



Mémoire de l'Ordre des psychologues du Québec

présenté à la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants

**dans le cadre de la consultation sur la
Politique d'hébergement et de soins de longue durée**

20 février 2020

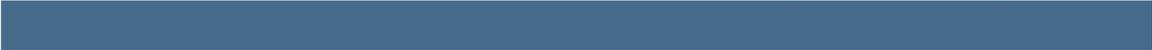


Table des matières

Avant-propos	3
La mission de l'Ordre des psychologues du Québec	3
Le champ d'exercice des psychologues.....	3
Les secteurs de pratique et les clientèles des psychologues	3
LA CLIENTÈLE	4
La clientèle vivant en hébergement : un bref portrait	4
Le concept de vulnérabilité.....	4
La vulnérabilité et la maltraitance	5
La maltraitance psychologique	6
Les troubles de santé mentale fréquents chez les personnes hébergées.....	6
Les troubles neurocognitifs.....	7
Les troubles anxieux et le trouble dépressif	8
Les troubles de comportement et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	9
Le défi de l'évaluation des troubles de santé mentale chez les aînés.....	9
Autres facteurs de vulnérabilité chez les personnes hébergées	10
LE PERSONNEL	10
La formation aux troubles de santé mentale.....	10
L'empathie	12
La santé mentale et psychologique du personnel	12
L'organisation du travail et la culture organisationnelle	14
La bienveillance et la bientraitance	15
L'importance du développement d'une culture de la bientraitance.....	16
L'importance de la multidisciplinarité	17
L'ENVIRONNEMENT	17
Pour un environnement adapté aux capacités, aux besoins et aux intérêts de la clientèle	17
LA FAMILLE ET LES PROCHES AIDANTS	18
L'information et l'éducation psychologique aux familles et aux proches aidants	18
L'importance des liens	19
Faire une place aux familles et aux proches aidants	20
Conclusion	20
Références.....	21
Résumé des recommandations	27

Avant-propos

Les psychologues sont des spécialistes engagés au maintien de la santé psychologique et au rétablissement de la santé mentale des personnes. Ils sont habilités à évaluer le fonctionnement psychologique et mental et, sur cette base, à déterminer, à recommander et à mettre en œuvre des interventions et des traitements. Ils sont donc particulièrement concernés par le bien-être des personnes vivant en hébergement, qu'elles soient aînées ou atteintes d'une déficience physique ou intellectuelle ou d'autres problèmes de santé mentale comme un trouble du spectre de l'autisme ou un trouble neurocognitif majeur.

Nous vous remercions de votre invitation à participer aux audiences de la consultation sur la *Politique d'hébergement et de soins de longue durée* (ci-après la *politique*). L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) souhaite contribuer aux travaux en partageant l'expertise de ses membres. Nous soulignons ici d'importants enjeux sur le plan de la santé mentale et psychologique pour ensuite formuler des recommandations qui, nous l'espérons, contribueront à enrichir la réflexion et à soutenir l'élaboration de la *politique*.

La mission de l'Ordre des psychologues du Québec

L'OPQ a pour principale mission la protection du public. Pour ce faire :

- il s'assure de la qualité des services offerts par ses membres;
- il favorise le développement de la profession;
- il défend l'accessibilité aux services psychologiques.

Le champ d'exercice des psychologues

Le champ d'exercice des psychologues est formulé comme suit :

« [...] évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement¹. »

Les psychologues, et plus particulièrement ceux qui se spécialisent dans les soins et services aux personnes hébergées, font partie des professionnels qui sont interpellés par les personnes vulnérables et œuvrent à l'optimisation de leur bien-être.

Les secteurs de pratique et les clientèles des psychologues

L'OPQ compte actuellement 8 773 psychologues qui détiennent notamment des compétences relatives aux différentes étapes de vie et aux enjeux développementaux propres à chacune de ces étapes. Les psychologues sont des spécialistes du comportement humain, de l'affectivité et de la cognition. Ils ont acquis leurs compétences dans le cadre d'une formation universitaire de niveau doctoral d'une durée moyenne de 10 ans².

On répertorie présentement 3 232 psychologues, dont 485 neuropsychologues, travaillant auprès des personnes aînées ou des personnes hébergées ayant une déficience physique,

¹ *Code des professions*, RLRQ, c. C-26, art. 37.

² L'obtention d'un diplôme de niveau doctoral constitue une exigence pour accéder à la profession de psychologue depuis 2006.

intellectuelle ou tout autre problème de santé mentale. Ces psychologues œuvrent dans le réseau public de la santé (CLSC, CHSLD, centres hospitaliers et centres de réadaptation), en cabinet de consultation privé (offrant entre autres des services d'expertise psycholégale en matière d'évaluation de l'inaptitude), ainsi que dans les milieux communautaires. Ils offrent notamment des services d'évaluation (diagnostic psychologique de trouble mental ou neuropsychologique) et d'intervention (éducation, accompagnement, soutien, réadaptation, psychothérapie, etc.).

LA CLIENTÈLE

La clientèle vivant en hébergement : un bref portrait

En 2017, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 19 % de la population québécoise, et cette proportion atteindra 25 % en 2031 (MSSS, 2018). La majorité des aînés choisissent de vieillir à la maison : de fait, 96 % des personnes âgées de 65 ans et plus indiquent être propriétaires ou locataires, et un peu moins de 3 % d'entre elles vivent dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)³ (MSSS, 2018).

Selon la politique d'hébergement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), « [...] le soutien à domicile doit toujours être considéré en premier pour répondre aux besoins de l'usager dans son parcours de soins et de services, quelle que soit l'ampleur de ses besoins. [...] L'hébergement de longue durée ne doit être retenu que s'il est clairement démontré que c'est le meilleur choix pour la santé, le bien-être et la sécurité de la personne » (MSSS, 2019). Nous comprenons que la *politique* ne portera pas sur le maintien à domicile et ses multiples enjeux. Il n'en sera donc pas question dans le présent mémoire, bien qu'il faille par ailleurs s'y pencher dans un contexte où la demande de ressources en hébergement ira vraisemblablement en s'accroissant.

Les CHSLD ont pour principale clientèle « *les personnes âgées en grande perte d'autonomie qui présentent des incapacités significatives et persistantes en raison de problèmes de santé liés au vieillissement ou de maladies chroniques ayant ou non un caractère dégénératif* » (MSSS, 2018). On doit préciser qu'environ 10 % de la clientèle des CHSLD est composée d'adultes de moins de 65 ans. Ces personnes vivent avec des problèmes qui limitent de façon importante la réalisation d'activités quotidiennes, à savoir une déficience physique ou intellectuelle, une maladie dégénérative ou un problème de santé mentale grave (Ordres professionnels de la santé et des services sociaux du Québec et RPCU, 2016). Ces personnes, bien que minoritaires dans les structures d'hébergement, ne présentent pas les mêmes besoins et aspirations que les aînés et doivent être prises en compte dans la présente réflexion.

Le concept de vulnérabilité

Les personnes qui vivent en hébergement font partie des clientèles vulnérables. En effet, bien que la définition de la vulnérabilité ne fasse pas consensus, il est possible de la concevoir comme une « *incapacité de l'action ou de la pensée devant les limites des ressources qui auraient permis de transformer la situation, et ce, en raison d'une perte de confiance ou de l'impossibilité d'exprimer sa vulnérabilité* » (Châtel et Roy, 2008). On pourrait aussi dire qu'il y a

³ Lorsque nous référons aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), nous incluons : les CHSLD publics, les CHSLD privés conventionnés, les CHSLD privés non conventionnés et tout établissement qui a une entente d'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée.

vulnérabilité quand la personne fragilisée ne peut plus se protéger elle-même physiquement, psychologiquement, économiquement ou autrement et qu'elle dépend de son entourage ou de son environnement (RPCU, 2015). La personne majeure en situation de vulnérabilité est une personne « [...] 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 psychologique⁴ ».

Ainsi, les personnes vivant en hébergement (aînées ou non) sont vulnérables puisqu'elles présentent toutes, à divers degrés, des pertes cognitives et des limitations fonctionnelles qui les placent dans une situation de dépendance envers les intervenants mandatés pour répondre à leurs besoins. Bien que toute attribution d'une caractéristique puisse impliquer, de fait, une certaine stigmatisation, affirmer que les aînés vivant en hébergement font partie des clientèles vulnérables n'est pas de l'âgisme. En effet, il est primordial de s'ouvrir à cette réalité sans aller jusqu'à conclure que les personnes hébergées ne sont ni autonomes ni incapables de s'autodéterminer. Nier la présence de vulnérabilité sous prétexte d'éviter la stigmatisation peut avoir pour effet d'occulter les besoins des personnes, alors qu'il importe avant tout d'offrir aux personnes vulnérables des conditions de vie adaptées à leurs besoins.

La vulnérabilité et la maltraitance

La vulnérabilité des personnes tient à de multiples conditions qui sont autant de facteurs de risque de maltraitance. D'abord, bien que la littérature scientifique et professionnelle n'ait pas encore fourni de modèle définitif pour expliquer la maltraitance des personnes vivant en hébergement, les chercheurs mentionnent notamment les facteurs de risque suivants : les incapacités fonctionnelles, la déficience cognitive, l'isolement social, l'âge, le revenu, les antécédents familiaux, les événements traumatiques antérieurs de la vie, le trouble neurocognitif et la dépression (Conner et al., 2011). À cette liste, il est possible d'ajouter les conditions suivantes : faible niveau de scolarité, présence d'une dépendance, condition d'itinérance, problème de santé physique, historique de négligence, absence de reconnaissance de sa propre vulnérabilité, présence d'abus psychologiques ou d'un trouble de santé mentale, incapacité à s'exprimer ou à dénoncer une situation d'abus.

