



Avis de l'Ordre des psychologues du Québec

en réponse à la

Consultation des partenaires nationaux

lancée par le

Ministère de la Santé et des Services sociaux

sur les

Priorités 2016-2017

Soutien à domicile – CHSLD

Déposé le 12 décembre 2016

Table des matières

Préambule	3
Introduction.....	3
Bref état de situation.....	4
Thème 1. L'adaptation des soins et services aux spécificités de la clientèle aînée	5
Thème 2. Des équipes d'intervenants et de gestionnaires engagés.....	6
Thème 3 : L'approche collaborative et l'interdisciplinarité.....	7
Thème 4 : Les compétences requises, la formation continue et la valorisation des employés au travail.....	7
Thème 5 : Un continuum de soins visant l'intégration des services	9
Thème 7 : L'adaptation des lieux aux particularités des usagers et à l'organisation du travail..	9
Thème 8 : Les collaborations avec les différents partenaires	9
Conclusions.....	10
Annexe1 : Rôles et mandats des psychologues et des neuropsychologues en centre d'hébergement et de soins de longue durée	12
Annexe 2 : Indices de maltraitance institutionnelle.....	14

Préambule

L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) appuiera son propos sur l'expertise particulière de ses membres et soulignera comment les personnes âgées pourraient profiter de leurs services, étant donné les problématiques avec lesquelles elles sont aux prises et les besoins qui en découlent. Par conséquent, nous n'allons pas répondre à toutes les questions soumises dans le cadre de la consultation, laissant le soin à d'autres de faire état de considérations qui seraient davantage liées à leur expertise propre.

Introduction

Cette démarche de consultation du ministre revêt pour l'OPQ une grande importance, vu l'ampleur, trop souvent insoupçonnée, des problématiques de santé mentale et de maltraitance psychologique chez les personnes âgées en général et les résidents en CHSLD en particulier (ci-après les résidents). Les personnes âgées sont en effet exposées à de nombreux deuils et elles sont nettement plus à risque non seulement d'être atteintes sur le plan cognitif, mais aussi de présenter des troubles anxieux et dépressifs, pour ne nommer que ceux-là, ce qui en fait une population particulièrement vulnérable :

« Le combat qu'elles livrent contre le vieillissement, la perte de contrôle sur leur vie et le sentiment d'être moins visibles, isolés, inutiles ou l'objet de peu d'attention constituent des sources importantes de détresse des aînés. [...] L'institutionnalisation, qui marque la fin d'une certaine autonomie est un moment difficile dans la vie des personnes vieillissantes et est aussi source de détresse suicidaire pour plusieurs »¹

Si, sans être expert, on peut repérer assez aisément les pertes cognitives, il demeure qu'il est difficile de les comprendre, d'en saisir la portée et de les prendre adéquatement en considération dans le plan d'intervention. De plus, les troubles mentaux et les deuils non résolus, tant chez les personnes âgées que chez leur famille et leurs proches, passent trop souvent inaperçus ou encore font l'objet de méprise (ex. : manifestations dépressives confondues avec pertes cognitives, troubles anxieux camouflés derrière des plaintes somatiques prises au pied de la lettre). Bref, il est difficile de reconnaître ces problématiques et, qui plus est, d'en voir l'impact au quotidien notamment sur les relations avec les autres, sur les manifestations de troubles de comportement et sur l'observance des traitements.

Il est donc de première importance de dépister puis d'évaluer la présence de troubles mentaux et de troubles neuropsychologiques, autant pour les personnes âgées qui vivent encore à leur domicile que pour celles qui sont hébergées en CHSLD. Pour les premières, le dépistage efficace et l'évaluation rigoureuse permettront d'identifier les soins et services qui contribueront à leur maintien dans ce milieu de vie. Pour les résidents, cela permettra de développer des stratégies

¹ Extrait du rapport de recherche de l'école de service social de l'Université Laval, intitulé : *L'évaluation des besoins en matière de prévention du suicide chez les aînés* (2014). Accessible au <http://www.cpsquebec.ca/wp-content/uploads/2015/03/%C3%89tude-Suicide-chez-les-a%C3%AEn%C3%A9s.pdf>

de communication et d'intervention adaptées et respectueuses, ce qui contribuera par ailleurs à entretenir chez les intervenants le sentiment d'avoir un certain pouvoir et d'être compétents, utiles et efficaces.

