

MARS 2020 / NUMÉRO 19

La pratique

en mouvement

PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES

AUPRÈS
DES ÂÎNÉS



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

www.ordrepsed.qc.ca



Protégez ce qui compte, à des tarifs exclusifs

L'assurance pensée pour vous



Le partenariat entre l'**Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec** et La Personnelle vous donne accès à des tarifs exclusifs, non offerts au grand public, pour vos assurances auto, habitation et entreprise. **C'est la force du groupe en action!**

Voici pourquoi choisir La Personnelle



Parmi les **leaders**
en expérience client¹



Partenaire de **+200**
organisations



Taux de renouvellement
annuel de **97%**²

Demandez une soumission
lapersonnelle.com/ordrepsed
1 888 476-8737



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer.

1. Étude comparative sur les assureurs auto/habitation en Ontario et au Québec – 2018 (par SOM) – Classement basé sur les principales marques d'assurance de dommages.

2. Statistiques internes : nombre approximatif de clients ayant renouvelé leurs polices d'assurance auprès de La Personnelle, entre janvier et décembre 2018. Ce taux n'inclut pas les annulations et résiliations en cours de terme.

La pratique

en mouvement

Le magazine *La pratique en mouvement* est publié deux fois par année, au printemps et à l'automne, par l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. Distribué auprès des membres de l'Ordre, ce magazine numérique se veut un véhicule unique de transmission des pratiques professionnelles québécoises en psychoéducation. Il est structuré autour d'un grand dossier thématique et est destiné aux membres de l'Ordre, aux étudiants, aux professeurs ainsi qu'à toute personne ou groupe intéressé.

COORDINATION DU MAGAZINE

Jacinthe Majeau, M.Sc.

COORDINATION DU DOSSIER

Dominique Trudel, Ph. D., ps.éd.

COMITÉ DU DOSSIER

Sara Bouffard, ps.éd.

Réjean Émond, ps.éd. (responsable du dossier)

Anne Poirier St-Onge, ps.éd.

RÉVISION

Diane Tremblay Audet

MISE EN PAGE

Richard Carreau

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le but d'alléger le texte. Tous les textes ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Ordre et n'engagent que les auteurs. Les articles peuvent être reproduits à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015; Bibliothèque nationale du Canada : ISSN 1925-2463. Convention de la Poste-Publications # 42126526. Retourner toute correspondance non livrable au Canada à :

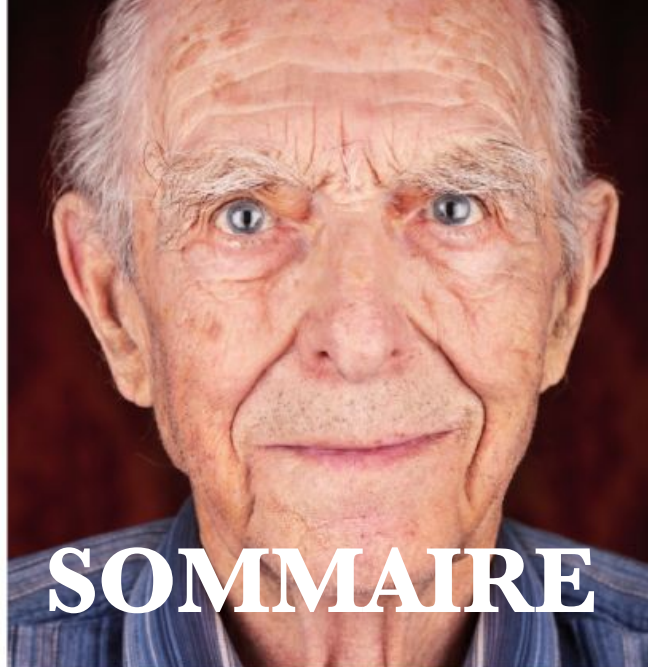
ORDRE DES PSYCHOÉDUCATEURS ET PSYCHOÉDUCATRICES DU QUÉBEC

510-1600, boul. Henri-Bourassa O.
Montréal (Québec) Canada H3M 3E2
Tél : 514 333-6601, 1 877 913-6601
www.ordrepsed.qc.ca

