



Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022

*Mémoire de l'Ordre des psychologues du
Québec déposé au Secrétariat aux aînés,
ministère de la Famille du Québec*

Table des matières

Remerciements	2
L'Ordre des psychologues du Québec	2
Sa mission	2
Le champ d'exercice des psychologues	2
À propos de ses membres	2
Quelques principes fondamentaux	2
Le vieillissement de la population et ses conséquences	3
Maltraitance et maltraitance psychologique	4
La maltraitance psychologique	5
Les liens entre la personne âgée et les proches aidants	6
Thématique 1 : Rejoindre les personnes âgées dans tous les milieux de vie	7
Thématique 2 : Favoriser une culture de bienveillance envers les personnes âgées.....	11
Thématique 3 : Renforcer les actions concernant la lutte contre la maltraitance financière et matérielle envers les personnes âgées	13
Thématique 4 : Répondre aux besoins de chacun dans un contexte de diversité sociale et de pluralité des modèles d'ânés	13
Conclusion	17
Références	19
Annexe 1 : Rôle et mandats des psychologues et neuropsychologues en CHSLD	23

Remerciements

L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) tient à remercier le ministère de la Famille de cette opportunité qui lui est offerte de contribuer à l'élaboration du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*, ci-après *Plan d'action*. Nous apprécions tout particulièrement le fait d'avoir pu bénéficier d'un délai pour répondre à l'appel de mémoires, délai sans lequel il ne nous aurait pas été possible de donner suite adéquatement.

L'Ordre des psychologues du Québec

Sa mission

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;
- favorise le développement de la profession;
- défend l'accessibilité aux services psychologiques.

C'est dans le cadre de cette mission que nous vous présentons ce mémoire, notre perspective étant de protéger les personnes âgées et de leur donner accès aux services qu'elles sont en droit de recevoir et que leur condition requiert.

Le champ d'exercice des psychologues

Le champ d'exercice des psychologues se lit 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 environnement.

À propos de ses membres

L'OPQ compte dans ses rangs plus de 8650 psychologues. Plus de 3000 offrent des services aux personnes âgées, alors que près de 500 parmi ceux-ci s'intéressent à la problématique de la violence. Cependant, il n'y a malheureusement que 52 psychologues qui œuvrent dans le réseau de la santé en CHSLD. Par ailleurs, bien que l'OPQ ne dispose pas de statistiques sur la présence des psychologues dans les résidences privées, il y a tout lieu de croire qu'ils y sont moins nombreux qu'en CHSLD. La présence des psychologues dans les milieux de vie des personnes âgées est selon nous nettement insuffisante si on considère le rôle que peuvent jouer ces professionnels notamment pour contrer la maltraitance et soutenir la bientraitance comme on le verra¹.

Quelques principes fondamentaux

Le respect de la dignité et de la liberté des personnes doit être à la base de tous les services à offrir, et ce, en santé mentale, comme en tout autre domaine. Reconnaître la dignité des personnes âgées, bien que leurs conditions puissent être telles parfois que les

¹ Pour avoir un meilleur aperçu de l'apport particulier des psychologues et neuropsychologues dans des milieux comme les CHSLD, nous vous invitons à prendre connaissance de l'annexe 1 qui présente les rôles et mandats qui sont les leurs.

proches ne les reconnaissent plus, leur donner toute la liberté dont elles peuvent encore bénéficier malgré les pertes et autres incapacités sont les assises d'une culture de bientraitance. Lothian et Philip (2001) soutiennent que :

« Une vision négative des aînés peut se traduire dans les soins de santé au travers d'une perte de dignité, d'identité et de pouvoir de prise de décision pour les aînés. »

Or, le défi de la bientraitance c'est en somme de porter sur nos aînés un regard qui ne soit ni complaisant, ni empreint de pitié, un regard porteur d'admiration, de reconnaissance et d'affection pour ce qu'ils ont apporté à la société et plus encore à leurs proches, pour ce qu'ils peuvent encore apporter, pour ce qu'ils ont été et sont encore maintenant.

À ces égards, Longneaux (2010), fort à-propos, décrit la bientraitance comme :

« [...] une démarche volontaire par laquelle on essaie de promouvoir, à travers les soins ou toute autre relation, l'autre comme sujet. Cela se fait généralement lorsqu'en toute circonstance, on s'adresse tout simplement au patient comme à une personne, c'est-à-dire comme à quelqu'un qui est le point de départ de sa vie (au lieu d'être par exemple l'"objet" de soins). »

Longneaux (2010) souligne également que l'organisation des soins et la personne aînée elle-même (le vieillissement, avec les défaillances qu'il entraîne) constituent deux (2) grands obstacles à une démarche de bientraitance.

Beaulieu et Crevier (2010) considèrent pour leur part qu'il vaudrait peut-être mieux aborder le champ de la bientraitance en tant que visée éthique plutôt qu'en tant que finalité objectivable et mesurable. Nous comprenons qu'il s'agit alors de développer une culture non pas de la performance (centrée sur le faire plutôt que le savoir-faire), mais une culture qui met de l'avant la compétence en matière de savoir (sur les personnes aînées, leur développement et les vicissitudes du vieillissement), en matière de savoir-être (savoir entrer en relation non pas avec un objet ou des symptômes, mais avec une personne à part entière qui porte ses symptômes à sa façon propre) et de savoir-faire plus précisément avec les personnes aînées qu'on ne peut aborder indistinctement de ce qui les particularise.

Le vieillissement de la population et ses conséquences

« Au Canada, les personnes âgées de 65 ans et plus forment actuellement un peu plus de 14 % de la population. Les projections démographiques les plus récentes prévoient que vers 2015, cette proportion pourrait dépasser celle des enfants de moins de 15 ans (Statistique Canada, 2011). Selon la plupart des scénarios envisagés, les aînés représenteront à partir de 2031 près du quart de la population québécoise (Institut de la statistique du Québec 2012). On peut dès lors présager une augmentation importante des dépenses reliées à l'utilisation des services de santé, lesquels englobent à la fois les services de soutien à domicile, les soins directs offerts aux personnes

utilisatrices vivant dans la collectivité et les soins continus fournis dans les centres d'hébergement et dans les hôpitaux [...] »²

L'espérance de vie est certainement meilleure qu'auparavant, mais l'espérance d'une vie meilleure en vieillissant demeure un défi. En effet, on assiste à :

- une augmentation du nombre de personnes âgées qui vivent avec une maladie chronique, ou potentiellement mortelle (par ex. : le cancer);
- une augmentation du nombre de personnes âgées qui présentent des déficits cognitifs, entraînant une inaptitude partielle ou complète;
- une augmentation du nombre d'adultes qui ont à prendre soin de deux générations, leurs enfants et leurs parents, alors qu'auparavant la génération des aînés pouvait servir de soutien à la famille.