Bref état de situation

En ce qui concerne les personnes âgées en général, au Québec, 19 % de ceux qui vivent encore à domicile vivent une détresse élevée. Les statistiques dont on dispose relativement au suicide sont également inquiétantes :

- Le taux de suicide chez les hommes canadiens de plus de 85 ans est le plus élevé de tous les groupes d'âge.
- Chaque année, au moins 15 000 aînés québécois auraient des idées suicidaires sérieuses, environ 1300 d'entre eux feraient une tentative de suicide et 140 en meurent.
- On dénombre chez les aînés un suicide complété pour quatre ou huit tentatives, alors que le ratio est de 25 ou 33 tentatives pour un suicide dans la population générale. Ces données indiquent une tendance des aînés à être plus déterminés et à utiliser des moyens généralement plus létaux pour mettre fin à leurs jours.
- 50 % des aînés décédés par suicide avaient vu un médecin la semaine avant le passage à l'acte. Près de 70 % des aînés qui ont commis un suicide avaient été en contact avec les services de santé, mais très peu ont communiqué leurs intentions suicidaires ou ont été référés en psychiatrie pour recevoir des services adéquats. Il est possible que cela soit attribué au fait que leur motif de consultation soit souvent centré sur une plainte de douleur physique.
- On retrouve un historique de maladie mentale chez 74,7 % des aînés ayant des intentions suicidaires.
- De 75 à 80 % des personnes âgées décédées par suicide souffraient de dépression.
- 38,4 % présentent un risque suicidaire, les personnes âgées déprimées étant les plus touchées (syndrome de glissement, caractérisé par un laisser-aller et par une cessation de s'alimenter, ou par des comportements de repli et d'opposition qui mènent à la mort).²

En ce qui a trait maintenant au profil des résidents, une étude sur un échantillon de près de 50 000 d'entre eux conclut que 44 % ont reçu un diagnostic de dépression ou en présentaient les symptômes³. De plus :

² Extrait du rapport de recherche de l'école de service social de l'Université Laval, intitulé : L'évaluation des besoins en matière de prévention du suicide chez les aînés (2014). Accessible au <http://www.cpsquebec.ca/wp-content/uploads/2015/03/%C3%89tude-Suicide-chez-les-a%C3%AEn%C3%A9s.pdf>

³ Institut canadien d'information sur la santé (2010). *La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement*. https://secure.cihi.ca/free_products/ccrs_depression_among_seniors_f.pdf

- Quelque 80 % présentent des symptômes comportementaux souvent associés à la démence;
- Au moins 20 % souffrent de troubles mentaux et présentent des problèmes importants de comportement associés à un diagnostic en santé mentale;
- 90 % présentent des troubles de communication et 80 % ont des troubles d'audition, qui ont un impact direct sur leur autonomie;
- Chaque année, plus de 18 % requièrent des soins de fin de vie.⁴

Les considérations, propositions ou recommandations qui suivent visent à répondre aux questions soulevées. Elles sont présentées dans une liste où elles apparaissent détachées les unes des autres alors que, de fait, elles peuvent être reliées.

Thème 1. L'adaptation des soins et services aux spécificités de la clientèle aînée

- Prendre en compte la prévalence importante de problématiques de santé mentale, comme dit précédemment, celles-ci étant à la source de plusieurs difficultés, de manifestations comportementales inadéquates ou de passages à l'acte agressif ou suicidaire, et engager les ressources professionnelles requises pour ce faire.
- Intégrer systématiquement le dépistage et l'évaluation rigoureuse de type diagnostique, étant donné que les problématiques de santé mentale passent souvent inaperçues, afin d'élaborer de meilleurs plans d'intervention.
- Pour une meilleure adaptation des soins et services,
 - Assurer un juste transfert de connaissances aux intervenants qui œuvrent au quotidien, 24/7 auprès des personnes aînées relativement aux enjeux relatifs aux troubles mentaux et neuropsychologiques et leur offrir le soutien requis,
 - S'appuyer sur une certaine vision systémique. Prendre ainsi en considération tous les « acteurs » impliqués et intervenir sur la personne aînée elle-même, sur sa famille et ses proches de même que sur les intervenants directement mobilisés.