Chez les personnes vivant en hébergement, il n'est pas rare que plusieurs de ces conditions se combinent. À titre d'exemple, prenons le cas d'un homme de 70 ans atteint d'un trouble neurocognitif de type Alzheimer et d'un trouble de comportement comorbide⁵. Le risque de maltraitance est plus grand chez cet homme que chez une personne du même âge également atteinte d'Alzheimer, mais qui serait joviale, avenante, enjouée et qui ne se montrerait ni anxieuse ni dépressive. On comprendra de cet exemple que la multiplication de conditions défavorables peut complexifier rapidement le tableau clinique et soulever des défis pour l'offre de soins et services⁶.

⁴ *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, RLRQ, c. L-6.3.

⁵ On parle de comorbidité lorsqu'il y a présence de plusieurs (deux ou plus) troubles mentaux chez la même personne, et ce, au même moment. La comorbidité peut aussi référer à l'impossibilité de ne conclure qu'à un seul diagnostic.

⁶ Pour connaître la position de l'OPQ sur la maltraitance, se référer au *Mémoire de l'Ordre des psychologues du Québec déposé à la Commission des relations avec les citoyens* (OPQ, 2017).

La maltraitance psychologique

La maltraitance est définie comme « *un 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*⁷ ». Elle inclut le harcèlement, l'inconduite et l'agression. La maltraitance des personnes hébergées peut prendre diverses formes : physique, par exemple une personne forcée à manger à un moment où elle n'a pas faim; sexuelle, par exemple une personne ridiculisée dans son besoin de vivre sa sexualité; matérielle et financière, par exemple une personne soumise à des pressions quant au contenu de son testament.

La maltraitance psychologique nous intéresse particulièrement, car elle est souvent non intentionnelle, due à une méconnaissance ou à une incompréhension de la personne hébergée, du fonctionnement de son cerveau, de son état de santé mentale ou des conséquences de son état mental sur son comportement. La maltraitance psychologique désigne des situations où l'on porte atteinte à la dignité ou à l'estime de soi de la personne, où la personne peut être humiliée, infantilisée, ignorée ou empêchée de se définir selon ses valeurs. En raison de sa nature et de son caractère parfois implicite et insidieux, il s'agit de la forme de maltraitance la plus difficilement identifiable; elle s'avère pourtant tout aussi blessante que les formes plus explicites de maltraitance. Afin de contrer la maltraitance causée par la méconnaissance des atteintes et limitations des personnes hébergées, les soins et services doivent être ajustés aux demandes, attentes et capacités de ces personnes. De plus, les soignants doivent être conscients de leurs attitudes et comportements à l'égard des personnes hébergées.

Il faut spécifier que la maltraitance est constituée tant de la présence de mauvais traitements que de l'absence des soins ou services nécessaires. La négligence constitue également une forme de maltraitance, où celui qui a la responsabilité de s'assurer que la personne reçoive les soins et services faillit à sa tâche et ne voit pas aux besoins d'une personne, que ce soit intentionnellement, par méconnaissance de la situation ou par insuffisance de moyens.

Recommandation 1

Reconnaître que la présence de plusieurs conditions qui accroissent la vulnérabilité complexifie l'offre de soins et services et que la maltraitance psychologique peut découler d'une incompréhension ou d'une méconnaissance du fonctionnement psychologique et mental des personnes hébergées.

Les troubles de santé mentale fréquents chez les personnes hébergées

Concernant la santé mentale des aînés en général, on sait que 6 % des Canadiens et 5 % des Québécois âgés de 65 ans et plus présentent un trouble de l'humeur (Statistique Canada, 2018) et que la prévalence du trouble d'anxiété généralisée chez les aînés varie entre 3 % et 11 % (Chou et al., 2011; Gonçalves et al., 2011). Or, les statistiques sont plus alarmantes lorsqu'on se penche sur la clientèle vivant en hébergement. Parmi les résidents des CHSLD :

- plus de 40 % reçoivent un diagnostic de dépression ou présentent des symptômes de la dépression (ICIS, 2010);

⁷ Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, RLRQ, c. L-6.3.

- quelque 80 % présentent des symptômes comportementaux souvent associés à la démence (Ordres professionnels de la santé et des services sociaux du Québec et RPCU, 2016);
- au moins 20 % souffrent de troubles mentaux et présentent des problèmes importants de comportement associés à un diagnostic en santé mentale (Ordres professionnels de la santé et des services sociaux du Québec et RPCU, 2016).

De surcroît, les experts sont d'avis que la prévalence des troubles mentaux chez les personnes âgées est largement sous-estimée et que ceux-ci sont assurément sous-traités (Marcoux, 2019). Les aînés sont d'autant plus à risque de présenter des troubles de santé mentale que leur santé physique et cognitive est en déclin et qu'ils doivent, dans leur quotidien, composer avec des deuils et pertes multiples : les aînés vivant en hébergement présentent fréquemment des troubles neurocognitifs et des troubles de santé mentale spécifiques (Singh et Upadhyay, 2014). À mesure que les connaissances dans le domaine de la gérontologie évoluent, on constate qu'il faut développer une vision plus globale et reconnaître l'impact des interactions entre la personne âgée, son entourage social et son environnement sur sa condition physique et mentale. De plus, le tableau clinique n'est pas simple, du fait notamment de la coexistence de maladies; de manifestations qui peuvent être atypiques; de la complexité de certains syndromes; de l'intrication des composantes biologiques, psychologiques et sociales; et des interactions entre les troubles physiques et les troubles mentaux, y compris ceux qui comportent des atteintes cognitives.

Parmi les troubles de santé mentale que l'on observe fréquemment chez les personnes hébergées, on retrouve notamment les troubles anxieux, le trouble dépressif et les troubles de comportement. La méconnaissance de ces troubles par les acteurs qui évoluent auprès des personnes hébergées (soignants, famille, proches aidants, employés, gestionnaires, professionnels, etc.) peut s'avérer lourde de conséquences. En effet, il est important de savoir si une personne âgée est affectée par un trouble mental ou par un trouble neurocognitif pour comprendre, entre autres choses, les effets potentiels de ce trouble sur sa capacité à entrer en interaction et à maintenir des relations avec sa famille, ses proches et les intervenants. L'incompréhension peut ouvrir la porte à une interprétation préjudiciable des intentions et des comportements de la personne hébergée ainsi qu'à des réactions par conséquent inadéquates, voire négatives, des gens qui l'entourent ou en prennent soin.

Les troubles neurocognitifs

Les symptômes du trouble neurocognitif majeur (TNM), qui peuvent être envahissants au quotidien et variables d'un individu à l'autre, incluent notamment des pertes de mémoire, des modifications de la personnalité, des pertes cognitives et des pertes motrices. La présence d'un trouble neurocognitif chez la personne hébergée peut limiter sa capacité à juger de ce qui lui arrive, à s'en souvenir et, ultimement, à dénoncer des comportements abusifs à son endroit. Dans ce contexte, les conclusions et recommandations de l'évaluation neuropsychologique⁸ peuvent avoir un impact important sur la prise en charge. Il est essentiel que les intervenants puissent comprendre les troubles neurocognitifs, en saisir toute la portée et en tenir compte dans le plan d'intervention.

⁸ L'évaluation des troubles neuropsychologiques est réservée au psychologue dans le cadre de son champ d'exercice lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre des psychologues du Québec (Office des professions du Québec, 2013, p. 42).

De plus, la présence d'un trouble neurocognitif augmente le risque de présenter d'autres troubles de comportement, car la personne peut avoir de la difficulté à répondre de manière adaptative aux situations stressantes auxquelles elle est exposée. À titre d'exemple, mentionnons la négligence de soi sévère liée à une atteinte cognitive. Dans ce cas, si l'on intervient sans comprendre, par exemple en imposant des soins corporels vigoureux, cela pourrait être vécu comme une agression. Il y aurait lieu au préalable de comprendre que des pertes de facultés cognitives pourraient être à la source des comportements d'autonégligence et de voir à la présence éventuelle d'un autre trouble de santé mentale (Day, 2010), comme le trouble dépressif, qui nécessite un traitement spécifique.

Les troubles anxieux et le trouble dépressif

Les aînés sont non seulement plus à risque d'être atteints sur le plan cognitif, mais aussi de présenter un trouble dépressif ou anxieux. Les troubles mentaux, tant chez les personnes âgées que chez leur famille et leurs proches, passent trop souvent inaperçus ou encore font l'objet de méprise (p. ex., manifestations dépressives confondues avec des pertes cognitives, troubles anxieux camouflés derrière des plaintes somatiques). Il est parfois difficile de reconnaître ces problématiques et, qui plus est, d'en voir les répercussions au quotidien, notamment sur les relations avec les autres, sur les manifestations de troubles de comportement et sur l'observance des traitements.

Entre autres, il est facile de concevoir que le déménagement dans un centre d'hébergement cause une augmentation de l'anxiété en lien avec la perte de repères (nouveau des lieux, des horaires, des personnes avec qui interagir, de la diète, etc.). Il est effectivement normal d'être plus anxieux lorsqu'on se retrouve dans une situation de dépendance envers autrui, dans un contexte où le contrôle nous échappe. Cette anxiété associée à la situation d'hébergement peut avoir des conséquences multiples : stress chronique, apparition de peurs spécifiques, accentuation de la douleur, hypervigilance, attaques de panique, aggravation de troubles de comportement, irritabilité, troubles du sommeil, perte de l'appétit, etc. Le fait de ne pas reconnaître les troubles anxieux ou de ne pas disposer des ressources humaines adéquates pour les traiter peut mener à surutiliser les médicaments (comme les benzodiazépines, qui peuvent parfois s'accompagner d'effets secondaires indésirables).