Bref, les personnes âgées pèsent de plus en plus lourd, débordent les capacités du réseau de la santé, grèvent les services. On exige par conséquent des intervenants en santé qu'ils « performant », mais on constate que les critères de performance sont souvent plus quantitatifs que qualitatifs et qu'on tend plus à répondre à des exigences administratives qu'à des personnes, au détriment en somme de ce qui importe le plus, soit l'établissement de véritables relations avec les personnes âgées.

Maltraitance et maltraitance psychologique

La définition qu'a retenue le ministère de la Famille et qui se trouve dans le *Plan d'action 2010-2015* est la suivante :

« Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée. » (P. 17)

Nous allons nous centrer dans ce mémoire sur la maltraitance psychologique des personnes âgées, d'abord parce que l'expertise des psychologues permet de bien la saisir et la comprendre, mais aussi, parce que c'est celle qui est la plus répandue alors que ses manifestations peuvent demeurer totalement méconnues. En effet, Lemarchand (2015) rapporte que :

« La maltraitance psychologique est la principale forme de maltraitance vécue (6,2 %), suivie de la maltraitance financière (1,5 %) et de la maltraitance physique (1 %). »

La maltraitance psychologique est beaucoup plus difficile à dépister voire à reconnaître, alors que ses effets sont plus insidieux. C'est un concept qui se décline différemment notamment en raison du contexte culturel dans lequel s'inscrivent les personnes âgées.

² Extrait de Paquet et Ellington (2013).

Berg et coll. (2014) rapportent que « placer » une personne âgée en Afrique ou en Asie est considéré comme un scandale relevant de la maltraitance. Il n'y a pas si longtemps, c'était le cas aussi au Québec et ce l'est probablement encore dans l'esprit de plusieurs. La perspective de « placer » ses aînés demeure pour plusieurs rebutante et le poids de la culpabilité fait en sorte qu'on se trouve fréquemment :

- devant un couple de personnes âgées, isolées, seules et sans soutien, dont on ne sait plus qui des deux est maltraitée ou maltraitante, qui se refusent à voir chez l'un ou l'autre les pertes, les deuils à faire étant trop difficiles;
- devant une ou des personnes âgées qui demeurent à la charge de leurs enfants ou de leurs proches parfois débordés, dépassés et impuissants, « coupables » de ne pouvoir suffire adéquatement et sans services, sans soutien, sans répit.

Dans les deux cas, pour ne prendre que ces deux cas, la table est mise pour la maltraitance.

La maltraitance psychologique

Le concept de maltraitance psychologique est relativement difficile à circonscrire et à reconnaître, les signes étant subtils, alors que certains gestes, paroles ou attitudes ne sont pas considérés d'emblée comme violents. Il y aurait certainement une certaine éducation à faire et à cet égard Yaffe (2012) dresse une liste d'indices permettant de la repérer :

- *mentir à la personne;*
- *cachez ses effets personnels;*
- *l'humilier ou la traiter comme un enfant;*
- *faire des blagues désobligeantes;*
- *exercer de la coercition;*
- *crier ou parler à tue-tête de manière inappropriée;*
- *contrôler ses contacts avec les gens (isolement social de la famille, des amis, etc.);*
- *menacer de frapper ou de lancer quelque chose;*
- *lui parler irrespectueusement;*
- *ne pas respecter son intimité;*
- *ne pas respecter ce qui lui appartient ou menacer de détruire ses biens;*
- *l'insulter, jurer, la traiter de toutes sortes de noms, la dénigrer;*
- *menacer avec des armes, de privations, de punitions, de tutelle, d'abandon ou d'institutionnalisation;*
- *médication excessive intentionnelle.*

La maltraitance psychologique se manifeste notamment dans la communication ou, dit autrement, se nourrit des défaillances de celle-ci, et aussi et surtout, de la peur et de l'ignorance, de la non-acceptation des limites de l'autre auxquelles on s'associe plus ou moins consciemment et auxquelles on veut s'attaquer.

Pour s'entendre, il faut se comprendre. La personne âgée qui, par exemple, a des troubles auditifs ou de la parole, qui vit des pertes cognitives, ne sait plus aussi bien se faire comprendre et les gens qui l'entourent ne savent pas plus se faire bien entendre de celle-

ci. À défaut de comprendre l'autre, les protagonistes sont réduits à interpréter le ton, les attitudes et les comportements. Or, dans un climat d'incertitude, d'insécurité et de tension, les mécanismes normaux de protection font souvent en sorte qu'on perçoive l'autre comme malveillant ou hostile, le moins qu'il y ait de sa part une manifestation d'impatience ou d'irritation, ou un haussement de ton, pour ne donner que ces exemples, ce qui ouvre la porte à la maltraitance. De plus, quand on ne dispose plus de la parole pour communiquer, il reste les gestes et ceux-ci, en situation de tension et de stress, peuvent devenir brusques, voire abusifs.

Les liens entre la personne âgée et les proches aidants

La nature du lien entre une personne âgée et un proche aidant, membre de la famille, complexifie le dépistage de la maltraitance psychologique puisqu'elle s'inscrit dans un contexte où une relation de confiance est établie entre elles deux. Les personnes âgées ne sont pas toujours conscientes de leurs droits, ne savent pas qu'elles peuvent dénoncer et, même si elles le savaient, ne sont pas toujours prêtes à en payer le prix, car cela peut signifier pour elles de s'aliéner des personnes dont elles ont besoin et dont elles dépendent de plus en plus, ou encore de risquer des représailles. En matière de prévalence de la maltraitance aux personnes âgées, Lemarchand (2015) considère que les chiffres de Statistiques Canada sous-estiment le nombre de cas rapportés, une certaine proportion n'étant pas déclarée aux autorités policières.

Par ailleurs, outre probablement les situations où la personne âgée est aux prises avec un agresseur de type sociopathe ou psychopathe, la plupart du temps la maltraitance psychologique n'est pas intentionnelle. Il est normal de vouloir se protéger contre la souffrance. Voir ses proches vieillir, perdre leurs moyens peut provoquer toutes sortes de réactions, allant de la coupure de la relation (pour ne plus voir cette réalité difficile, pour ne pas voir sa propre vulnérabilité à travers l'autre), à la négation des pertes, ce qui accroît l'isolement des personnes âgées, dont le réseau social s'effrite normalement par ailleurs, et entraîne le maintien ou le développement de relations qui ne sont pas adaptées aux besoins et capacités des personnes âgées, une augmentation des tensions interrelationnelles et une élévation du risque de négligence, voire de maltraitance. Quand on n'en peut plus, qu'on se sent à court de moyens (manque de temps, manque de personnel, manque de connaissances, etc.), épuisés, il y a urgence que cela cesse et c'est en pareilles situations que les risques de maltraitance sont les plus grands. Mais on peut agir sur ces situations en offrant soutien et accompagnement aux personnes âgées comme au personnel soignant et aux proches aidants et, ce faisant, prévenir la maltraitance. Il faut considérer enfin que la majorité des « maltraitants » sont des « bientraitants » potentiels, si tant est que l'on considère également leurs besoins.