Pour les trois (3) points qui précèdent, nous invitons le lecteur à se référer à l'Annexe 1 qui fait notamment état de ce à quoi peut servir l'évaluation du fonctionnement psychologique et mental que peut faire le psychologue.

Question 1 : Comment les soins et services peuvent-ils être adaptés aux besoins, au niveau du soutien requis et aux préférences de l'utilisateur afin qu'il puisse demeurer le plus longtemps possible dans son domicile?

- Envisager de mettre sur pied un programme de visites systématisées à domicile (à l'image des visites postnatales) pour dépistage et évaluation des besoins des personnes

⁴ Les informations qui précèdent sont extraites du document intitulé : *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD - Collaboration interprofessionnelle – CHSLD*. Ce document a été produit en vue de répondre à l'actuelle consultation du ministre et est le fruit de la collaboration de 15 ordres professionnels et du Regroupement provincial du comité des usagers.

âînées et de leurs proches, de même que celle des capacités du milieu et, le cas échéant, dresser un plan d'intervention axé d'abord sur le maintien à domicile.

- Être proactif et encore une fois miser sur un dépistage systématique auprès des personnes âînées qui vivent à domicile, et dont l'état peut se détériorer à l'insu de tous, de même que sur l'évaluation du fonctionnement psychologique et mental.
- Étant donné l'impact des troubles mentaux ou neuropsychologiques sur les capacités de vivre de façon autonome, élargir l'offre de soins et de services à domicile, une offre visant plus que pallier des lacunes relatives aux activités de la vie quotidienne et compenser les pertes d'autonomie sur le seul plan physique (ex. : contrer la solitude, donner des services de santé mentale).
- Trouver des façons de mieux soutenir les aidants naturels pour les personnes qui sont à domicile, étant donné qu'une bonne proportion de ces aidants sont aussi vieillissants et vulnérables.

Thème 2. Des équipes d'intervenants et de gestionnaires engagés

Question 1 : Quels sont les rôles et responsabilités des gestionnaires? Comment peuvent-ils assumer un leadership fort?

- Assurer que la communication ne se fasse pas dans une direction unique : communication non seulement « top-down », mais aussi « bottom-up », ce qui implique de se mettre à l'écoute de ceux qui sont au fait des besoins des personnes âînées, soit ceux qui travaillent auprès d'elles au quotidien, 24/7.
- Mettre comme condition d'embauche des gestionnaires :
 - Qu'ils aient une excellente connaissance des problématiques de l'ordre de la santé mentale que peuvent présenter les personnes âînées,
 - Qu'ils soient au fait de la spécificité des professionnels qu'ils encadrent,
 - Qu'ils soient au fait des réels besoins en matière d'effectif professionnel requis, les uns et les autres n'étant pas interchangeables.

Question 2 : Comment devraient s'actualiser les rôles et responsabilités de chacun des intervenants d'une équipe de soins et services en SAD et en CHSLD (ex. : équipe en soins infirmiers, autres professionnels)?

- Qu'il y ait ouverture et intérêt à diversifier les professionnels, au-delà du seul personnel de « santé » pour offrir non seulement des soins, mais aussi des services.
- Encore une fois, reconnaissance de l'apport spécifique de chacun des professionnels.
- En soutien des médecins, considérer l'implication des psychologues, relativement aux évaluations de type diagnostic qui leur sont réservées par la loi et aux traitements à offrir aux personnes atteintes (voir à cet effet l'Annexe 1). La perspective est de faciliter l'accessibilité et la continuité des services, d'éviter de multiplier de mêmes activités d'évaluation, celle-ci se réalisant dans le milieu de vie, et d'améliorer les conditions soutenant le maintien à domicile.