Ce périodique est produit sur serveur vocal par :
Audiothèque pour personnes handicapées de
l'imprimé du Québec
Québec : 418 627-8882
Montréal : 514 393-0103



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC



SOMMAIRE

2 MOT DU PRÉSIDENT

3 VIE DE L'ORDRE

- Mot de la directrice générale

5 DOSSIER

Psychoéducateurs et psychoéducatrices auprès des aînés

- Qui sont-ils?
- Que font-ils?
- Voir différemment le vieillissement
- Quel est l'intérêt des étudiants envers cette pratique?
- Faire sa place comme jeune diplômée
- Rôle du psychoéducateur dans les équipes SCPD
- Contribuer à l'offre de service en CHSLD
- Parole de gestionnaire
- Contribuer à la lutte contre la maltraitance des personnes aînées
- La violence conjugale chez les aînés

25 DU CÔTÉ DE LA RECHERCHE

- État des connaissances : Idéations suicidaires chez les proches aidants âgés
- Projet : Évaluation des effets d'un programme de soutien pour personnes endeuillées
- Projet : Repenser le processus de transition de détenus âgés ayant une consommation de substances psychoactives
- Résultats de recherche : Évaluation d'un programme de prévention du stress chronique auprès des aînés

PSYCHOÉDUCATION ET PERSONNES ÂGÉES

Denis Leclerc, ps. éd.

Pour certains qui associent la psychoéducation au milieu scolaire, faire un numéro sur la pratique auprès des personnes âgées peut surprendre. Quels sont le rôle et l'apport des psychoéducateurs dans les équipes dédiées aux personnes âgées? Après avoir lu ce numéro du magazine, on pourra dire que les sceptiques seront confondus!

Depuis quelques années, et notamment en lien avec notre dernière planification stratégique, l'Ordre a créé des initiatives visant à faire connaître la pratique de la psychoéducation dans les secteurs qui pourraient en tirer profit. Parmi ceux-ci, la pratique auprès de la clientèle aînée.

Notons tout d'abord une entrevue en ligne offerte lors des Journées de la psychoéducation 2017 qui abordait la transition des personnes âgées en perte d'autonomie vers un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

De plus, l'Ordre a mis sur pied un comité composé de psychoéducatrices dont la pratique est principalement dédiée aux personnes âgées. Ensemble, elles ont notamment développé le dépliant de l'Ordre destiné au public et aux partenaires présentant l'intervention psychoéducative auprès des personnes âgées et organisé une série d'ateliers présentés lors du dernier congrès de l'Ordre et animé des ateliers lors du colloque précédent. Ces psychoéducatrices engagées poursuivent le partage de connaissances en mettant sur pied un réseautage en psychoéducation auprès des aînés, et plusieurs d'entre elles ont également publié un livre à l'automne 2019 qui met en lumière les spécificités de la pratique de la psychoéducation auprès de cette clientèle.

L'apport de la psychoéducation auprès des personnes âgées est reconnu de plus en plus par les gestionnaires et les membres d'équipes multidisciplinaires. Quelques articles de la revue en font d'ailleurs mention et présentent des exemples éloquentes.

Il est également reconnu par les décideurs politiques, notamment par la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, madame Marguerite Blais, qui, par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des Services sociaux, a sollicité le point de vue de l'Ordre au regard de la nouvelle Politique d'hébergement et de soins de longue durée. Cette politique vise bien sûr les aînés en perte d'autonomie, mais également des personnes ayant un trouble neurocognitif majeur, une déficience physique, une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme, un

trouble mental ou une dépendance. Ainsi, l'Ordre a complété un sondage et a participé le 21 février 2020 à une rencontre de consultation afin d'orienter cette politique.