Outre l'augmentation de l'anxiété, la situation d'hébergement peut engendrer une augmentation de la tristesse, de l'état dépressif, notamment en raison des deuils multiples vécus par les personnes hébergées. Même en excluant tout trouble cognitif, l'entrée en hébergement représente souvent une rupture avec des relations et un environnement sécurisants et prévisibles, pour intégrer un milieu perçu comme insécurisant et incertain, qui représente l'abandon, voire la mort. Les conséquences d'une augmentation de l'état dépressif peuvent s'exprimer par une humeur négative, une perte d'intérêt pour les activités de tous les jours, des problèmes de sommeil, de l'hyperactivité ou de l'apathie psychomotrice, des difficultés à prendre des décisions ou un sentiment d'inutilité ou de culpabilité. Chez la personne âgée, on peut aussi voir un désir de mort formellement exprimé plutôt que des idées suicidaires bien définies. Ces manifestations, lorsqu'elles sont correctement définies comme étant les symptômes d'un trouble dépressif, peuvent être traitées adéquatement, notamment par la psychothérapie.

Les troubles de comportement et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

La situation d'hébergement peut fréquemment engendrer l'apparition ou l'augmentation d'un trouble de comportement. Ce phénomène peut se manifester, notamment, par l'accroissement de comportements agressifs envers autrui ou envers les objets ou l'irrespect des règles et des normes. Il apparaît évident qu'une exacerbation de ces comportements socialement inacceptables puisse avoir un impact sur les soins et services offerts et l'implication de la famille et des proches aidants.

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont présents chez environ 50 % des aînés atteints de démence (IPA, 2012) : c'est donc au quotidien qu'ils doivent être gérés par les équipes soignantes. Ces symptômes regroupent un ensemble de manifestations cliniques telles que l'errance, la résistance aux soins, l'agitation verbale ou les idées délirantes (IPA, 2012; MSSS, 2014). Les SCPD représentent un défi pour les soignants, car ils compromettent le bon déroulement des soins et peuvent provoquer des conséquences négatives pour la personne aînée, ses proches et les autres usagers.

Il est important de comprendre que les SCPD ne sont pas une simple conséquence de la démence, mais plutôt une manifestation comportementale d'un besoin non comblé, que ce besoin soit psychologique ou physique⁹. En ce sens, il apparaîtrait inopportun d'intervenir pour empêcher la manifestation de ces comportements (par l'administration de médicaments ou la contention) alors qu'en déterminer la cause permettrait de mieux répondre à la situation et d'y mettre fin. Parmi les nombreux exemples de comportement, mentionnons l'agitation verbale d'une personne anxieuse, la résistance aux soins d'hygiène en raison de douleurs à la mobilisation, la proximité inadéquate alors que la personne recherche des contacts sociaux, ou encore l'agressivité liée à une souffrance. On peut mieux agir sur l'apparition des SCPD et mieux intervenir lorsque le besoin sous-jacent est bien cerné.

Recommandation 2

Former les personnes œuvrant auprès des personnes hébergées à une meilleure compréhension des troubles de santé mentale, des troubles neurocognitifs et des troubles de comportement que peuvent présenter les personnes hébergées.

Le défi de l'évaluation des troubles de santé mentale chez les aînés

Les préjudices possibles pour la personne non évaluée ou mal évaluée peuvent être graves, car la nuance entre les états d'aptitude et d'inaptitude (comportements volontaires ou non) repose, entre autres, sur l'évaluation et la compréhension de l'état de santé mentale, y compris celles des fonctions cognitives. Il y a souvent négligence, maltraitance ou abus en raison d'une évaluation incomplète ou parce que l'on néglige de mettre en place des interventions requises. Par exemple, lorsqu'on reproche des comportements inappropriés à une personne aînée atteinte de TNCM, le personnel peut devenir irrité et potentiellement présenter de l'inconduite, car on croit la personne aînée en plein contrôle de ses actes et on lui attribue l'intention de faire du mal. Un autre exemple est le cas où l'on néglige d'héberger une personne qui en a réellement besoin, car on la croit apte à consentir. Le défi, sur le plan éthique et déontologique, est d'une part de s'assurer de respecter le droit à l'autodétermination d'une personne « apte »,

⁹ Les besoins physiques sont nombreux et incluent, par exemple, l'alimentation, le sommeil, les soins d'hygiène de la bouche, les soins des pieds, etc.

mais possiblement atteinte à un degré ou à un autre d'un trouble mental ou neuropsychologique et, d'autre part, de ne pas laisser sans protection une personne « inapte », dont les choix ne seraient pas éclairés pour elle-même.

Avant même l'évaluation, à proprement parler, il peut être difficile de dépister des troubles de santé mentale chez les personnes âgées vivant en centre d'hébergement (soit 90 % de la clientèle de ces centres). Plusieurs facteurs peuvent être en cause : entre autres, les problèmes de santé physique préexistants associés au vieillissement normal, les difficultés à s'exprimer, les effets de la médication prescrite ou le déclin des fonctions cognitives pouvant complexifier la présentation clinique de certains troubles. Il faut s'assurer que les symptômes présentés ne s'expliquent pas mieux par un autre phénomène, par exemple un deuil normal ou des difficultés d'adaptation. Procéder au diagnostic différentiel est essentiel, dans la mesure, par exemple, où il est difficile d'identifier un trouble anxieux chez les personnes âgées, car il existe une interrelation complexe entre l'anxiété et la maladie (Marcoux, 2019). En effet, l'anxiété peut être générée par la présence de maladies physiques comme elle peut y contribuer (p. ex., l'arythmie est-elle la cause ou la conséquence de l'anxiété?); les symptômes liés à l'anxiété peuvent être confondus avec des problèmes médicaux et vice-versa (Smith et al., 1995).

Autres facteurs de vulnérabilité chez les personnes hébergées

Outre les problématiques liées à la santé mentale, d'autres facteurs contribuent à la vulnérabilité des personnes hébergées. Parmi ces facteurs, certains sont associés aux membres du personnel (connaissances inadéquates et formations limitées; problèmes personnels, dont les antécédents de violence domestique, de problèmes de santé mentale, de consommation de drogues ou d'alcool; stress, fatigue émotionnelle ou épuisement professionnel; attitude négative à l'égard des personnes âgées en général, des résidents en particulier ou du travail); d'autres à l'organisation du milieu (le manque ou la pénurie de personnel, la lourdeur de la charge de travail empêchant les professionnels de donner des soins de qualité dans un temps suffisant); et d'autres encore à la personne hébergée et à son réseau social (le processus de vieillissement en soi, l'isolement social ou le fait d'avoir peu ou pas de visites de l'extérieur) [Beaulieu et al., 2018]. Par exemple, on sait qu'un faible revenu est associé à une présence accrue de psychopathologie (dépression majeure, trouble d'anxiété généralisée et trouble de stress post-traumatique), spécifiquement chez les victimes de mauvais traitements (Hernandez-Tejada et al., 2020).

Recommandation 3

S'assurer d'une évaluation complète des divers facteurs de vulnérabilité et les inclure dans les plans de soins et de traitements des personnes hébergées.

LE PERSONNEL

La formation aux troubles de santé mentale

La méconnaissance et l'incompréhension des troubles de santé mentale et de leurs conséquences sur le comportement, de même que la méconnaissance du vieillissement normal et pathologique, peuvent favoriser les stéréotypes et les préjugés et ainsi émousser la sensibilité des intervenants et des proches. Cela n'est pas sans conséquences sur la qualité de vie et le bien-être des personnes hébergées.

À titre d'exemple, prenons un homme de 65 ans atteint d'aphasie¹⁰ qui interagit pour la première fois avec un nouvel intervenant. À la suite de l'absence de réponse de monsieur à une de ses demandes, l'intervenant répète la demande, de plus en plus fort, croyant monsieur atteint d'une légère surdité.   la huitième répétition, qui en fait est un cri proféré à quelques centimètres du visage, monsieur a une réaction défensive de peur et bouscule l'intervenant, ce à quoi il fallait s'attendre. L'intervenant ne connaissait pas l'existence de cette maladie : il n'a peut-être pas eu accès à l'explication d'un professionnel concernant la définition de l'aphasie et son impact sur le comportement. Il y a donc eu maltraitance, et ce, sans mauvaise intention ni surcharge de travail du côté de l'intervenant. Autre exemple, soit celui d'une résidente qui souffre d'h min gligence¹¹ renverse brusquement le plateau-repas que la préposée lui apporte, cette dernière l'ayant approchée rapidement du côté où la bénéficiaire n'a aucune perception visuelle ou auditive. La préposée interprète ce geste comme une manifestation de violence intentionnelle et elle se désintéresse de cette résidente, la croyant malveillante, ne comprenant pas son atteinte cognitive. Un dernier exemple, celui d'un résident qui insulte et injurie les membres du personnel, les accusant de vol; en fait, il a caché lui-même son argent et ne le retrouve plus, en lien avec des pertes de mémoire sporadiques. Difficile de ne pas mal réagir si on ne comprend pas la source de telles réactions. Ces exemples illustrent l'importance de la formation et du soutien aux intervenants quant aux connaissances spécialisées en santé mentale.

De plus, un personnel adéquatement formé à reconnaître les signes de troubles de santé mentale peut jouer un rôle de sentinelle afin d'orienter les personnes hébergées souffrantes vers les ressources appropriées, le cas échéant. C'est le cas, par exemple, d'un homme nouvellement hébergé à la suite d'un AVC et qui résiste aux soins d'hygiène, se montre irritable et frappe autrui. Le personnel, dans un rôle de sentinelle, saurait que ces comportements peuvent être associés à la dépression majeure ou à un trouble d'adaptation avec humeur dépressive et verrait à orienter la personne vers un professionnel habilité à vérifier la présence du trouble mental et à envisager le juste traitement (dans l'exemple, l'homme pourrait bénéficier de psychothérapie).