- Étant donné la lourdeur de la charge des intervenants en contact direct et constant avec les personnes âgées, considérer l'implication des psychologues pour le soutien de même que le maintien et le développement de leurs savoir, savoir-faire et savoir-être (contrer l'isolement, leur donner la parole, les accompagner, les conseiller, les former, etc.), ce qui leur permettra d'intervenir de façon mieux adaptée et de contrer la maltraitance psychologique et autre.

Pour les deux (2) points qui précèdent, nous invitons le lecteur à se référer à l'Annexe 1 qui fait non seulement état de ce à quoi peut servir l'évaluation du fonctionnement psychologique et mental, mais aussi du mandat de consultant que peut prendre le psychologue.

Thème 3 : L'approche collaborative et l'interdisciplinarité

Question 1 : Comment devrait s'exprimer le travail interdisciplinaire dans le quotidien des intervenants (ex. : intervenant accompagnateur, auxiliaire aux services de santé et sociaux, préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaire, infirmière, infirmière praticienne spécialisée, pharmacien, médecin)?

- L'interdisciplinarité implique de travailler avec des intervenants et professionnels porteurs d'expertises différentes et, de ce fait, nécessite qu'il y ait une certaine diversité professionnelle. Or, il faut reconnaître cette expertise autre et pallier la sous-représentation actuelle dans les équipes interdisciplinaires des intervenants dits « psychosociaux », dont les psychologues.

Question 2 : Quelles seraient les actions concrètes à mettre en place pour favoriser l'implantation de l'interdisciplinarité en contexte de partenariat avec l'utilisateur et ses proches?

- Tenir systématiquement des discussions de cas impliquant tous les intervenants et professionnels concernés.
- Prévoir une reddition de comptes relative à la tenue de réunions interdisciplinaires.

Thème 4 : Les compétences requises, la formation continue et la valorisation des employés au travail

Question 1 : Comment soutenir les intervenants devant les besoins évolutifs des usagers et la complexification des soins à prodiguer en raison, notamment, d'un accroissement des troubles cognitifs et des maladies chroniques?

- Considérer l'implication des psychologues pour accompagner et soutenir, superviser et former, dans l'objectif de permettre une meilleure compréhension, notamment des troubles mentaux, neuropsychologiques et des maladies chroniques et une meilleure connaissance de leurs causes et de leurs effets.
- Offrir un soutien psychologique personnalisé des intervenants impactés dans leur travail (programme PAE ou autre).

Nous invitons à nouveau le lecteur à se référer à l'Annexe 1 pour mieux saisir l'implication possible des psychologues dans le soutien à offrir aux intervenants.

Question 2 : Quelles sont les approches organisationnelles à mettre en place pour valoriser et mobiliser les intervenants?

- Modifier la reddition de comptes (actuellement axée sur la performance quantitative) pour favoriser la qualité des relations et satisfaire les valeurs de respect et de compassion.

Question 3 : Comment offrir des milieux de vie de qualité et axés sur la bienveillance?