Il faut prendre la parole pour les personnes âgées qui ne peuvent plus aussi bien dire qui elles sont, ce qu'elles veulent, ce qu'elles ressentent, ce que sont leurs intentions. Il faut savoir que les troubles de comportement de personnes âgées ne sont pas seulement liés à un déclin cognitif ni ne découlent au premier chef d'un désir de résister, voire d'agresser l'autre. Ils sont porteurs de sens pour ces personnes qui ne peuvent s'exprimer autrement et qui cherchent à se faire entendre. Il faut aussi informer et former les proches des

personnes âgées et le personnel soignant non seulement sur le vieillissement et ses vicissitudes, mais aussi sur cette personne âgée particulière, dont ils ont à s'occuper, parce que toutes ne sont pas pareilles. Il faut aussi bien « soigner » ceux qui soignent, se donner comme société des moyens d'éviter que ceux-ci ne s'enlisent dans l'impuissance et ne s'épuisent.

Thématique 1 : Rejoindre les personnes âgées dans tous les milieux de vie

D'entrée de jeu, pour pouvoir identifier des actions ou bonnes pratiques à prioriser pour mieux prévenir, repérer et intervenir dans des situations de maltraitance auprès des personnes âgées, il faut au préalable réfléchir sur ce qui peut causer cette maltraitance et en dégager des facteurs de risque ou des indices. Bref, si on veut agir adéquatement, il faut d'abord comprendre la négligence et, surtout, la reconnaître.

À ces égards, Yaffe et Tazkarji. (2012), confirmant que la maltraitance des personnes âgées peut se produire dans tous les milieux, énumèrent plusieurs facteurs pouvant être liés à la négligence des aînés :

« La maltraitance des personnes âgées ne se produit pas seulement à domicile ou dans la communauté, mais aussi dans les maisons de retraite, les résidences-services, les centres d'hébergement et les centres hospitaliers. Parmi les facteurs avancés pour expliquer la négligence envers les résidents, on peut mentionner des conditions de travail médiocres, des horaires de travail imprévisibles, les salaires peu élevés, la formation et la supervision inadéquates des employés (en particulier sur les façons de transiger avec les comportements provocants ou insultants des bénéficiaires), le manque de motivation du personnel, les préjugés envers certains aînés et le manque de congruence entre la mission de l'établissement et les besoins particuliers sur les plans de la santé et du milieu d'un adulte plus âgé. »

Relativement à la négligence institutionnelle, Hawes et coll. (2001), comme rapporté dans un tableau extrait de Yaffe et Tazkarji (2012) relèvent une série d'indices de négligence institutionnelle, soit :

« [...]

- Soins d'assistance insuffisants
- Supervision inadéquate des bénéficiaires du centre
- Soins insuffisants ou imprévisibles par les infirmières et infirmières auxiliaires
- Longs délais pour répondre aux besoins des aînés
- Alimentation inadéquate
- Milieu de vie sous-optimal, surpeuplé ou insalubre
- Habiletés médiocres du personnel en communication
- Maîtrise de la langue insuffisante pour répondre aux besoins des aînés
- Interactions inappropriées ou agressives entre le personnel et les clients
- Recours abusif à la contention physique ou chimique. »

Nous ne soutenons en aucune façon que ce qui précède caractérise les milieux de vie ou de soins des personnes âgées au Québec, mais il n'est pas dit que cela ne s'y avère pas non plus. Il y a donc lieu de s'en inspirer et de cela, entre autres, découlent les quelques pistes d'actions ou de bonnes pratiques qui suivent.

1. Actions ou bonnes pratiques à prioriser pour mieux prévenir, repérer et intervenir dans des situations de maltraitance auprès des personnes âgées qui vivent à domicile

Il faudrait voir à développer des services de santé mentale dédiés aux personnes âgées en première ligne, des services qui soient connus, publicisés et facilement accessibles.

Ces services de première ligne devraient s'appuyer sur un programme préventif de visites systématiques qui s'inspirerait du programme de visites postnatales et de ses visées. Ces visites devraient aussi se faire systématiquement, sans présomption aucune et s'inscrire dans un contexte de prévention, de soutien et d'accompagnement, respectant par ailleurs la dignité et la liberté des personnes concernées. Il serait ainsi possible d'avoir un meilleur aperçu des besoins des personnes âgées, de ses proches et des capacités du milieu et, le cas échéant, de dresser un plan d'intervention. Pour instaurer un tel programme de visites pour les personnes âgées, il faudrait s'appuyer sur des données pour déterminer à partir de quel âge les personnes âgées sont notamment les plus à risque de pertes sur le plan cognitif et aussi physique³.

On pourrait envisager, avec la collaboration de Statistiques Canada ou de tout autre organisme qui détient des données démographiques, la perspective de constituer dans les établissements de première ligne un registre des personnes âgées « statistiquement » à risque qui demeurent encore à domicile et bâtir sur ces listes le programme de visites systématiques ici proposé. Ces visites permettraient de dresser un premier portrait par exemple des besoins et ressources de la personne âgée et de leurs proches, du milieu de vie, du soutien familial ou social, de la condition physique et mentale. Il ne s'agirait pas de faire irruption chez les gens contre leur gré, mais d'aller à la rencontre de personnes potentiellement à risque en vue de leur offrir de façon proactive des services adaptés favorisant le maintien dans leur milieu de vie, auprès de proches qui de ce fait risqueraient moins d'être « surtaxés » (ex. : offrir de la formation/information sur le vieillissement normal et pathologique, proposer un programme de soutien aux proches aidants et un plan individualisé d'intervention ou de suivi).

Il demeure qu'il faudrait veiller à ce qu'il n'y ait pas de dérive dans un tel programme, car comme le disent Moulias et coll. (2010) :

« Chacun, professionnel ou famille, ne peut se voir que bien-traitant : celui qui écrase l'autre d'un maternage et d'une assistance paralysante et étouffante; celui qui se lance dans un acharnement thérapeutique qu'aucune réflexion scientifique ni éthique ne justifie [...] celui qui harcèle l'autre d'une façon

³ Se baser sur des chiffres actuariels relativement à l'évolution des conditions de santé physique et mentale de la population.

intolérable “pour son bien”; celui qui déclare faire pour le bien de l’autre et qui en fait bétonne son emprise, etc. Une bientraitance trop floue dans sa définition et ses limites risque de provoquer les pires dérives. »

2. Actions ou bonnes pratiques à prioriser pour mieux prévenir, repérer et intervenir dans des situations de maltraitance auprès des personnes âgées qui vivent en résidence privée pour personnes âgées

La liste en vrac des propositions ou recommandations qui suit ne se prétend pas exhaustive et elle peut reprendre des éléments déjà abordés. Toutes les propositions ou recommandations ne sont pas du même niveau par ailleurs, certaines étant par exemple de l’ordre des valeurs ou grandes orientations, d’autres étant plutôt plus opérationnelles. Enfin, l’ordre de présentation ne témoigne pas d’un exercice de priorisation.