Outre des connaissances en santé mentale, la formation du personnel devrait aussi inclure les notions d'abus, de négligence, de harcèlement, d'inconduite et d'agression (Moreno-Poyato et al., 2018; Sripada et al., 2011; Teding van Berkhout et Malouff, 2016). La compréhension des nuances entre ces concepts semble essentielle au développement d'un climat de travail sain auprès de personnes souffrant de troubles de santé mentale graves. De plus, le développement de compétences en résolution de conflits semble également primordial, car on sait que des facteurs contextuels peuvent exacerber les conflits, comme la charge de travail élevée, l'épuisement professionnel, le manque de leadership autour de la coordination des soins ou les rôles flous ou mal définis (Hepp et al., 2015).

De l'information et une formation axées sur la diversité relativement aux personnes hébergées pourraient aussi inclure des éléments comme l'impact de la culture sur la santé (sensibilisation culturelle, respect et sécurité), les soins culturellement congruents, l'approche des soins de santé centrée sur la personne, les soins de santé équitables et démocratiques (droit d'exercer

¹⁰ L'aphasie est un dysfonctionnement du langage qui peut impliquer une altération de la compréhension ou de l'expression des mots ou des équivalents non verbaux des mots (Merck Sharp & Dohme Corporation, 2020).

¹¹ L'héminégligence est un trouble où le cerveau ne perçoit pas les signaux sensoriels provenant d'un côté du corps.

un choix basé sur ses croyances culturelles), l'évolution des soins de santé (transformer l'approche biomédicale des soins de santé en un modèle social de la santé) et les politiques d'accès équitable (Premières Nations, minorités sexuelles, etc.). À cet égard, une stratégie nationale sur les soins aux personnes hébergées de la communauté LGBTI (lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et intersexes) devrait tenir compte des besoins d'individus distincts en reconnaissant l'intersectionnalité¹² (Engel, 2012; Meyer et al., 2017; Roy et Walsh, 2020).

Recommandation 4

S'assurer que le personnel qui travaille auprès des personnes hébergées est adéquatement formé, notamment en ce qui a trait aux enjeux de santé mentale.

L'empathie

La présence d'empathie est essentielle aux personnes qui offrent des soins et services aux autres, notamment aux personnes hébergées. En effet, les personnes qui maltraitent peuvent présenter des lacunes sur le plan de l'intelligence sociale, plus spécifiquement en ce qui a trait à l'empathie. Être empathique permet de se mettre à la place des autres, de comprendre ce qu'ils pensent et ressentent. De plus, l'empathie est à la source du développement moral et elle guide la personne dans ses prises de décision, sur le plan tant individuel que social (Persson et Kajonius, 2016). La capacité d'empathie n'est pas facile à développer ou à enseigner : il s'agit plutôt d'un trait que l'on possède, à divers degrés, voire qui manque entièrement à certains. On constate d'ailleurs que les personnes qui maltraitent peuvent présenter des lacunes sur le plan de l'intelligence sociale, plus spécifiquement en ce qui a trait à l'empathie.

Ainsi, puisque c'est un véritable défi d'insuffler de l'empathie aux personnes qui en possèdent peu ou pas du tout, il semble préférable d'en tenir compte dans le processus de sélection du personnel. Par ailleurs, étant donné que certaines personnes parviennent à présenter superficiellement certaines caractéristiques d'empathie, il est possible de recourir à des instruments standardisés et objectifs pour éclairer la décision d'embaucher, plutôt que de se baser sur l'autoévaluation d'un éventuel candidat (Moreno-Poyato et al., 2018; Sripada et al., 2011; Teding van Berkhout et Malouff, 2016)¹³.

Recommandation 5

Considérer la capacité d'empathie comme une qualité essentielle du personnel travaillant en hébergement et la prendre en considération dans les critères de sélection.

La santé mentale et psychologique du personnel

Le bien-être psychologique est un état dynamique qui permet à la personne de développer son potentiel, de travailler de manière productive et créative, de nouer des relations solides et positives avec les autres et de contribuer à sa communauté. Compte tenu des coûts élevés

¹² L'intersectionnalité (de l'anglais *intersectionality*), ou intersectionnalisme, est une notion employée en sociologie et en réflexion politique qui désigne la situation de personnes subissant simultanément plusieurs formes de stratification, de domination ou de discrimination dans une société. Repéré à <https://fr.wikipedia.org/wiki/Intersectionnalit%C3%A9>

¹³ Les psychologues sont formés à l'administration, à la correction et à l'interprétation d'outils psychométriques et peuvent contribuer à déterminer les candidats manifestant des caractéristiques empathiques intègres. Parmi ces outils, on retrouve le *Big Five* (Costa et McCrae, 1992; Kajonius et Daderman, 2017).

qu'entraînent les problématiques de santé mentale et de toxicomanie¹⁴, le bien-être psychologique du personnel revêt une importance grandissante pour les gouvernements (FMCWP, 2008). De plus, ne pas se préoccuper suffisamment de la santé mentale et psychologique des soignants a des répercussions. Entre autres, on a montré que l'augmentation de la colère exprimée par les soignants et d'autres explosions émotionnelles négatives en cours de prestation de soins et de services auprès de personnes âgées représentent des risques accrus de maltraitance pour les bénéficiaires (MacNeil et al., 2010).

Les intervenants et professionnels qui travaillent auprès de personnes hébergées peuvent être particulièrement sollicités. Effectivement, les nombreuses demandes et les contraintes élevées dans l'emploi sont considérées comme des facteurs de risque pour le bien-être du personnel (Elovainio et al., 2015). Les exigences professionnelles élevées et l'obligation de faire face à des émotions négatives peuvent épuiser les ressources mentales et physiques du personnel.

Afin de soutenir la santé mentale et psychologique du personnel, de l'information et des formations s'avéreraient bénéfiques, notamment quant aux notions de prévention et de gestion du stress, incluant les saines habitudes de vie. Pour favoriser le bien-être au travail, il est possible d'agir sur le plan professionnel (p. ex., améliorer l'autonomie, offrir du soutien social ou accorder certaines primes) et sur le plan personnel (p. ex., proposer des stratégies de régulation des émotions¹⁵). D'autres stratégies à adopter pour réduire le stress et favoriser le fonctionnement personnel et professionnel du personnel portent sur l'équilibre de vie (p. ex., l'importance de cultiver des relations en dehors du travail), la conscience cognitive (p. ex., la surveillance de ses réactions au travail) et l'organisation (p. ex., la gestion des demandes et la planification de sa journée). Bien que ces stratégies soient efficaces pour prévenir l'épuisement professionnel, en présence de stress accru, leur effet protecteur peut être limité (Rupert et Dorociak, 2019). Du reste, il faut s'assurer que tout le personnel reçoive la formation et le soutien nécessaires pour répondre aux exigences de l'emploi, ce qui inclut de veiller à ce que les intervenants qui sont le plus susceptibles d'être exclus (temps partiel, quarts de travail) aient également la possibilité de participer (NICE, 2009).

En outre, la pratique réflexive individuelle et collective quant à la prestation des soins et services peut mener à une meilleure qualité des soins offerts (Börjesson et al., 2015). En effet, le travail avec les personnes hébergées peut susciter des pensées et de forts sentiments ou émotions chez l'intervenant; si ce dernier n'y accorde pas l'attention nécessaire, ces états peuvent influencer négativement son travail. Un accompagnement dans une pratique réflexive peut favoriser de meilleures interventions en développant une prise de conscience de l'impact émotionnel du vécu de l'intervenant, en donnant du sens à ce vécu et en ouvrant une perspective sur l'impact sur les soins et services de facteurs interpersonnels et externes comme la différence, le pouvoir et l'autorité (Hughes et Heycox, 2008; Mackenzie et Beecraft, 2004). On peut à ces égards s'appuyer sur des professionnels, dont des psychologues, qui sont expressément outillés pour soutenir la pratique réflexive des équipes de travail (Heneghan et al., 2014; Singh et Upadhyay, 2014).

¹⁴ Sime (2019) estime que ces problématiques coûtent aux entreprises américaines entre 80 et 100 milliards de dollars par an.

¹⁵ Buruck et al. (2016) ont démontré qu'un entraînement à la régulation émotionnelle pouvait améliorer l'acceptation, la tolérance et la modification des émotions négatives du personnel offrant des soins aux personnes âgées.

Par ailleurs, la promotion du bien-être psychologique du personnel peut aussi passer par la gestion des pratiques liées aux droits et conditions de travail, dont la promotion de la participation aux décisions. De surcroît, il faudrait s'assurer que tous les milieux d'hébergement se dotent de programmes d'aide aux employés (PAE) accessibles et efficaces, en lien avec les besoins. Ces dernières années, les ressources disponibles dans les PAE ont été limitées, notamment pour ce qui est de l'accès à un psychologue. Compte tenu de la lourdeur de la clientèle et de la nature du travail impliquant une sollicitation émotionnelle quotidienne, il semble essentiel d'offrir un soutien psychologique direct aux intervenants et aux professionnels qui travaillent avec ces clientèles présentant des défis complexes. Actuellement, il semble que plusieurs professionnels doivent chercher des formations dans le secteur privé, afin de s'outiller pour développer les savoirs et savoir-faire essentiels à leur travail. La situation actuelle de certains milieux met donc à risque d'épuisement et de fatigue de compassion un personnel compétent, présentant des besoins de soutien tout à fait justifiés.

Finalement, s'intéresser à la santé mentale et psychologique peut inclure de considérer les risques d'abus de substances chez le personnel, comme chez les personnes hébergées. Effectivement, l'intoxication modifie les comportements des personnes, ainsi que leurs interactions. Il a été démontré que les personnes qui reçoivent des soins ou services en état d'intoxication sont plus souvent négligées et que l'abus de substances chez le dispensateur de soins et de services est associé à la violence physique et émotionnelle (Conrad et al., 2019).

Recommandation 6

Soutenir la santé mentale et psychologique du personnel par de l'information, de la sensibilisation, de la formation et du soutien, et ce, sur les lieux de travail.