- Dans la perspective des rôles et mandats qui peuvent être confiés aux psychologues (voir Annexe 1), considérer leur implication pour :
 - Traiter les problématiques à la source (bien saisir les causes de détresse ou de comportements de résistance ou d'hostilité des résidents, de leur famille et de leurs proches).
 - Lutter contre les attitudes négatives, mais aussi et surtout, encourager des attitudes positives.
 - Donner un sens aux attitudes et comportements inadéquats de même qu'aux demandes souvent irréalistes de certains résidents. Comprendre, c'est se donner le moyen d'agir adéquatement.
 - Reconnaître l'ampleur du défi que représentent les soins et services à donner, dédramatiser et déculpabiliser autant que faire se peut les écarts de conduite, et ce, sans déresponsabiliser, dans une perspective de soutien et de réparation.
 - Proposer aux intervenants, à la famille et aux proches des modèles d'intervention ou d'interaction qui leur soient utiles et accessibles.
- Modifier la culture de la performance, étant donné les effets pervers d'une mesure quantitative de l'efficacité des soins, alors que le ratio des intervenants ne favorise pas l'établissement de relations de qualité avec les personnes âgées, leur famille et leurs proches.
- Identifier et reconnaître les indices et indicateurs de maltraitance et agir en conséquence⁵.
- Donner des soins et services qui soient prévisibles pour les résidents, tout en les offrant de façon flexible pour s'adapter au rythme et aux besoins de chacun (repas, soins corporels, sommeil, etc.).
- Stabiliser l'environnement et réduire au minimum le roulement du personnel, de sorte que les intervenants soient des figures familières et sécuritaires.
- Considérer la famille et les proches et l'importance de les soutenir et de les informer. Ce sont en effet des acteurs de premier plan, ce sont les « gardiens de la mémoire » des résidents. Ils ont donc des choses à apprendre aux intervenants sur ces derniers et aussi

⁵ Voir l'annexe 2 pour un aperçu d'indices de maltraitance institutionnelle.

sur la façon de s'en occuper. Ils constituent en somme un facteur de protection des personnes âgées.

- Développer une culture de consentement substitué.

Thème 5 : Un continuum de soins visant l'intégration des services

Question 2 : Comment soutenir une organisation de services orientée vers la réponse aux besoins convenus avec l'utilisateur et ses proches?

- Comme dit précédemment :
 - S'assurer d'entendre et de comprendre les besoins de l'utilisateur et de ses proches,
 - Maximiser l'engagement de la famille et des proches, puisqu'ils constituent un facteur de protection pour les personnes âgées.

Thème 7 : L'adaptation des lieux aux particularités des usagers et à l'organisation du travail

Question 1 : Comment adapter l'organisation physique des lieux aux besoins particuliers du résident, tout en assurant le respect de l'intimité, la sécurité, le bien-être physique, le bien-être psychologique et l'optimisation de l'autonomie fonctionnelle?

- S'intéresser à la personne, à son histoire, se centrer sur elle et non sur sa maladie ni sur la tâche.
- Adapter le matériel aux pertes ou limites des résidents, celles-ci étant source d'incompréhension, de honte et de culpabilité, d'isolement, d'inadaptation, d'anxiété et de dépression (ex. : importance de l'impact des pertes sur le plan de la cognition ou encore de l'audition, de la vision et de tout autre sens).

Thème 8 : Les collaborations avec les différents partenaires

Question 1 : La clarification des rôles et responsabilités de l'ensemble des acteurs ainsi qu'une compréhension des trajectoires de services en SAD peuvent-elles contribuer à la mobilisation de l'ensemble de ces partenaires que sont, notamment, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les résidences privées pour âgés?

- Considérer la perspective d'en faire des agents « sentinelles » pouvant signaler certaines problématiques chez les personnes âgées.⁶

⁶ S'inspirer à cet égard ce qu'en dit le Rapport de recherche de l'école de service social de l'Université Laval, intitulé : *L'évaluation des besoins en matière de prévention du suicide chez les âgés* (2014). Accessible au <http://www.cpsquebec.ca/wp-content/uploads/2015/03/%C3%89tude-Suicide-chez-les-a%C3%AEn%C3%A9s.pdf>

Question 3 : Comment favoriser la continuité des relations des résidents et de leurs proches? Comment briser l'isolement?

- Voir ce qu'on en dit à la fin du bref état de situation, dans l'introduction sous le thème 1 et en réponse à la question 3 sous le thème 4.
- Reconnaître que la famille et les proches ont beaucoup à apprendre aux intervenants.
- Reconnaître aussi leurs besoins et limites et leur offrir soutien, enseignement et autres.