S’assurer que ces résidences sont dûment agréées et qu’elles disposent de valeurs, de normes et de politiques claires eu égard non seulement à la maltraitance, mais aussi à la bientraitance.

S’assurer que la personne âgée ne soit pas placée dans un milieu loin du quartier où elle a vécu, où sont ses proches, de sorte qu’elle ne soit pas davantage isolée et qu’il ne revienne qu’au seul personnel soignant de répondre à tous leurs besoins, notamment ceux d’ordre relationnel ou affectif.

Faire place à la famille et aux proches, tenant compte de leurs capacités et limites, en évitant de les culpabiliser ou de faire pression pour qu’ils s’impliquent davantage ou autrement. Comprendre pourquoi ils pourraient vouloir se tenir à l’écart, le cas échéant, comprendre qu’ils sont eux aussi en perte et qu’ils y réagissent comme ils le peuvent. Reconnaître leurs compétences, ouvrir le dialogue, ce sont eux qui savent mieux que tout autre qui sont leurs âgées, quels sont leurs besoins, comment ils ont évolué. Les considérer comme des partenaires, mais des partenaires parfois fragiles ou fragilisés par ce qui arrive à leurs âgés. S’ils ne se sentent pas accueillis ou reconnus, ils peuvent devenir distants ou pire méfiants, hostiles.

Prendre le temps et l’énergie qu’il faut pour impliquer les personnes âgées elles-mêmes, dans la mesure de leurs capacités et ressources, en faire des acteurs de leur propre vie plutôt que de les maintenir dans une position passive de réception de soins. Elles se sentiront ainsi concernées et estimées plutôt que victimes potentiellement résistantes ou récalcitrantes.

Disposer de professionnels et d’intervenants qualifiés, compétents, en nombre suffisant, capables et prêts à investir, voire à aimer les personnes âgées comme elles sont.

Miser sur la compétence pour redonner du pouvoir, contrer l’impuissance. Soutenir et accompagner le personnel soignant et les proches aidants.

Miser sur l’information et la formation pour contrer l’ignorance et la peur, pour modifier les perceptions erronées et négatives à l’égard notamment des personnes âgées en perte

cognitive. L'absence d'information ou une mauvaise diffusion des besoins de la personne âgée peuvent engendrer des malentendus, des maladresses, voire de la malveillance.

Mettre sur pied un programme de formation continue sur le vieillissement normal et pathologique, programme qui soit disponible et réellement accessible au personnel soignant de même qu'aux familles et aux proches.

Miser sur une expertise multidisciplinaire, sur des équipes de soignants (qui, sous toute réserve, sont actuellement surtout composées d'infirmières et de travailleurs sociaux) qui ont accès à des ressources professionnelles différentes (notamment des psychologues, voir l'annexe 1), capables d'informer et de former le personnel soignant, de même que les proches aidants.

Développer une compréhension et une vision commune.

Privilégier une prise en charge personnalisée priorisant des interventions d'ordre relationnel qui ne visent pas que le contrôle de la personne âgée (ex. : minimiser les recours à la contention physique ou pharmacologique).

Ne pas se centrer sur les soins à exécuter, mais sur la personne qui les reçoit, miser sur la relation qui doit être positivement significative pour que des soins soient bien reçus.

Mettre les personnes âgées en situation de prendre un maximum de décisions les concernant, à la mesure de leurs capacités.

Donner des soins qui soient prévisibles pour les personnes âgées tout en les offrant de façon flexible pour s'adapter au rythme et aux besoins de chacun (c'est le cas, par exemple des heures de repas, des soins corporels, du cycle du sommeil, etc.).

Offrir un environnement stable où se retrouvent les mêmes personnes « soignantes », que les âgés connaîtront et reconnaitront, de sorte que ces derniers ne se sentiront pas étrangers à leurs yeux, que ceux qui en prennent soin ne les considéreront plus comme étrangers et s'en seront suffisamment approchés pour les comprendre et agir avec assurance et sécurité.

Créer des milieux de vie qui ressemblent le plus à la vie ordinaire, par exemple en intégrant dans leurs activités des enfants, des animaux de compagnie, en proposant des sorties dans des lieux où les gens se rencontrent habituellement, aux heures de rencontre...

S'attaquer aux stéréotypes et lieux communs qui nuisent à l'établissement de relations réellement adaptées aux besoins, désirs, capacités et ressources des personnes âgées.

Soigner le climat de travail, les personnes âgées, notamment celles qui ont des pertes cognitives sont très sensibles pour ne pas dire perméables aux tensions.

3. Actions ou bonnes pratiques à prioriser pour mieux prévenir, repérer et intervenir dans des situations de maltraitance auprès des personnes âgées qui vivent en établissement (RI, RTF, CHSLD)

Ce qui précède est ici aussi pertinent.

4. Actions ou bonnes pratiques à prioriser pour mieux prévenir, repérer et intervenir dans des situations de maltraitance auprès des personnes âgées dans leur communauté

Voir les réponses à la question 1 de cette section.

Thématique 2 : Favoriser une culture de bientraitance envers les personnes âgées

En regard de cette thématique en général, nous vous renvoyons aux propositions ou recommandations que nous avons énumérées sous la *Thématique 1*, alors que bon nombre de celles-ci sont partie intégrante d'une culture de bientraitance.

1. Croyez-vous qu'une approche de promotion de la bientraitance envers les personnes âgées soit une bonne idée pour aider à prévenir la maltraitance?

Nous croyons très certainement qu'une approche de promotion de la bientraitance envers les personnes âgées soit une bonne idée pour aider à prévenir la maltraitance.