L'organisation du travail et la culture organisationnelle

L'organisation du travail devrait d'abord et avant tout donner au personnel les moyens d'offrir aux personnes hébergées les soins et services dont ils ont besoin. Or, il semble qu'actuellement un manque de ressources humaines place parfois les intervenants en situation de ne pas pouvoir répondre aux besoins. L'absence de services requis correspond à une forme de maltraitance non intentionnelle. D'ailleurs, l'instauration de ratios intervenants/personnes hébergées améliorerait rapidement et significativement les conditions de vie de ces personnes : *« La charge de travail des professionnelles en soins est telle qu'elles sont trop souvent contraintes de se concentrer sur les soins essentiels et obligées de relayer [...] au second plan [...] les aspects psychologique et social des patient[(e)]s. Il n'est pas nécessaire d'attendre une politique en matière d'hébergement et de soins de longue durée pour remettre les humains au service des humains »* (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2019).

Recommandation 7

Donner au personnel les moyens d'offrir les soins et services qui répondent aux besoins des personnes hébergées.

Par ailleurs, on peut agir sur la culture organisationnelle, et ce, tant sur le plan des valeurs que sur celui des actions. En premier lieu, sur le plan des valeurs, il importe que tout centre d'hébergement se dote d'un énoncé de valeur éthique qui promeut notamment la bientraitance, énoncé qui fera également état de la manière dont le personnel incarnera les valeurs mises de l'avant. De plus, les gestionnaires doivent encourager la réflexion des membres du personnel, en équipe, sur les problématiques cliniques auxquelles ils doivent faire face au quotidien ainsi que sur leur microculture. Ce type de réflexion est propice pour aborder les

questions relatives aux troubles de santé mentale, à leurs conséquences sur le comportement et à la maltraitance. Ces discussions donnent l'occasion de créer un contexte rendant possible la mise au jour d'inconduites. Développer une telle culture organisationnelle de bienveillance implique d'informer et de former les intervenants, les professionnels et les gestionnaires, de travailler à modifier les stéréotypes et les attitudes stigmatisantes, de favoriser l'ouverture à reconnaître et à valider les sentiments de détresse des personnes hébergées et des personnes qui les côtoient, de développer des réflexes de responsabilité collective, ainsi que de valoriser les actions prises pour le bien-être des usagers.

Sur le plan des actions mises en place afin d'actualiser les valeurs organisationnelles, on pense d'entrée de jeu à introduire dans les politiques, procédures ou autres protocoles des directives claires en matière de déclaration obligatoire des situations d'abus et de négligence, ainsi que des procédures spécifiques pour gérer les incidents signalés (Bernoth et al., 2014; Malmedal et al., 2009; Welfel et al., 2000). Une culture de bienveillance doit soutenir les fournisseurs de soins et services dans leur lutte contre l'âgisme et les stéréotypes, et ce, en promouvant le vieillissement sain (Nemmers, 2005). Voici quelques autres moyens d'actualiser les valeurs organisationnelles :

- formation des gestionnaires à l'intervention auprès d'employés en difficulté;
- conférences aux sujets multiples : éducation psychologique concernant la santé mentale des aînés ou les procédures de l'établissement, etc.;
- séances d'information informelle, sur des thèmes comme la communication avec les aînés ou la sexualité des aînés;
- accès au soutien psychologique selon des modalités multiples (formel ou informel, individuel ou en groupe), pour le personnel et les gestionnaires.

Recommandation 8

Considérant l'importance de la culture organisationnelle, élaborer un énoncé de valeurs éthiques dans chaque établissement et voir à son actualisation par le biais de politiques, de procédures ou d'autres protocoles.

La bienveillance et la bienveillance

Le concept de **bienveillance** dérive du concept de **bienfaisance**, soit l'absence de tort faite à l'autre, d'une part, et surtout la recherche d'un équilibre à trouver au sein des pratiques entre ce qui apportera un bénéfice et ce qui causera du tort à l'utilisateur. Quant au concept de **bienveillance**, on note qu'il est plus récent dans sa déclinaison professionnelle et qu'il se situe au niveau de l'intention du donneur de soins. Il consiste à aborder l'autre, la personne fragile ou vulnérable, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour elle. Ce concept comporte une dimension de vigilance et revêt un caractère tant individuel que collectif.

Le concept de bienveillance s'appuie également sur celui de « *mère suffisamment bonne* » développé par le pédopsychiatre Donald Winnicott. Ce concept recouvre une capacité d'ajustement à l'autre et se différencie d'une quelconque forme de perfection. La bienveillance retient aussi l'héritage du psychologue Carl Rogers et de ses enseignements en matière de communication (éviter les jugements de valeur, reconnaître ses propres sentiments, avoir conscience de ses besoins, formuler ses demandes et indiquer à l'autre quelles actions concrètes peuvent contribuer à son bien-être). Le concept de **sollicitude**, tel que développé par le philosophe Paul Ricœur, contribue aussi au concept de bienveillance. Il consiste à adopter envers l'autre, au sein d'une relation dissymétrique, une attitude permettant de rétablir un équilibre. La sollicitude répond à la fragilité d'autrui par une réponse singulière, soucieuse de

l'unicité de l'autre personne et de sa vulnérabilité. Enfin, mentionnons aussi l'apport à cette culture du concept de *caring*, développé par les Anglo-Saxons afin de différencier l'attitude du « prendre soin » de celle de « guérir ». Il s'agit d'un accompagnement de proximité où une place importante est donnée à l'expérience de ceux qui travaillent auprès des personnes vulnérables. La pratique du *caring* implique de sortir de son propre cadre de référence pour entrer dans celui de l'autre (ANESM, 2008). La réflexion sur le concept de bientraitance est inspirante autant pour nourrir la réflexion que pour élaborer des programmes de familiarisation auprès de la population et des intervenants, puisqu'on y aborde les questions de la prestation de soins, des attitudes et de l'éthique.

L'importance du développement d'une culture de la bientraitance

Le développement d'une culture visant à promouvoir le bien-être des personnes hébergées est une démarche volontariste qui situe les intentions et les actes du personnel dans un horizon d'amélioration continue des pratiques. L'instauration d'un cycle de la bientraitance nécessite un investissement et des solutions organisationnels, une démarche collective. De plus, le développement d'une telle culture repose sur la capacité de la personne hébergée à accepter sa propre vulnérabilité. Les attitudes qui permettent d'opérationnaliser le concept de bienveillance, qui doivent être adoptées par le personnel et valorisées par les gestionnaires, sont notamment l'écoute, la compréhension et l'empathie. Cette culture est aussi fondée sur la non tolérance des comportements de harcèlement, d'inconduite et d'agression. Afin d'atteindre cet idéal de bientraitance, il est essentiel de lutter contre les effets pervers d'une culture organisationnelle rigide, de contrer la négligence institutionnelle ou systémique et de favoriser un engagement pour la sécurité des personnes hébergées. Effectivement, le développement d'une culture de bientraitance peut être menacé par d'autres priorités, comme les pressions pour augmenter le nombre de cas, diminuer les dépenses et gérer les risques, incluant la sécurité des employés (Taylor et Donnelly, 2006).

Le développement d'une culture de bientraitance passe aussi par des rappels fréquents de la confidentialité des processus de plaintes et de l'information sur les mesures de protection prises pour éviter les représailles, entre autres, envers les lanceurs d'alerte (Bernoth et al., 2014). En effet, certaines personnes croient qu'à la suite d'une dénonciation, elles seront punies ou victimes d'une vengeance. Les personnes les plus susceptibles de craindre des représailles sont souvent peu informées sur leurs droits et sur le régime d'examen des plaintes. De plus, elles sont souvent isolées, vulnérables ou dépendantes des soins et services qui leur sont offerts. La peur des représailles constitue un obstacle majeur à l'exercice des droits. Or, la vulnérabilité entraîne un plus grand besoin des autres, ce qui, conséquemment, peut augmenter la crainte des représailles. Les mesures encourageant la transparence et la diffusion de l'information concernant le processus de plaintes pourraient permettre de contrer cette peur insidieuse, tout comme pourrait le permettre le traitement des situations d'abus et de négligence par des instances indépendantes des lieux d'hébergement¹⁶.

Recommandation 9

Développer une culture de la bientraitance dans les CHSLD, une culture basée sur les concepts de bienveillance, de bienfaisance, de sollicitude et de *caring*.

¹⁶ Il arrive encore que des situations de maltraitance rapportées par des présidents de comités d'usagers au commissaire local aux plaintes ou au conseil d'administration d'un lieu d'hébergement demeurent sans suite.

L'importance de la multidisciplinarité

Compte tenu de la diversité des besoins des personnes hébergées, qu'elles soient âgées ou atteintes d'une déficience physique, intellectuelle ou d'un autre trouble de santé mentale, il est essentiel de pouvoir leur offrir une diversité de services professionnels. De plus, ces services devraient être offerts dans tous les lieux d'hébergement de manière uniforme, plutôt que d'être à géométrie variable, comme c'est trop souvent le cas. Évidemment, les soins et services devraient être offerts en temps opportun, lorsque le besoin se présente, et ce, compte tenu des impacts négatifs que peuvent engendrer les délais.

Effectivement, afin de répondre aux besoins variés des personnes hébergées, il semble essentiel de se doter d'un personnel provenant de professions diversifiées, qui assure des soins et services de qualité, individualisés et adaptés. À cet effet, il semble indispensable de favoriser l'accès à des intervenants et professionnels autres que ceux traditionnellement retrouvés en centre d'hébergement, soit les médecins, les infirmières, les pharmaciens et les préposés. Afin d'illustrer notre propos, citons le cas d'une personne âgée qui a besoin d'une consultation en physiothérapie pour pouvoir se remettre à marcher à la suite d'une chute (l'évaluation du physiothérapeute étant essentielle au plan de soins qui sera mis en pratique par les intervenants). Si cette personne doit attendre deux semaines pour la consultation, car le physiothérapeute ne visite l'établissement qu'une seule journée par quinzaine ou est en vacances et non remplacé, il est aisé de concevoir que la personne âgée pourrait ne jamais remarcher (sans mentionner l'impact que le fait de ne plus être ambulant pourrait avoir sur son espérance de vie).