Conclusions

Nous vous invitons à reconsidérer le bref état de situation que nous avons brossé en introduction. Il s'y trouve des données percutantes quant à l'importance de la présence chez les personnes âgées de problématiques de santé mentale. Ce sont des problématiques auxquelles il faut s'adresser. Or :

« [...] 50 % des aînés ayant un problème de santé mentale ne reçoivent pas les services appropriés à leur situation, en raison de barrières sociales, émotionnelles, psychologiques, physiques, économiques ou organisationnelles. »⁷

Il est clair que les personnes âgées, qu'elles vivent encore à leur domicile ou soient hébergées en CHSLD, sont confrontés à de multiples deuils, et ce, bien davantage que le reste de la population. De plus, ces deuils pour les personnes âgées, représentent un défi supplémentaire lorsqu'il y a présence de pertes cognitives ou d'autres problématiques de santé mentale. La famille et les proches des personnes âgées peuvent par ailleurs être tout autant confrontés à des deuils et cela peut avoir un impact considérable sur leurs relations. L'état de situation, comme résumé en introduction, est inquiétant. Il peut être lourd de conséquences, pour l'établissement du plan de soins et services, de ne pas savoir qu'une personne âgée est affectée par un trouble mental ou neuropsychologique, de ne pas être en mesure d'en confirmer la présence et d'en ignorer l'impact sur la qualité des relations avec la famille, les proches ou encore les intervenants qui sont impliqués au premier chef. Non seulement cela ouvre la porte à une interprétation préjudiciable des intentions et comportements de la personne âgée et à des réactions par conséquent inadéquates, voire négatives, des gens qui l'entourent ou en prennent soin, mais encore cela empêche que ce qui est requis leur soit offert. L'organisation des soins et services nous semble à ces égards trop axée sur les problématiques de santé physique, alors que l'un des défis à relever est de contrer la maltraitance dont peuvent faire l'objet les personnes âgées.

Les psychologues peuvent certainement être impliqués davantage. Ce sont les spécialistes du fonctionnement psychologique et mental. Qui plus est, la loi leur a réservé l'évaluation des troubles mentaux⁸, ce qui confirme leur compétence à conclure à leur présence. Il faut

⁷ Nour, K., Hébert, M. (2010). Pour les aînés aux prises avec des problèmes de santé mentale : miser sur la communauté. *Pluriâges*, 1(1), 15-17.

⁸ La loi 21 a réservé aux médecins et aux psychologues l'évaluation des troubles mentaux. Les conseillers d'orientation et les infirmières à la condition d'y être dûment habilités par leur ordre professionnel respectif.

considérer les intégrer dans les équipes interdisciplinaires, les mettre en situation d'avoir des contacts de proximité avec les personnes âgées, leur famille et leurs proches, de même qu'auprès des intervenants qui entretiennent des relations étroites et quotidiennes avec ces derniers. Eu égard aux intervenants, l'objectif est d'informer, voire de former, relativement aux enjeux sur le plan de la santé mentale et, de ce fait, de s'assurer du maintien ou du développement d'une véritable culture de bienveillance.

Annexe1 : Rôles et mandats des psychologues et des neuropsychologues en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Le psychologue est habilité à évaluer le fonctionnement psychologique et mental de la personne et sur cette base, à déterminer, à recommander et à mettre en œuvre des interventions et des traitements. Ses interventions s'adressent directement aux personnes hébergées en CHSLD, à leur famille ou à leurs proches. Elles peuvent aussi avoir une portée indirecte, notamment lorsque le psychologue participe à la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence ou à d'autres manifestations comportementales importantes (souvent associés à un diagnostic en santé mentale), contribue à l'amélioration du milieu de vie et apporte soutien et conseils aux équipes interdisciplinaires.

L'évaluation du fonctionnement psychologique et mental sert entre autres à :

- Dresser un profil des ressources et capacités, notamment sur le plan cognitif, et à conclure à la présence de troubles particuliers comme l'anxiété, la dépression ou les troubles de la personnalité;
- Dégager les impacts de ce qui précède sur la capacité de la personne à :
 - Faire les deuils qu'impliquent les pertes vécues;
 - S'intégrer à son milieu de vie;
 - Interagir avec les proches ou les aidants naturels, les autres personnes hébergées et le personnel soignant;
 - Prendre soin d'elle-même et de ses biens;
 - Consentir à des soins complexes;
- Déterminer la nature et le mode des interventions qui peuvent être déployées.