La bientraitance passe par une meilleure connaissance de tout ce qui est en jeu. On pourrait envisager une campagne publicitaire qui serait une suite ou un complément de la campagne de sensibilisation à la maltraitance et qui mettrait en scène Yvon Deschamps. Cette campagne a été percutante : on a illustré la maltraitance, on a montré ce qu'il ne faut pas faire. Il faut cependant faire plus que dénoncer des comportements que par ailleurs la majorité de la population reconnaît d'emblée comme inadéquats et déplorables, y compris fort probablement les personnes pouvant manifester des comportements ou attitudes de maltraitance. De plus, cette première campagne de sensibilisation a pu avoir pour effet pervers de culpabiliser certains proches aidants qui pouvaient se reconnaître dans les personnages à bout de nerfs et qui ont pu par conséquent avoir envie de mieux se cacher. On doit aider autrement. Une campagne sur la bientraitance pourrait notamment :

- Non seulement lutter contre les attitudes négatives, mais aussi et surtout, encourager des attitudes positives.
- Expliquer le vieillissement et ses vicissitudes, donner un sens aux attitudes et comportements inadéquats de certaines personnes âgées, à leurs demandes souvent irréalistes. Quand on comprend, il est plus facile de réagir adéquatement.
- Reconnaître que les attitudes et comportements répétés des personnes âgées en perte d'autonomie et qui ont des atteintes cognitives peuvent être inadéquats et ainsi devenir insupportables, mettant à rude épreuve la patience de leur entourage, à telle enseigne qu'on peut s'attendre à un haussement de ton ou à des réactions brusques.
- Dédramatiser, autant que faire se peut, les écarts de conduite, rien n'est irrémédiable ou irréparable.
- Proposer des alternatives au comportement de maltraitance qui soient réalistes au quotidien, offrir des modèles qui soient accessibles.

Nous considérons par ailleurs que la seule promotion de la bientraitance et des valeurs sur lesquelles elle repose ne suffit pas. Il faut que cela s'incarne concrètement, sur le terrain, dans tous les milieux où se trouvent les personnes âgées. Si on pense au réseau public de la santé, force est de constater un certain paradoxe où, comme mentionné précédemment, peuvent s'opposer performance et prise en charge personnalisée de chacune des personnes âgées. De plus, on entend de diverses sources que les services se détériorent, cela étant dit sous toute réserve cependant. S'il s'agit de donner à plus de personnes et de leur en donner plus rapidement pour mieux desservir l'ensemble, et ce, avec un minimum de moyens, nous croyons qu'il faut suivre de près l'offre de soins (prévoir un monitoring systématique) de sorte que cela ne génère pas d'effets pervers sur les relations personnalisées qu'il faut établir avec les personnes âgées.

2. Selon vous, par quels moyens et par quelles actions pourrait-on favoriser une culture de bientraitance envers les personnes âgées au sein de la population québécoise en général?

Cette culture de la bientraitance ne peut se développer et se maintenir que si on mobilise les bons acteurs. Il y a bien sûr les différents professionnels et autres intervenants, les proches aidants et les personnes âgées elles-mêmes, celles-ci comme dit précédemment devant être impliquées au premier chef, mais il y a aussi d'autres acteurs importants qui ont à exercer un certain leadership. À cet égard, Beaulieu et Crevier (2010) rappellent que :

« La société québécoise étant dans une société de droit, la volonté de bientraitance et de lutte contre la maltraitance passe par des cadres législatifs de divers ordres et mobilise des acteurs particuliers, tels le Protecteur du citoyen, le Protecteur des usagers, les comités de visites d'accréditation des établissements d'hébergement, etc. »

Et nous ajouterions à cette liste d'acteurs particuliers le Commissaire à la Santé et au Bien-être (à qui on a retiré son mandat pour le confier à une autre instance, soit l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux) et les Ordres professionnels.

3. Selon vous, par quels moyens et par quelles actions pourrait-on favoriser une culture de bientraitance dans les différents milieux de vie des personnes âgées : à domicile, en résidence privée pour personnes âgées (RPA), en établissement (RI, RTF, CHSLD) et dans la communauté?

Voir les propositions et recommandations faites sous la *Thématique 1*.

4. À votre connaissance, existe-t-il des exemples de bonnes pratiques ou de projets prometteurs qui témoignent de comportements bienveillants à l'égard des personnes âgées?

Outre la constitution d'équipes ambulatoires dont il sera question plus loin, nous n'avons pas à ce jour connaissance de telles pratiques ou projets prometteurs. Par ailleurs, Graz et coll. (2009) soutiennent que la recherche évaluative menée sur des programmes de

bienveillance ne permettrait pas de tirer de conclusions significatives quant à leur efficacité.

Thématique 3 : Renforcer les actions concernant la lutte contre la maltraitance financière et matérielle envers les personnes âgées

Il est plus difficile, étant donné notre expertise propre, de proposer des actions concernant la lutte contre la maltraitance financière et matérielle envers les personnes âgées. Tout de même, il serait souhaitable de mobiliser en amont des psychologues (neuropsychologues) pour évaluer notamment l'autonomie cognitive des personnes âgées qui sont plus à risques. On devrait également miser sur les travailleurs sociaux pour évaluer les besoins de protection dans le cadre de l'exercice de l'activité qui leur est réservée, soit : *procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandant*. Les personnes âgées ainsi identifiées pourraient faire l'objet de mesures de protection spécifiques contre cette forme de maltraitance.

Par ailleurs, dans un autre ordre d'idées, il y aurait lieu de réfléchir à la pertinence de créer un ordre professionnel chargé de surveiller tous ceux qui offrent des services-conseils sur le plan financier dans la perspective d'accroître la protection contre d'éventuels arnaqueurs devant lesquels les personnes âgées sont particulièrement vulnérables. Peut-être qu'il existe déjà une ou des instances mandatées pour ce faire, auquel cas il faudrait s'assurer de leur donner un pouvoir d'agir⁴.

Enfin, toute action pour contrer la pauvreté dans notre société peut avoir un impact positif pour contrer la maltraitance financière et matérielle.

Thématique 4 : Répondre aux besoins de chacun dans un contexte de diversité sociale et de pluralité des modèles d'aînés

1. Veuillez indiquer, s'il y a lieu, les enjeux ou les particularités qui devraient être pris en considération lorsqu'il est question de maltraitance envers : les personnes âgées des peuples autochtones, les personnes âgées des communautés ethnoculturelles, les personnes âgées lesbiennes, gaies, bisexuelles ou transgenres (LGBT), les personnes âgées avec une incapacité et les personnes âgées inaptes?

Ces groupes de personnes sont particulièrement vulnérables parce qu'elles sont différentes, isolées, très souvent en marge de la société et qu'elles n'ont pas les mêmes possibilités de se rallier à un groupe identitaire fort et réconfortant. Du fait de leurs différences, elles risquent d'être perçues comme étrangères, pour ne pas dire étranges et inquiétantes. Elles sont plus à risque parce que l'expression de leurs émotions est plus susceptible d'être inadéquate, inattendue ou incomprise. Cela peut entraîner chez leur interlocuteur des attitudes ou comportements de fermeture ou de rejet ou encore une certaine impuissance à la source d'épuisement et par le fait même contribuer à renforcer des comportements inadaptés. La méconnaissance de l'autre et la peur de ce qui est étranger sont des facteurs de risque de maltraitance très importants, et c'est le cas

⁴ Nous pensons à l'Autorité des marchés financiers (AMF), par exemple.

notamment de ce qui est de l'ordre des troubles mentaux, ce sur quoi nous nous centrerons ici.