L'importance de la multidisciplinarité est illustrée par la contribution des divers professionnels à la bonification des pratiques préventives. Le personnel doit être formé aux habiletés requises pour le travail collaboratif fondé sur la communication interprofessionnelle, soit l'établissement de rôles clairs, le bon fonctionnement de l'équipe, le leadership collaboratif et la résolution interprofessionnelle des conflits (Gilbert, 2010).

Recommandation 10

Assurer l'accès des personnes hébergées à une diversité de professionnels, compte tenu de la diversité de leurs besoins, en temps opportun, dans tous les milieux d'hébergement.

L'ENVIRONNEMENT

Pour un environnement adapté aux capacités, aux besoins et aux intérêts de la clientèle

Les personnes vivant en hébergement présentent des besoins multiples, qu'ils soient cognitifs (p. ex., jouer avec d'autres, converser, faire des blagues, rigoler), affectifs (p. ex., entretenir des relations d'amitié, se faire toucher, etc.), alimentaires (p. ex., manger de la crème glacée), moteurs (p. ex., besoin de bouger et d'aller dehors), etc. L'environnement dans lequel ces personnes évoluent doit non seulement leur permettre de combler leurs besoins, mais aussi de favoriser leur bien-être. On pense ici à un milieu de vie stimulant, donnant le goût de vivre. En ce sens, rappelons que l'absence de services constitue également une forme de maltraitance. Dans cette optique, l'incapacité pour les âgés d'avoir accès à l'extérieur, une situation que l'on constate malheureusement dans plusieurs centres d'hébergement, peut être perçue par certains comme un emprisonnement. Un autre exemple frappant est la malnutrition qui

pourrait résulter d'une absence de prise en compte des préférences alimentaires, du rythme avec lequel les personnes mangent ou de leur horaire usuel de repas.

Un des éléments importants, compte tenu de l'enjeu touchant l'adaptation de l'environnement en fonction des atteintes cognitives des personnes hébergées, est de posséder une bonne connaissance des troubles mentaux et des troubles neurocognitifs que présentent fréquemment ces personnes. De plus, les besoins de la personne ne disparaissent pas avec le développement d'un trouble mental ou neurocognitif. Nous savons d'ailleurs que les personnes âgées ne perdent pas, en vieillissant, les intérêts et la curiosité qu'elles présentaient auparavant. Il est impératif que les personnes responsables de proposer des activités dans les établissements soient créatives, afin de répondre aux besoins de personnes ayant des personnalités distinctes, des intérêts variés ou de la curiosité sur le plan intellectuel. Par exemple, il n'est pas dit que tous les aînés s'actualisent par la participation aux activités que l'on retrouve ordinairement dans les CHSLD. Des cours de sculpture, des conférences sur l'histoire de l'art, l'accès à des jeux vidéo, à des tablettes numériques, à des équipements de réalité virtuelle, à des bibliothèques garnies d'ouvrages variés... Ce n'est là qu'un aperçu de ce qui pourrait être offert. Pour découvrir ce qui pourrait intéresser ou motiver une personne, on doit d'abord chercher à le savoir et lui poser la question.

Recommandation 11

Offrir un environnement et des activités adaptés aux capacités, aux besoins et aux intérêts variés des personnes hébergées, tenant compte de la présence de troubles de santé mentale ou de troubles neurocognitifs et de l'impact de ceux-ci sur leur participation.

LA FAMILLE ET LES PROCHES AIDANTS

L'information et l'éducation psychologique aux familles et aux proches aidants

Il arrive que les familles et les proches aidants de personnes hébergées souffrant de troubles mentaux sévères aient des comportements imprévisibles, voire agressifs (Avieli et al., 2015). En effet, l'exposition à des situations stressantes, voire traumatiques, peut entraîner chez les familles et les proches aidants un traumatisme secondaire, vicariant ou encore une fatigue morale suscitant différents comportements, ce qui montre l'importance de s'intéresser à leur propre santé psychologique (Bridger et al., 2020; Cieslak et al., 2016).

Aussi empathiques qu'elles soient, les personnes qui prennent soin de quelqu'un, lorsqu'elles sont surchargées, qu'elles sont placées dans des situations extrêmes ou qu'elles éprouvent elles-mêmes de la détresse psychologique, peuvent momentanément se comporter comme des abuseurs si elles ne bénéficient pas du soutien requis. La littérature en psychologie a démontré, entre autres, l'utilité et l'efficacité de la formation aux habiletés d'adaptation (*coping*) et de certaines psychothérapies pour réduire les symptômes dépressifs et anxieux des familles et proches aidants ainsi que leur fardeau (voir la méta-recherche de Panzeri et al., 2019).

Par ailleurs, il importe de donner accès à des ateliers de sensibilisation destinés aux familles et aux proches aidants, sachant que le regard des familles est un facteur de protection et que les familles qui sont présentes auprès de leurs aînés ont davantage tendance à défendre les droits de ces derniers, ce qui contribue à la culture de bienveillance. En ce sens, nous appuyons le Secrétariat aux aînés lorsqu'il recommande de « *s'assurer que les adultes plus âgés et que les enfants adultes soient mieux préparés à prendre soin de leurs parents vieillissants, et ce, par le biais de sensibilisation, d'éducation et de formations pour les aidants* » (Laforest et al., 2018, p. 192).

Parmi les solutions à mettre en place pour les familles et les proches aidants, mentionnons aussi la promotion de la connaissance des droits des personnes hébergées. En effet, nous recommandons l'implantation d'un comité des plaintes accessible, visible et indépendant, ainsi qu'un accès facile aux ressources (p. ex., la diffusion du numéro de téléphone de l'ombudsman, dans un lieu public et achalandé, de sorte que les familles n'aient pas à en faire la demande). Les familles de personnes hébergées, lorsque la maltraitance survient, doivent sentir qu'il est légitime de ne pas rester seules, de dénoncer, de demander clairement l'arrêt immédiat des comportements inadéquats et de porter plainte, le cas échéant. Au-delà de faciliter l'accès et de fournir de l'information sur les ressources, il faut aussi s'assurer d'un accompagnement au plaignant, et ce, tout au long du processus. À cet effet, citons l'exemple d'une situation signalée par la clientèle hébergée. Il s'agit du cas d'un parent qui aurait fait une plainte contre un préposé qui s'est montré brusque à l'endroit de son enfant adulte hébergé atteint d'une déficience intellectuelle sévère et d'un trouble du spectre de l'autisme sévère. Le préposé, en réaction à la plainte, peut retarder les soins offerts au résident ou encore s'allier à d'autres préposés qui peuvent pareillement entrer dans une dynamique de retard de soins (négligence par ignorance des besoins et des demandes). Cette situation, plus fréquente qu'on pourrait le croire, reflète l'échec au moins partiel de l'implantation d'une culture de bientraitance. Dans un tel contexte, on ne pourrait simplement déplacer le patient à un autre étage ou dans un autre lieu d'hébergement : ce serait lui faire porter le fardeau de cet échec, puisque c'est lui qui devrait alors s'adapter à ce changement.

Recommandation 12

Offrir de l'information et de l'éducation psychologique aux familles et aux proches aidants, notamment en lien avec les droits des personnes hébergées.

L'importance des liens

Sur le plan transculturel, les aînés et les personnes handicapées représentent deux des quatre groupes (avec les enfants et les femmes) qui sont les plus susceptibles de subir de la violence familiale (Levesque, cité dans Patterson et Malley-Morrison, 2006). En effet, l'abus ou la négligence sont d'abord des événements interpersonnels et se situent dans un contexte où tous n'ont pas les mêmes pouvoirs ou capacités, comme c'est le cas dans les relations familiales. On sait que les abus surviennent plus souvent dans les relations intimes où il existe un lien de confiance (Boland, 2019), car ce lien peut permettre des prises de décision causant éventuellement de la détresse ou du tort à une personne vulnérable. Les situations de maltraitance impliquent souvent deux personnes proches l'une de l'autre, l'une en situation de pouvoir et à qui on accorde un certain statut et l'autre, démunie et en perte de pouvoir et de statut, qui s'en remet à la personne dont elle dépend et en qui elle a confiance. Il survient souvent un moment où la famille et les proches aidants deviennent les porte-parole de la personne hébergée, car ils sont les mieux placés pour faire des choix qui reflètent le plus fidèlement les volontés qu'elle a exprimées.

Les cas de négligence envers les aînés concernent souvent des personnes qui entretiennent depuis longtemps de mauvaises relations avec leurs enfants. À ce sujet, la théorie de l'attachement offre une explication au fait que certains enfants adultes négligent leurs parents âgés (Jackson et Hafemeister, 2016). Ainsi, devant une situation de maltraitance, il ne s'agit pas seulement de dichotomiser victimes et auteurs d'abus, mais plutôt de s'intéresser au lien entre les personnes impliquées (Daniel et Bowes, 2011; Jackson et Hafemeister, 2016). Il existe d'ailleurs des protocoles validés pour la prestation de services adaptés aux aînés qui ont été victimes de personnes de confiance (Imbody et Vandsburger, 2011; Moore et Browne, 2017).

Ces protocoles incluent des services structurés et spécialisés, c'est-à-dire qu'ils spécifient les meilleures façons d'intervenir dans les cas les plus complexes, en recommandant des services professionnels, notamment des services psychologiques (Ernst et al., 2014; Yonashiro-Cho et al., 2019).

