Ordre, abordent différentes réalités avec des proches aidants et des experts psychologues.

LE VIEILLISSEMENT DU CERVEAU

Quels sont les changements normaux du vieillissement sur le cerveau? Comment préserver sa santé cognitive?

LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

Qu'est-ce qu'un trouble neurocognitif? Quand faut-il s'inquiéter?

COMMENT AIDER

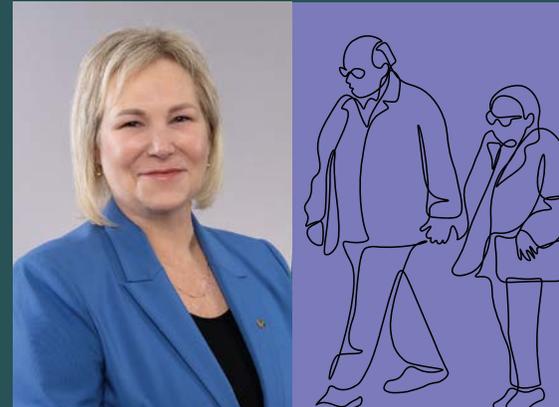
Qu'est-ce que l'approche centrée sur la personne? Comment identifier les besoins d'une personne âgée atteinte d'un trouble neurocognitif?

QUITTER SA MAISON

À quel moment un proche doit-il quitter sa maison? Comment aborder le sujet avec bienveillance?

PRENDRE SOIN DE SOI

Comment apprendre à se fixer des limites? Par où commencer pour prendre soin de soi?



Aufildutemps.quebec

Pour visionner les vidéos sur YouTube : bit.ly/AFDTyoutube

Les balados sont disponibles sur les principales plateformes de diffusion.