En somme, de façon cohérente avec l'approche psychoéducative, l'Ordre a insisté sur l'importance de considérer la personne hébergée, mais également son environnement, tant les proches et les prestataires de soins, que son milieu de vie, ainsi que la nécessité que ces composantes de l'environnement puissent s'arrimer sur l'évolution des besoins de la personne hébergée. La politique devrait paraître à l'été 2020 et un plan d'action devrait y faire suite.

L'approche des psychoéducateurs et psychoéducatrices peut amener à intervenir auprès de clientèles variées. Ce numéro de La pratique en mouvement nous donne un aperçu d'une pratique en émergence, mais qui n'a pas terminé de prendre de l'ampleur : celle auprès des personnes âgées. ■



L'ORDRE EN ACTION

M^e **Sonia Godin**, notaire



Mon arrivée

J'ai joint l'équipe de l'Ordre des psychoéducateurs et psycho-éducatrices du Québec en août 2019 après avoir œuvré pendant près de 20 ans au sein de la Chambre des notaires du Québec. C'était naturel pour moi de poursuivre ma carrière au sein d'un autre ordre, ayant jonglé pendant plusieurs années avec les obligations réglementaires associées au système professionnel québécois.

Mon rôle s'actualise sous deux grands axes : la direction générale, qui veille à ce que le fonctionnement interne de l'Ordre soit propice à l'atteinte des objectifs du plan stratégique de l'organisation, ainsi que le secrétariat, qui administre le Tableau de l'Ordre, supervise et contrôle le statut des membres.

C'est avec curiosité et intérêt que je me familiarise avec l'approche psychoéducative et son apport auprès des clientèles vivant des difficultés d'adaptation. L'équipe de professionnels, le président, M. Denis Leclerc, et les membres du conseil d'administration de l'Ordre sont d'ailleurs très généreux à mon égard pour me partager leurs savoirs. En vous rencontrant, notamment à l'Assemblée générale annuelle tenue le 8 novembre 2019, j'ai pu aussi prendre le pouls de cette profession dynamique et orientée vers le bien-être des personnes vivant des difficultés d'adaptation.

Formation continue : Canopée, vous connaissez?

Cet automne, l'Ordre a lancé de nombreux projets pour lesquels l'équipe de la permanence a travaillé sans relâche. Tout d'abord, l'Ordre a un nouvel allié : Canopée! Cumulant les fonctions de portail de formation continue de l'Ordre et de programme de formation continue en ligne, Canopée représente un travail colossal de développement par l'équipe de la permanence et un engagement de l'Ordre de proposer des formations de qualité sous différents formats, des outils ainsi que des références crédibles. On y retrouve des formations développées par l'Ordre, des formations conçues par des collaborateurs de l'Ordre et d'autres proposées par des partenaires. Le tout accessible en ligne et en tout temps. Avec Canopée, nous voulons créer une plateforme unique de formation et d'information, spécialement destinée aux psychoéducateurs et psychoéducatrices, de tous les milieux et qui oeuvrent auprès de toutes les clientèles pour les soutenir dans le développement de leurs compétences. Vous connaissez déjà l'adresse, mais la voici : canopee.ordrepse.d.qc.ca. Notons également la tenue avec succès du Congrès de l'Ordre en novembre 2019 et la captation d'ateliers qui seront bientôt offerts sur Canopée.

Toujours à propos de la formation continue et de la fin de la période actuelle le 31 mars 2020, l'Ordre publie ses nouvelles

normes, et mettra en ligne deux outils pour vous soutenir dans l'identification de vos besoins de formation et pour documenter les activités de formations que vous avez complétées. Ainsi, deux portfolios seront bientôt offerts sur Canopée : le portfolio réflexif, qui vous permettra de réfléchir sur votre pratique et de cerner vos besoins de formation, ainsi que le portfolio métrique, qui vous permet de tenir le registre des formations que vous avez suivies. Restez à l'affût des informations qui vous seront transmises par courriel pour avoir plus de détails sur ces deux outils.