La présence non identifiée des troubles mentaux

Ne pas savoir qu'une personne âgée est affectée par un trouble mental ou encore ne pas être en mesure d'en confirmer la présence peut être lourd de conséquences. Non seulement cela ouvre la porte à une interprétation préjudiciable des intentions de la personne âgée et à des réactions par conséquent négatives des gens qui l'entourent ou en prennent soin, mais encore cela empêche d'offrir les soins requis. Or, Moliner et coll. (2008) rapportent qu'il est plus difficile de détecter les troubles de santé mentale chez les personnes âgées, notamment en raison de l'association qui existe entre la maladie et la vieillesse. Les auteurs font état d'un préjugé qui :

« [...] conduirait à une banalisation ou à une incompréhension des troubles psychopathologiques chez les âgés [...] »

Bassil et coll. (2011) vont dans le même sens et, relativement à la présence de l'anxiété chez les personnes âgées, précisent ce qui suit :

« Although anxiety disorders are common at all ages, there is a misconception that their prevalence drastically declines with age. For this reason anxiety disorders often are underdiagnosed and undertreated in geriatric patients, especially when the clinical presentation of these disorders in older patients differs from that seen in younger adults.

In older persons, anxiety symptoms often overlap with medical conditions such as hyperthyroidism and geriatric patients tend to express anxiety symptoms as medical or somatic problems such as pain rather than as psychological distress. As a result, older adults often seek treatment for depressive or anxiety symptoms from their primary care physician instead of a psychiatrist. Unfortunately, primary care physicians often miss psychiatric illness, including anxiety disorders, in geriatric patients. »

Rouleau et coll. (2011) arrivent également aux mêmes conclusions quant à la sous-estimation de la présence des symptômes anxieux chez les personnes âgées, ce qui correspond à ce que constatent d'ailleurs bon nombre de psychologues sur le terrain.

Grenier et Payette (2013) soutiennent pour leur part que l'anxiété gériatrique se caractérise par l'anticipation de conséquences désastreuses et que la personne âgée peut aussi se plaindre de douleurs chroniques ou de malaises physiques masquant le problème d'anxiété sous-jacent. De plus, l'anxiété gériatrique (notamment le TAG) serait aussi associée à plusieurs maladies chroniques, dont les maladies coronariennes, les troubles gastro-intestinaux, l'arthrite, les migraines et les douleurs musculaires (El-Gabalawy et coll., 2011; Grenier et coll., 2012; Mackenzie et coll., 2011). Plusieurs autres études suggèrent que l'anxiété peut aussi être associée à des troubles cognitifs (ex. : problèmes de mémoire) de nature variée (Gallacher et coll., 2009; Palmer et coll., 2007; Potvin et coll., 2011). Il demeure difficile d'établir cependant ce qui est la cause ou l'effet. Il se

pourrait, comme pour de nombreux troubles concomitants, qu'il y ait une causalité circulaire.

Nous n'avons abordé, à titre d'illustration que la problématique de l'anxiété chez les personnes âgées, mais il n'y a pas que celle-ci et il faut pouvoir s'adresser à tous les troubles qui peuvent affecter le fonctionnement quotidien et le bien-être général, voire élever le risque de mortalité (de Beurs et coll., 1999; Phillips et coll., 2009).

Des services requis non accessibles

Nour et Hébert (2010) rapportent que près de :

« [...] 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. »

Gaudreau (2014), s'appuyant sur une étude de Wetherell et coll. (2005) s'interroge de la façon suivante sur l'accessibilité des services pour les personnes âgées :

« À la lumière de nos résultats, il faut aussi s'interroger sur l'accessibilité des traitements psychologiques pour le traitement du TAG chez les aînés. Même si les psychothérapies sont perçues plus acceptables pour le traitement du TAG, elles semblent plus difficilement accessibles, la pharmacothérapie étant le type d'intervention le plus utilisé pour le traitement des troubles anxieux dans cette population [...] »

Il apparaît également que la présence de problèmes légers de la mémoire à court terme chez les aînés atteints d'un TAG complexifie les enjeux de la psychothérapie. L'ajout de certaines stratégies exécutives facilitant l'apprentissage favoriserait ainsi l'obtention de gains thérapeutiques (Mohlman, 2013). Par ailleurs, d'autres approches psychothérapeutiques paraissent prometteuses, notamment la thérapie d'acceptation et d'engagement, approche qui cherche à amoindrir le combat visant à contrôler ou bannir les expériences internes négatives, telles les inquiétudes.

En bref, il est légitime de croire que les personnes âgées qui présentent des troubles mentaux ou neuropsychologiques sont plus susceptibles que les autres de ne pas accéder aux services que leurs conditions requièrent et que soit privilégiée une approche pharmacologique. Voici ce qu'en disent Cannel et coll. (2014) :

« Older adults, particularly those with age-associated disability, may be less likely to be medically examined, less likely to make their sexual abuse experience known, less likely to have their criminal cases successfully prosecuted, more likely to feel isolated and dependent on care, more likely to fear being removed from their residences, and more likely to hold generational beliefs in nondisclosure of private matters. These characteristics increase their vulnerability. »

2. Quelles sont les actions à prioriser en regard de la prévention, du repérage et de l'intervention dans des cas de maltraitance envers : les personnes âgées des peuples autochtones, les personnes âgées des communautés ethnoculturelles, les

personnes âgées LGBT, les personnes âgées avec une incapacité et les personnes âgées inaptes, et ce, dans tous les milieux de vie?

Si on veut prévenir et repérer, il faut diffuser la juste information concernant entre autres l'importance sous-jacente des troubles mentaux. Si on se limite à observer des manifestations évidentes, bruyantes ou dérangementes, sans chercher à en comprendre les causes, on peut se méprendre et être tenté d'intervenir sur ces seules manifestations plutôt que sur leurs causes. C'est ainsi qu'on peut avoir recours par exemple à une forme quelconque de contention (physique ou pharmacologique), la frontière entre celle-ci et la maltraitance n'étant pas facile à établir dans la mesure où on agirait à l'encontre de ce qui est indiqué au premier chef ou dans l'ignorance des besoins ou des atteintes des personnes âgées. Il est clair qu'il faut mobiliser des ressources professionnelles compétentes pour évaluer les troubles mentaux et neuropsychologiques puisque le repérage ne peut suffire si on veut offrir le juste traitement. Les psychologues sont des professionnels habilités et reconnus compétents pour ce faire, en nombre suffisant au Québec, mais, comme mentionné en introduction, ils sont malheureusement trop peu présents notamment en CHSLD pour que leur impact soit globalement significatif.