Recommandation 13

Reconnaître que la maltraitance, la négligence et l'abus des personnes hébergées sont des phénomènes qui se vivent dans le contexte d'une relation entre deux personnes, et qu'ils impliquent parfois la famille et les proches aidants.

Faire une place aux familles et aux proches aidants

Il est essentiel de faire une place de choix aux familles, et ce, sans les surcharger ni les culpabiliser. Précisons qu'il ne s'agit pas ici de les utiliser afin de pallier le manque de ressources : les familles et les proches aidants devraient être invités à offrir les soins et services qu'ils ont envie de donner et à partager des moments de plaisir avec la personne hébergée, sans pression.

Or, prendre soin des familles et des proches aidants, c'est d'abord connaître et comprendre leurs besoins. Certaines données peuvent nous renseigner à ce sujet : les besoins courants exprimés par les familles et les proches aidants concernent leur santé, incluant le fait de pouvoir gérer leur propre vie et de prendre soin d'eux (santé psychologique et physique). Ils nomment aussi leur besoin de recevoir de l'aide dans les cas où il faut gérer la personne hébergée qui présente un trouble neurocognitif. Lorsqu'elles sont questionnées sur les solutions qu'elles envisagent, les familles mentionnent l'information et l'éducation (McCabe et al., 2016; Queluz et al., 2020). Conséquemment, les services aux familles et aux proches aidants devraient répondre aux besoins de connaissances, fournir de l'aide pour les activités de la vie quotidienne, offrir du soutien, notamment en matière de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et pour la prestation de soins (McCabe et al., 2016; Queluz et al., 2020). Rappelons qu'il s'agit de généralisations et que les besoins individuels peuvent varier : il s'agit évidemment de s'enquérir auprès de chaque membre de la famille de ses souhaits et besoins quant à son implication auprès de la personne hébergée.

Recommandation 14

Faire une place de choix aux familles et aux proches aidants, sans qu'ils ne se substituent au personnel soignant, et les soutenir dans leur implication auprès des personnes hébergées.

Conclusion

Les solutions proposées dans ce mémoire visent à contribuer aux améliorations concrètes du système de santé québécois et à alimenter les discussions des décideurs en ce sens. Incontestablement, une des valeurs fondatrices de notre société à laquelle les psychologues adhèrent sans équivoque est de soutenir les personnes vulnérables. Si les yeux sont le reflet de l'âme, alors la main tendue est le reflet du cœur : notre responsabilité est donc de soutenir les personnes vivant en hébergement, leurs familles et proches aidants, ainsi que les intervenants et professionnels qui veillent à leur bien-être. Ainsi, on reconnaîtra la grandeur de notre société à sa capacité de prendre soin de ses gens : il ne s'agit pas d'une question se confinant aux soins de santé, mais d'un projet de société.

Références

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2008). *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf
- Avieli, H., Smeloy, Y., & Band-Winterstein, T. (2015). Departure scripts and life review of parents living with abusive adult children with mental disorder. *Journal of Aging Studies, 34*, 48-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2015.04.004>
- Beaulieu, M., Leboeuf, R. et Pelletier, C. (2018). La maltraitance envers les personnes âgées. Dans J. Laforest, P. Maurice et L. M. Bouchard. (dir.). *Rapport québécois sur la violence et la santé* (p. 169-197). Montréal, QC : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf
- Bernoeth, M., Dietsch, E., Burmeister, O. K., & Schwartz, M. (2014). Information management in aged care: Cases of confidentiality and elder abuse. *Journal of Business Ethics, 122*(3), 453-460.
- Boland, K. M. (2019). Ethical considerations for providing in-home mental health services for homebound individuals. *Ethics & Behavior, 29*(4), 287-304. <https://doi.org/10.1080/10508422.2018.1518138>
- Börjesson, U., Cedersund, E., & Bengtsson, S. (2015). Reflection in action: Implications for care work. *Reflective Practice, 16*(2), 285-295. <https://doi.org/10.1080/14623943.2015.1023275>
- Bridger, K. M., Binder, J. F., & Kellezi, B. (2020). Secondary traumatic stress in foster carers: Risk factors and implications for intervention. *Journal of Child and Family Studies, 29*(2), 482-492.
- Buruck, G., Dörfel, D., Kugler, J., & Brom, S. S. (2016). Enhancing well-being at work: The role of emotion regulation skills as personal resources. *Journal of Occupational Health Psychology, 21*(4), 480-493. <https://doi.org/10.1037/ocp0000023>
- Châtel, V., & Roy, S. (dir.). (2008). *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Chou, K. L., Mackenzie, C. S., Liang, K., & Sareen, J. (2011). Three-year incidence and predictors of first-onset of DSM–IV mood, anxiety, and substance use disorders in older adults: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 72*(2), 144-155. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05618gry>
- Cieslak, R., Benight, C. C., Rogala, A., Smoktunowicz, E., Kowalska, M., Zukowska, K., Yeager, C. et Luszczynska, A. (2016). Effects of Internet-based self-efficacy intervention on secondary traumatic stress and secondary posttraumatic growth among health and human services professionals exposed to indirect trauma. *Frontiers in Psychology, 7*, 1009. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01009>

- Conner, T., Prokhorov, A., Page, C., Fang, Y., Xiao, Y., & Post, L. A. (2011). Impairment and abuse of elderly by staff in long-term care in Michigan: Evidence from structural equation modeling. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(1), 21-33. <https://doi.org/10.1177/0886260510362880>
- Conrad, K. J., Liu, P.-J., & Iris, M. (2019). Examining the role of substance abuse in elder mistreatment: Results from mistreatment investigations. *Journal of Interpersonal Violence, 34*(2), 366-391. <https://doi.org/10.1177/0886260516640782>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *NEO-PI-R Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Daniel, B., & Bowes, A. (2011). Re-thinking harm and abuse: Insights from a lifespan perspective. *The British Journal of Social Work, 41*(5), 820-836. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq116>
- Day, M. R. (2010). Self-neglect: A challenge and a dilemma. *Archives of Psychiatric Nursing, 24*(2), 73-75. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.02.002>
- Elovainio, M., Heponiemi, T., Kuusio, H., Jokela, M., Aalto, A. M., Pekkarinen, L., Noro, A., Finne-Soveri, H., Kivimäki, M., & Sinervo, T. (2015). Job demands and job strain as risk factors for employee wellbeing in elderly care: An instrumental-variables analysis. *European Journal of Public Health, 25*(1), 103-108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku115>
- Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry, 40*(3), 377-396. <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.377>
- Ernst, J. S., Ramsey-Klawnsnik, H., Schillerstrom, J. E., Dayton, C., Mixson, P., & Counihan, M. (2014). Informing evidence-based practice: A review of research analyzing Adult Protective Services data. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 26*(5), 458-494. <https://doi.org/10.1080/08946566.2013.832605>
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). (2019). *Politique d'hébergement et de soins de longue durée – Pour la FIQ, le gouvernement doit se mettre en action dès maintenant*. <http://www.figsante.qc.ca/2019/05/14/politique-dhebergement-et-de-soins-de-longue-duree-pour-la-fiq-le-gouvernement-doit-se-mettre-en-action-des-maintenant/>
- Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (FMCWP). (2008). *Final project report – Executive summary*. Londres : The Government Office for Science. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/292453/mental-capital-wellbeing-summary.pdf
- Gilbert, J. H. V., Orchard, C., & Bainbridge, L. (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). https://www.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=viewlink&link_id=7095&lang=en
- Gonçalves, D. C., Pachana, N. A., & Byrne, G. J. (2011). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among older adults in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Journal of Affective Disorders, 132*(1-2), 223-230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.023>
- Heneghan, C., Wright, J., & Watson, G. (2014). Clinical psychologists' experiences of reflective staff groups in inpatient psychiatric settings: A mixed methods study. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*(4), 324-340. <https://doi.org/10.1002/cpp.1834>

- Hernandez-Tejada, M. A., Froom, G., Steedley, M., Watkins, J., & Acierno, R. (2020). Demographic-based risk of reporting psychopathology and poor health among mistreated older adults in the national elder mistreatment study wave II. *Aging & Mental Health, 24*(1), 22-26. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1509296>
- Hepp, S. L., Suter, E., Jackson, K., Deutschlander, S., Makwarimba, E., Jennings, J., & Birmingham, L. (2015). Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care, 29*(2), 131-137. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.955910>
- Hughes, M., & Heycox, K. (2008). Using observation for reflective practice with older people. *Educational Gerontology, 34*(3), 185-205. <https://doi.org/10.1080/03601270701835841>
- Imbody, B., & Vandsburger, E. (2011). Elder abuse and neglect: Assessment tools, interventions, and recommendations for effective service provision. *Educational Gerontology, 37*(7), 634-650. <https://doi.org/10.1080/15363759.2011.577721>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2010). *Les soins de santé au Canada 2010*. https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2010_Web_f.pdf
- International Psychogeriatric Association (IPA). (2012). *The IPA complete guide to behavioral and psychological symptoms of dementia: Specialists guide*.
- Jackson, S. L., & Hafemeister, T. L. (2016). Theory-based models enhancing the understanding of four types of elder maltreatment. *International Review of Victimology, 22*(3), 289-320. <https://doi.org/10.1177/0269758016630887>
- Kajonius, P. J., & Dåderman, A. M. (2017). Conceptualizations of personality disorders with the Five Factor Model-count and empathy traits. *International Journal of Testing, 17*(2), 141-157. <https://doi.org/10.1080/15305058.2017.1279164>
- Laforest, J., Maurice, P., & et Bouchard, L. M. (dir.). (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- Mackenzie, A., & Beecraft, S. (2004). The use of psychodynamic observation as a tool for learning and reflective practice when working with older adults. *British Journal of Occupational Therapy, 67*(12), 533-539. <https://doi.org/10.1177/030802260406701203>
- MacNeil, G., Kosberg, J. I., Durkin, D. W., Dooley, W. K., DeCoster, J., & Williamson, G. M. (2010). Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: The central role of caregiver anger. *The Gerontologist, 50*(1), 76-86. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp099>
- Malmedal, W., Hammervold, R., & Saveman, B.-I. (2009). To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues. *Scandinavian Journal of Public Health, 37*(7), 744-750. <https://doi.org/10.1177/1403494809340485>
- Marcoux, L. (2019). *Les troubles dépressifs et anxieux chez les personnes âgées*. [Notes de cours présentés dans le cadre des Rendez-vous de la formation de l'Ordre des psychologues du Québec le 14 novembre 2019]. Montréal, QC : Auteur.
- McCabe, M., You, E., & Tatangelo, G. (2016). Hearing their voice: A systematic review of dementia family caregivers' needs. *The Gerontologist, 56*(5), e70-e88. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw078>