Ensuite, afin de soutenir les psychoéducateurs et psycho-éducatrices dans leur pratique, l'Ordre a revisité et publié une série de feuillets déontologiques dans la section « membres » du site Web de l'Ordre, ainsi que des vignettes cliniques qui illustrent la frontière entre la psychothérapie et les interventions qui s'y apparentent. Ces vignettes sont complémentaires au document « L'exercice de la psychothérapie et les interventions qui s'y apparentent » et se retrouvent, avec celles développées par les autres professions impliquées, sur le site collaborationinterprofessionnelle.ca.

Des outils de promotion de la profession

Finalement, pour mieux faire connaître la profession auprès de futurs psychoéducateurs, l'Ordre a développé et mis en ligne une série de capsules vidéos qui expliquent la profession, la formation, la pratique de la psychoéducation dans les nombreux milieux de pratique et le processus d'admission par équivalence. Soutenu financièrement par le ministère de l'Immigration, de la Francisation, et de l'Intégration (MIFI), ce projet permet à l'Ordre de bonifier son processus d'admission par équivalence et de le faire connaître aux candidats potentiels à l'admission. Si certaines capsules portent spécifiquement sur le processus, d'autres comme la formation, la pratique dans le réseau de la santé et des services sociaux, ou dans le milieu scolaire, peuvent être d'intérêt pour toute personne qui réfléchit à sa carrière ou pour expliquer votre approche auprès de vos collègues... N'hésitez pas à les faire rayonner!

Contribuez à la prochaine planification stratégique

Étant donné l'échéance du plan stratégique de l'Ordre en 2021, le conseil d'administration a mis sur pied un comité de planification stratégique pour identifier les priorités et les activités à entreprendre au cours des prochaines années. À cet effet, vous serez sollicités par courriel; votre perspective de la pratique et du terrain est fondamentale et je vous invite à répondre en grand nombre à cette invitation.

Au plaisir de se croiser bientôt.

Bienvenue aux nouveaux membres du 7 septembre 2019 au 13 février 2020

Frédérique	Aubé	Alexandra	Lévesque
Marilie	Auger-Gariépy	Hsiu-Ching	Lu
Béatrice	Balmy	Valérie	Lupien Thiffault
Isabelle	Barbeau	Tamara	Malinoff
Catherine	Bédard	Alain	Marcoux
Laudy-Anne	Bélanger-Bolduc	Cloé	Marcoux
Laurie	Bellavance-Deshaies	Gabrielle	Marois
Marie-Claude	Bertrand	Léonie	Martin
Catherine	Boisvert	Laurie	Moore
Marc-Gabriel	Bouchard	Béatrice	Murabeau
Maxim	Bouchard	Myriam	Naubert
Stéphanie	Brillant	Audrey	Nolin
Nathalie	Brullemans	Cassandra	Otis-Lazure
Mia Lynn	Cossette	Abdelaziz	Ourhou
Émilie	D'Amours De Courberon	Mélanie	Pelletier
Sophie	David	Raphaëlle	Pelletier-Bisson
Sabrina	Del Coro Fortin	Joanie	Pépin
Jade	Denis	Laurence	Pépin-Beauchesne
Cindy	Desgagnés	Caroline	Perron
Camille	Deslandes-Alie	Andrée-Ann	Perron
Jade	Desroches	Nicolas	Perron-Trudel
Marianne	Dubé	Jade	Pichette-Kelly
Liette	Duguay	Marie Hélène	Pitre
Isabelle	Dupont	Thomas	Plouffe-Leboeuf
Joannie	Durand	Caroline	Provost
Samuel	Fafard	Alexandra	Richard
Eliane	Fortier	Carina	Roncato
Stéfanie	François-Montour	Pierre	Rousseau
Caroline	Gagnon	Patsy	Roy
Valérie	Gamache	Victoria	Ruel-Goudreau
Marie-Élise	Gauthier-Gingras	Emie	Savard
Virginie	Godin	Sanaa	Seqqat
Marie-Pier	Gravel	Alex	Simard
Christelle	Grenier	Camille	Simard
Mathilde	Grenier	Emilie	Smith Lauzon
Chantal	Grenier	Alice	Soudeih
Katherine	Guay	Véronique	Ste-Marie
Kathryne	Guérin	Karyna	St-Pierre
Mélissa	Guillemette	Mélissa	St-Pierre
Anne-Marie	Hallé	Marie-Pier	Sylvestre
Daniel	Labbé	Alexandra	Toupin
Mélanie	Lafontaine	Stéphanie	Tremblay
Carol Ann	Lalonde	Lilianne	Trépanier
Emilie	Lamarre	Dominic	Turgeon-Rousseau
Virginie	Lamothe	Lori	Varin-Dupuis
Sandrine	Larose	Gabrielle	Veilleux
Émilie	Lesage-Paquin	Andréanne	Viel
Alexandra	Lessard-Gagnon	Gabrielle	Yale-Soulière
Karine	Léveillé		