3. À votre connaissance, existe-t-il des exemples de bonnes pratiques ou de projets prometteurs de lutte contre la maltraitance envers : les personnes âgées des peuples autochtones, les personnes âgées des communautés ethnoculturelles, les personnes âgées LGBT, les personnes âgées avec une incapacité et les personnes âgées inaptes?

On a porté à notre attention l'existence d'une équipe SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). Cette équipe interdisciplinaire a été formée par un gérontopsychiatre et une psychologue qui ont, pour ce faire, allié leurs compétences. En ce qui a trait à son mandat :

« L'équipe remplit les fonctions d'une équipe spécialisée de gérontopsychiatrie de 3e ligne pour le RUIS de l'Université de Montréal, telles que définies dans le plan Alzheimer, soit :

- appuyer les équipes SCPD ambulatoires locales pour les cas très complexes (3e ligne pour les projets d'implantation Alzheimer — CSSS Jeanne-Mance, Lanaudière Nord et Sud)
- offrir des activités de formation continue aux équipes SCPD ambulatoires locales
- aider les agences régionales à assurer la couverture des services professionnels des équipes SCPD locales et régionales, incluant la mise en place de la télésanté
- élaborer des guides de pratique, des outils d'intervention, un site Web avec portail pour les cliniciens (voir page Outils cliniques)
- participer à l'élaboration de programmes de formation
- assumer le leadership du développement de la recherche

- *participer à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans le domaine des SCPD.*

L'équipe SCPD offre des stages spécialisés ainsi que des conférences et ateliers de formation sur demande. »⁵

Nous ignorons si de telles équipes existent ailleurs, mais sinon nous considérons qu'il faudrait les multiplier. Or, on nous a plutôt rapporté un certain recul, cela dit sous toute réserve. On a appris que l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (IUSMM) avait mis en place une équipe dont le mandat pouvait s'approcher de celui de l'équipe de l'IUGM, soit une équipe mobile, constituée d'un ergothérapeute, d'une infirmière, d'un psychiatre et d'un neuropsychologue, mandatée pour venir en aide aux équipes de soins œuvrant en CHSLD, lorsque celles-ci faisaient face à un cas complexe. Cependant, tout récemment, en réaction à la réorganisation du réseau, dans l'incertitude, on aurait suspendu les services de cette équipe mobile. De plus, il semblerait que les recommandations que faisait cette équipe mobile aux intervenants des CHSLD pour les aider à composer avec les patients difficiles, et ainsi vraisemblablement diminuer les risques de maltraitance n'auraient pas toujours été suivies en raison d'un manque de ressources et de temps. En pareille circonstance, on comprend qu'on puisse se tourner vers le traitement pharmacologique, mais, encore une fois, on peut douter que ce soit le traitement le meilleur et le moins coûteux.

Pour plus d'informations sur la constitution de telles équipes ambulatoires, nous vous recommandons la lecture du document publié en 2014 par la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux⁶.

Conclusion

En guise de conclusion, donnons le mot de la fin à Moulias et coll. (2010) :

« La bientraitance ne se limite pas à une action professionnelle de qualité : on ne peut admettre qu'une action professionnelle ne soit pas de qualité! [...] Il ne faut pas confondre la bientraitance avec les mots voisins. La bienfaisance caractérise une action bénévole et volontaire. La bienveillance définit une action faite pour le bien d'autrui, mais la bienveillance a un petit air de supériorité qui révèle déjà une emprise sur l'autre. Or, la maltraitance relève aussi de l'emprise d'une personne mal préparée à cette responsabilité sur une autre personne qui dépend d'elle. On peut être maltraitant par la conjugaison de la bienveillance et de l'ignorance. Les exemples abondent : le maternage infantilisant, l'abus de précaution, la personne de bonne volonté qui n'a pas conscience du vrai besoin et apporte un soin inapproprié, le harceleur

⁵ Extrait de Équipe SCPD – Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. (23 mai 2016). Repéré à : <http://www.iugm.qc.ca/soins/gerontopsychiatrie.html>

⁶ Il s'agit de : *Équipe ambulatoire — symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : les paramètres organisationnels.*

narcissique qui se voit "bien traitant", etc. Ces mots ne peuvent définir la bienveillance. »

Références

- Bassil, N., Ghandour, A., Grossberg, G.T. (2011). How anxiety presents differently in older adults. *Current Psychiatry*, 10(3). Repéré à [http://www.currentpsychiatry.com/index.php?id=22661&tx_ttnews\[tt_news\]=175810](http://www.currentpsychiatry.com/index.php?id=22661&tx_ttnews[tt_news]=175810)
- Beaulieu, M. et Crevier, M. (2010). Contrer la maltraitance et promouvoir la bienveillance des personnes âgées. *Gérontologie et Société*, 2(133), 69-87. doi : 10.3917/gs.133.0069
- Berg, N., Giet, D., Beaulieu, M., Oudewater, M., et Langhendries, D. (2014). La maltraitance envers les personnes âgées : quelques éléments pour la pratique médicale. *Revue médicale de Liège*, 69(5-6), 382-389.
- Camirand, J. et Fournier, C. (2012). *Viellir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010 : série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Institut de la statistique du Québec.
- Cannell, M. B., Manini, T., Spence-Almaguer, E., Maldonado-Molina, M., et Andresen, E. M. (2014). US population estimates and correlates of sexual abuse of community-dwelling older adults. *Journal of Elder Abuse et Neglect*, 26(4), 398-413. doi : 10.1080/08946566.2013.879845
- Caris, P., et Trahan, L. (2006). Le système québécois d'aide et de soins aux personnes âgées. *Santé, Société et Solidarité*, 5(1), 159-164. doi : 10.3406/oss.2006.1100
- De Beurs, E., Beekman, A. T. F., Van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., et Van Tilburg, W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 29(03), 583-593. doi : 10.1017/S0033291799008351
- El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Shooshtari, S., et Sareen, J. (2011). Comorbid physical health conditions and anxiety disorders: a population-based exploration of prevalence and health outcomes among older adults. *General Hospital Psychiatry*, 33(6), 556-564. doi : 10.1016/j.genhosppsy.2011.07.005