Le psychologue peut ensuite intervenir directement auprès des personnes hébergées ou auprès des proches et des aidants naturels qui sont touchés par la condition de la personne hébergée et qui, en raison de leur dynamique relationnelle, ont un impact important sur le vécu de celle-ci et sur son intégration dans son milieu de vie.

Le psychologue fait partie de l'équipe interdisciplinaire et il partage ses connaissances sur le fonctionnement psychologique et mental ainsi que sur l'incidence comportementale de divers facteurs comme l'environnement physique et social, les pertes cognitives ou la démence, la personnalité et le tempérament. Ainsi, il contribue à l'élaboration de :

- Plans d'interventions ou de soins qui prennent en compte les besoins, les désirs et les motivations des personnes hébergées et qui misent sur leurs ressources et capacités dans le but de faciliter leurs rapports aux autres, de favoriser leur autonomie, d'assurer leur sécurité et d'améliorer leur qualité de vie;
- Stratégies d'intervention et de prévention considérant les situations à risque de manifestations hostiles ou agressives et les situations de crise (adoption de méthodes et d'attitudes le moins coercitives possible et risquant le moins d'être perçues comme menaçantes par les personnes hébergées);

- Mesures non pharmacologiques (contrer la surconsommation de médicaments ou l'utilisation de médicaments qui ne sont plus pertinents) visant à prévenir ou à ralentir les pertes anticipées, à compenser les manifestations dépressives ou d'anxiété, à contenir les comportements problématiques, perturbateurs ou agressifs.

Sur le plan des interventions indirectes, le psychologue peut aider les personnes hébergées, le personnel traitant et les équipes de soins en formulant des recommandations ou en intervenant sur ce qui, dans le milieu, génère ou perpétue la souffrance psychologique (solitude, angoisse, détresse, etc.) ou les comportements problématiques.

En tant que consultant, le psychologue se consacre :

- À l'amélioration de la compréhension qu'ont ses collègues des limites, besoins et capacités des personnes hébergées et de leurs proches, de ce qu'ils vivent et ressentent, des impacts sur les comportements que peuvent avoir l'environnement physique et social, les pertes cognitives ou la démence et la personnalité ou le tempérament;
- Au développement ou à l'amélioration des compétences ou des habiletés de ceux qui interagissent au quotidien avec les personnes hébergées et leurs proches;
- À l'ajustement ou à l'adaptation de l'environnement physique et social aux besoins émotionnels et affectifs des personnes hébergées.

Il peut également :

- Donner de la formation au personnel (et aux bénévoles), à la famille et aux proches aidants sur des sujets comme les symptômes psychologiques, les pertes cognitives, les comportements problématiques;
- Enseigner aux intervenants l'utilisation d'approches adaptées;
- Donner des avis et conseils aux gestionnaires relativement au climat de la résidence, aux relations interpersonnelles et autres;
- Offrir du soutien aux intervenants (et aux bénévoles), souvent en proie à l'impuissance, bouleversés par ce qu'ils voient et ce qu'ils vivent dans leurs relations avec les personnes hébergées.

Annexe 2 : Indices de maltraitance institutionnelle

- Difficulté de connaître la personne-ressource auprès de qui formuler ses demandes ou plaintes et d'obtenir réponse à ses questions auprès du personnel;
- Crainte des « usagers » quant au signalement des lacunes;
- Longues listes d'attente;
- Ratio inadéquat d'employés en fonction du nombre de résidents;
- Impossibilité d'avoir accès au service, car la problématique ne cadre pas dans le programme établi;
- Soins inadéquats par manque de formation (ex. : recours inapproprié à la contention physique ou chimique);
- Âgisme (infantilisation, commentaire désobligeant, mépris en fonction de l'âge, non-reconnaissance des droits des personnes âgées), sexisme, racisme.