PSYCHOÉDUCATEURS ET PSYCHOÉDUCATRICES AUPRÈS DES AÎNÉS

La pratique auprès des personnes âgées n'est pas encore si répandue parmi les membres de l'Ordre. Même s'il est difficile d'évaluer le nombre de psychoéducatrices et psychoéducateurs qui ont choisi cette clientèle, on peut affirmer sans se tromper qu'ils sont encore peu nombreux. Et pourtant! Certains d'entre eux y ont passé toute leur carrière. D'autres se découvrent, dès leur entrée dans la profession, une passion pour ces personnes. Nul doute qu'arrivés au dernier segment de leur vie, plusieurs aînés bénéficieraient des services de professionnels dont la spécialité est l'adaptation. Ils ont en effet des changements importants et rapides à vivre : pertes d'autonomie, déménagements, deuils,

Les témoignages rendus dans ce numéro montrent que les activités professionnelles du psychoéducateur exerçant auprès des aînés ne sont pas si différentes de celles du psychoéducateur qui rencontre des enfants, des jeunes ou des familles. Si des connaissances spécifiques sont nécessaires, les savoir-faire et les savoir-être restent la base de leur pratique.

LES PSYCHOÉDUCATEURS OEUVRANT AUPRÈS DES ÂÎNÉS : QUI SONT-ILS ?¹

Équipe de rédaction du magazine

L'Ordre a invité ses membres oeuvrant auprès des aînés à répondre à un sondage en octobre 2019. Les résultats sont les suivants :

Années d'expérience

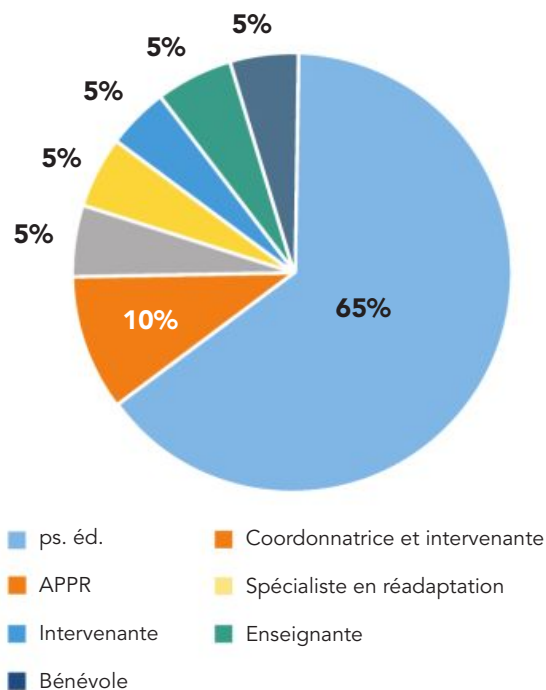
Ils ont entre 1 et 32 ans d'expérience en psychoéducation. La majorité a consacré la majeure partie de sa carrière professionnelle à cette clientèle :

- 6 ont toujours travaillé avec les personnes âgées ;
- 4 ont travaillé plus de 80 % de leur temps professionnel auprès des personnes âgées ;
- 5 plus de 50 % de leur temps professionnel auprès des personnes âgées ;
- 5 moins de 50 % de leur temps professionnel auprès des personnes âgées.