- Merck Sharp & Dohme Corporation. (2020). *Le Manuel Merck – Version pour professionnels de la santé : source de renseignements médicaux de confiance depuis 1899*. [Dictionnaire de référence en ligne]. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-neurologiques/fonction-et-dysfonctionnement-des-lobes-c%C3%A9r%C3%A9braux/aphasie>
- Meyer, C., Ogrin, R., Al-Zubaidi, H., Appannah, A., McMillan, S., Barrett, E., & Browning, C. (2017). Diversity training for community aged care workers: An interdisciplinary meta-narrative review. *Educational Gerontology, 43*(7), 365-378. <https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1299501>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014). *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-05W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée. Document d'introduction*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-11W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). *Le gouvernement met en place un comité d'experts en vue de l'élaboration d'une politique d'hébergement et de soins de longue durée*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1803/>
- Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînés. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/aines/plan-action-gouvernemental-contre-maltraitance-aines/>
- Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînés. (2018). *Un Québec pour tous les âges. Le plan d'action 2018-2023*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aine/F-5234-MSSS-18.pdf>
- Moore, C., & Browne, C. (2017). Emerging innovations, best practices, and evidence-based practices in elder abuse and neglect: A review of recent developments in the field. *Journal of Family Violence, 32*(4), 383-397. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9812-4>
- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Lluch-Canut, T., Roldán-Merino, J. F., & Montesó-Curto, P. (2018). Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research. *Perspectives in Psychiatric Care, 54*(2), 300-308. <https://doi.org/10.1111/ppc.12238>
- Nemmers, T. M. (2005). The influence of ageism and ageist stereotypes on the elderly. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 22*(4), 11-20. https://doi.org/10.1080/J148v22n04_02
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2009). *Mental wellbeing at work: Public health guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph22/resources/mental-wellbeing-at-work-pdf-1996233648325>
- Office des professions du Québec. (2013). *Le projet de loi 21 – Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines : la personne au premier plan – Guide explicatif*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.

- https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explikatif_decembre_2013.pdf
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ). (2017). *Projet de loi no 115 : Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Mémoire de l'Ordre des psychologues du Québec déposé à la Commission des relations avec les citoyens.*
<https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/0/M%C3%A9moire+de+l%E2%80%99Ordre+des+psychologues+du+Qu%C3%A9bec+d%C3%A9pos%C3%A9+%C3%A0+la+Commission+des+relations+avec+les+citoyens/e98f73f9-8374-46da-b3ab-576b08ee44ca>
- Ordres professionnels de la santé et des services sociaux du Québec et Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU). (2016). *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD : collaboration interprofessionnelle.* Montréal, QC : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
<https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>
- Panzeri, A., Ferrario, R. S., & Vidotto, G. (2019). Interventions for psychological health of stroke caregivers: A systematic review. *Frontiers in Psychology, 10.*
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02045>
- Patterson, M., & Malley-Morrison, K. (2006). A cognitive-ecological approach to elder abuse in five cultures: Human rights and education. *Educational Gerontology, 32*(1), 73-82.
<https://doi.org/10.1080/03601270500338666>
- Persson, B. N., & Kajonius, P. J. (2016). Empathy and universal values explicated by the empathy-altruism hypothesis. *The Journal of Social Psychology, 156*(6), 610-619.
<https://doi.org/10.1080/00224545.2016.1152212>
- Publications Québec. *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, RLRQ, c. L-6.3.
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/L-6.3>
- Queluz, F. N. F. R., Kervin, E., Wozney, L., Fancey, P., McGrath, P. J., & Keefe, J. (2020). Understanding the needs of caregivers of persons with dementia: A scoping review. *International Psychogeriatrics, 32*(1), 35-52.
<https://doi.org/10.1017/S1041610219000243>
- Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU). (2015). *Face à la maltraitance envers les personnes aînées : le devoir d'agir.* Montréal, QC : Auteur.
- Roy, A. W., & Walsh, K. (2020). The intersectionality of socioeconomic status (SES) and social class on the therapeutic alliance with older adult clients. *Smith College Studies in Social Work.* <https://doi.org/10.1080/00377317.2020.1706417>
- Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2019). Self-care, stress, and well-being among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 50*(5), 343-350.
<https://doi.org/10.1037/pro0000251>
- Sime, C. (2019). The cost of ignoring mental health in the workplace. *Forbes.*
<https://www.forbes.com/sites/carleysime/2019/04/17/the-cost-of-ignoring-mental-health-in-the-workplace/#165165203726>

- Singh, R., & Upadhyay, A. (2014). Mental health of elderly people. *Journal of Psychosocial Research, 9*(1), 61-70.
- Smith, S. L., Sherrill, K. A., & Colenda, C. C. (1995). Assessing and treating anxiety in elderly persons. *Psychiatric Services, 46*(1), 36-42. <https://doi.org/10.1176/ps.46.1.36>
- Sripada, B. N., Henry, D. B., Jobe, T. H., Winer, J. A., Schoeny, M. E., & Gibbons, R. D. (2011). A randomized controlled trial of a feedback method for improving empathic accuracy in psychotherapy. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 84*(2), 113-127. <https://doi.org/10.1348/147608310X495110>
- Statistique Canada. (2018). Tableau 13-10-0096-18. Trouble de l'humeur, selon le groupe d'âge. <https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>
- Taylor, B., & Donnelly, M. (2006). Risks to home care workers: Professional perspectives. *Health, Risk & Society, 8*(3), 239-256. <https://doi.org/10.1080/13698570600871695>
- Teding van Berkhout, E., & Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology, 63*(1), 32-41. <https://doi.org/10.1037/cou0000093>
- Welfel, E. R., Danzinger, P. R., & Santoro, S. (2000). Mandated reporting of abuse/maltreatment of older adults: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development, 78*(3), 284-292. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2000.tb01909.x>
- Yonashiro-Cho, J., Rowan, J. M., Gassoumis, Z. D., Gironda, M. W., & Wilber, K. H. (2019). Toward a better understanding of the elder abuse forensic center model: Comparing and contrasting four programs in California. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 31*(4-5), 402-423. <https://doi.org/10.1080/08946566.2019.1647326>

Résumé des recommandations

LA CLIENTÈLE

Recommandation 1

Reconnaître que la présence de plusieurs conditions qui accroissent la vulnérabilité complexifie l'offre de soins et services et que la maltraitance psychologique peut découler d'une incompréhension ou d'une méconnaissance du fonctionnement psychologique et mental des personnes hébergées.

Recommandation 2

Former les personnes œuvrant auprès des personnes hébergées à une meilleure compréhension des troubles de santé mentale, des troubles neurocognitifs et des troubles de comportement que peuvent présenter les personnes hébergées.

Recommandation 3

S'assurer d'une évaluation complète des divers facteurs de vulnérabilité et les inclure dans les plans de soins et de traitements des personnes hébergées.

LE PERSONNEL

Recommandation 4

S'assurer que le personnel qui travaille auprès des personnes hébergées est adéquatement formé, notamment en ce qui a trait aux enjeux de santé mentale.

Recommandation 5

Considérer la capacité d'empathie comme une qualité essentielle du personnel travaillant en hébergement et la prendre en considération dans les critères de sélection.

Recommandation 6

Soutenir la santé mentale et psychologique du personnel par de l'information, de la sensibilisation, de la formation et du soutien, et ce, sur les lieux de travail.

Recommandation 7

Donner au personnel les moyens d'offrir les soins et services qui répondent aux besoins des personnes hébergées.

Recommandation 8

Considérant l'importance de la culture organisationnelle, élaborer un énoncé de valeurs éthiques dans chaque établissement et voir à son actualisation par le biais de politiques, de procédures ou d'autres protocoles.

Recommandation 9

Développer une culture de la bienveillance dans les CHSLD, une culture basée sur les concepts de bienveillance, de bienfaisance, de sollicitude et de *caring*.

Recommandation 10

Assurer l'accès des personnes hébergées à une diversité de professionnels, compte tenu de la diversité de leurs besoins, en temps opportun, dans tous les milieux d'hébergement.

L'ENVIRONNEMENT

Recommandation 11

Offrir un environnement et des activités adaptés aux capacités, aux besoins et aux intérêts variés des personnes hébergées, tenant compte de la présence de troubles de santé mentale ou de troubles neurocognitifs et de l'impact de ceux-ci sur leur participation.

LA FAMILLE ET LES PROCHEs AIDANTS

Recommandation 12

Offrir de l'information et de l'éducation psychologique aux familles et aux proches aidants, notamment en lien avec les droits des personnes hébergées.

Recommandation 13

Reconnaître que la maltraitance, la négligence et l'abus des personnes hébergées sont des phénomènes qui se vivent dans le contexte d'une relation entre deux personnes, et qu'ils impliquent parfois la famille et les proches aidants.

Recommandation 14

Faire une place de choix aux familles et aux proches aidants, sans qu'ils ne se substituent au personnel soignant, et les soutenir dans leur implication auprès des personnes hébergées.