- Gallacher, J., Bayer, A., Fish, M., Pickering, J., Pedro, S., Dunstan, F.,... Ben-Shlomo, Y. (2009). Does anxiety affect risk of dementia? Findings from the Caerphilly Prospective Study. *Psychosomatic Medicine*, 71(6), 659-666. doi : 10.1097/PSY.0b013e3181a6177c
- Gaudreau, C. (2014). *L'acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée chez les personnes âgées*. (Mémoire doctoral, Université Laval) Repéré à <http://www.theses.ulaval.ca/2014/30519/>
- Graz, B., Plancherel, F., Gervasoni, J. P., et Hofner, M. C. (2009). La « bienveillance », exploration du concept et essai d'utilisation en santé publique. Une expérience à Fribourg (Suisse). *Santé publique*, 21(1), 89-99. doi : 10.3917/spub.091.0089
- Grenier, S. et Payette, M.C. (2013). La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : un traitement de choix pour les personnes âgées anxieuses. *Le Partenaire*. 21(2), 16-24.
- Grenier, S., Potvin, O., Hudon, C., Boyer, R., Préville, M., Desjardins, L., et Bherer, L. (2012). Twelve-month prevalence and correlates of subthreshold and threshold anxiety in community-dwelling older adults with cardiovascular diseases. *Journal of affective disorders*, 136(3), 724-732. doi : 10.1016/j.jad.2011.09.052
- Hawes, C., Blevins, D., et Shanley, L. (2001). Preventing abuse and neglect in nursing homes: The role of the nurse aide registries. *Report to the Centers for Medicare and Medicaid Services* (formerly HCFA). College Station, Texas : School of Rural Public Health, Texas A&M University System Health Science Center.
- Lemarchand, A. (2015). Facteurs de vulnérabilité des aînés à la maltraitance perpétrée par un ou plusieurs de leurs enfants. (Essai de 3^e cycle, Université du Québec à Trois-Rivières). Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/7644/1/030933481.pdf>
- Longneaux, J. M. (2010). On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir. *Gérontologie et Société*, 2(133), 33-41. doi : 10.3917/gs.133.0033
- Lothian, K. et Philip, I. (2001). Care of older people: Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *British Medical Journal*, 322(7287), 668-670. doi : 10.1136/bmj.322.7287.668

- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Chou, K. L., Pagura, J., et Sareen, J. (2011). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 305-315. doi : 10.1097/JGP.0b013e318202bc62
- Ministère de la Famille. (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Repéré à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Plan_action_maltraitance.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Équipe ambulatoire — symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : les paramètres organisationnels*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-03W.pdf>
- Mohlman, J. (2013). Executive skills in older adults with GAD: relations with clinical variables and CBT outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 131-139. doi : 10.1016/j.janxdis.2012.12.001
- Moliner, P., Ivan-Rey, M., et Vidal, J. (2008). Trois approches psychosociales du vieillissement. Identité, catégorisations et représentations sociales. *Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 6(4), 245-257. doi : [10.1684/pnv.2008.0146](https://doi.org/10.1684/pnv.2008.0146)
- Moulias, R., Moulias, S., et Busby, F. (2010). Édito. La « bienveillance » : qu'est-ce que c'est? *Gérontologie et Société*, 2(133), 10-21. doi : 10.3917/g.s.133.0010
- Nour, K., et M. Hébert. (2010). Pour les aînés aux prises avec des problèmes de santé mentale : miser sur la communauté. *Pluriâges*, 1(1), 15-17.
- Palmer, K., Berger, A. K., Monastero, R., Winblad, B., Bäckman, L., et Fratiglioni, L. (2007). Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology*, 68(19), 1596-1602. doi : 10.1212/01.wnl.0000260968.92345.3f
- Paquet, S. et Ellington, L. (2013). Enjeux et perspectives entourant le suivi en CSSS des personnes âgées aux prises avec un trouble de santé mentale grave : le point de vue des intervenants de la première ligne. *Le Partenaire*, 21(2), 4-7.

- Phillips, A. C., Batty, G. D., Gale, C. R., Deary, I. J., Osborn, D., MacIntyre, K., et Carroll, D. (2009). Generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and their comorbidity as predictors of all-cause and cardiovascular mortality: the Vietnam experience study. *Psychosomatic Medicine*, 71(4), 395-403. doi : 10.1097/PSY.0b013e31819e6706
- Potvin, O., Forget, H., Grenier, S., Prévaille, M., et Hudon, C. (2011). Anxiety, Depression, and 1-Year Incident Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(8), 1421-1428. doi : 10.1111/j.1532-5415.2011.03521.x
- Rouleau, A., Bélanger, C., O'Connor, K, et Gagnon, C. (2011). Évaluation de l'usage à risque des benzodiazépines chez les personnes âgées : facteurs de risque et impacts. *Santé mentale au Québec*, 36(2), 123-144.
- Statistique Canada. (2012). La population canadienne en 2011 : âge et sexe. Repéré à <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011001-fra.pdf>
- Wetherell, J. L., Lenze, E. J., et Stanley, M. A. (2005). Evidence-based treatment of geriatric anxiety disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 871-896. doi : 10.1016/j.psc.2005.09.006
- Yaffe, M. J., et Tazkarji, B. (2012). Understanding elder abuse in family practice. *Canadian Family Physician*, 58(12), 1336-1340.

Annexe 1 : Rôle et mandats des psychologues et neuropsychologues en CHSLD

Le psychologue est habilité à évaluer le fonctionnement psychologique et mental de la personne et sur cette base déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements. Ses interventions s'adressent directement aux personnes hébergées en CHSLD, à leur famille ou à leurs proches, mais aussi indirectement, notamment en participant 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), en contribuant à l'amélioration du milieu de vie et en apportant soutien et conseils aux équipes interdisciplinaires.

L'évaluation du fonctionnement psychologique et mental initiale, ou en continu, sert entre autres à :

- dresser un profil des ressources et capacités, notamment sur le plan cognitif, identifier 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 dans son milieu de vie;
 - interagir avec les proches ou 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 faites.

Le psychologue peut ensuite intervenir directement auprès des personnes hébergées elles-mêmes ou encore auprès des proches et des aidants naturels affectés 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 et sur les impacts potentiels sur les comportements des personnes hébergées de l'environnement physique et social, des pertes cognitives ou de la démence, de même que de la personnalité et du tempérament. Ainsi, il contribue à :

- l'élaboration de plans d'interventions ou de soins qui prennent en compte les besoins, désirs et 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;

- l'élaboration de stratégies d'intervention et de prévention relativement à des situations à risque ou en situation de crise (adoption de méthodes et d'attitudes qui soient le moins coercitives possible et qui risquent le moins d'être perçues comme menaçantes par les personnes hébergées);
- l'élaboration de mesures non pharmacologiques (contrer la surconsommation de médicaments ou l'utilisation de médicaments qui ne sont plus pertinents) visant à prévenir ou 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 faisant des recommandations ou en intervenant sur ce qui, dans le milieu, génère ou maintient la souffrance psychologique (solitude, angoisse, détresse...) ou des 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 au personnel (et aux bénévoles), souvent confronté à l'impuissance, bouleversée par ce dont ils sont témoins et par ce qu'ils vivent dans leurs relations avec les personnes hébergées.