Lieux d'exercice

Les répondants exercent plutôt dans un établissement public du réseau de la santé et des services sociaux, mais aussi en milieu communautaire (4) ou privé (3). Ils combinent souvent du travail dans plusieurs unités régulières, spécialisées ou prothétiques² d'un CHSLD. Deux répondantes exercent dans un centre de réadaptation (surdité ou d fici nce sensorielle). Les programmes de soutien à domicile des CLSC sont aussi nommés comme lieux d'exercice. Finalement, des psycho-éducateurs obtiennent quelques fois des mandats d'expertise spécifiques tels l'évaluation de la qualité des milieux de vie ou la coordination de programmes régionaux.

Titres d'emploi des répondants



¹ Informations obtenues par l'entremise d'un sondage auquel 19 psychoéducatrices et psychoéducateurs ont répondu.

² Une unité prothétique est un milieu de vie adapté aux besoins des personnes âgées qui souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'autres types de démence pouvant amener des troubles de comportement, tels que l'errance invasive, la désorientation, la fouille ou la fugue. Ces unités sont sécuritaires, car elles possèdent des portes à accès codé. De plus, l'approche utilisée respecte davantage le rythme de la personne et normalise certains comportements liés aux troubles cognitifs. (<https://www.residences-quebec.ca/fr/categorie/unite-prothetique-alzheimer?cat=16>)

LES PSYCHOÉDUCATEURS OEUVRANT AUPRÈS DES AÎNÉS: QUE FONT-ILS ?¹

Équipe de rédaction du magazine

En fait, les fonctions assumées par les psychoéducateurs exerçant auprès des personnes âgées se distinguent peu de celles des autres psychoéducateurs. Le plus souvent, ils recueillent des données pour mieux comprendre une situation ou orienter la personne âgée ou en perte d'autonomie vers un service répondant à ses besoins, ils conçoivent et planifient une intervention pour celle-ci ou interviennent directement auprès d'elle (près de 75 %). À l'occasion, et selon le milieu de pratique, leurs interventions prennent la forme d'activités de groupe. Par contre, la réalisation d'une évaluation psychoéducative exhaustive dont les résultats seraient communiqués semble plus rare, un peu moins du tiers des répondants reconnaissant réaliser cette fonction régulièrement.

Exemples nous ayant été rapportés

Une résidente présente un trouble neurocognitif majeur et résiste aux soins d'hygiène. J'accompagne les deux préposés aux bénéficiaires qui font sa toilette et, en cours de soins, on adapte l'approche, on respecte son rythme, on l'incite à participer à ses soins, selon ses capacités. On la remercie de nous aider en écoutant la musique qu'elle affectionne. À la fin, elle nous remercie et nous embrasse. On laisse une empreinte positive de l'activité partagée et un sourire sur le visage de la résidente. La journée commence bien pour tout le monde !

Un nouveau résident a été admis en unité spécifique à la suite de comportements d'opposition et d'agressivité lors de la période de soins (pousse, injurie et pince). Après deux jours à l'unité, la préposée aux bénéficiaires attitrée informe l'infirmière qu'il s'avère difficile de donner des soins à ce résident. L'infirmière interpelle donc le psychoéducateur. Celui-ci effectue deux à trois périodes d'observation au moment des soins afin de recueillir des informations sur le déroulement du soin, les méthodes de communication utilisées par la préposée, les gestes posés et leur impact sur la réponse comportementale du résident. Il note aussi les capacités résiduelles du résident qui pourront être sollicitées en vue de sa participation lors des soins. Le psychoéducateur émet des recommandations d'intervention et accompagne la préposée dans leur mise en place. À travers le temps, il questionne la préposée sur l'efficacité des interventions appliquées, les ajuste au besoin et veille à transmettre le plan d'intervention aux autres membres de l'équipe.

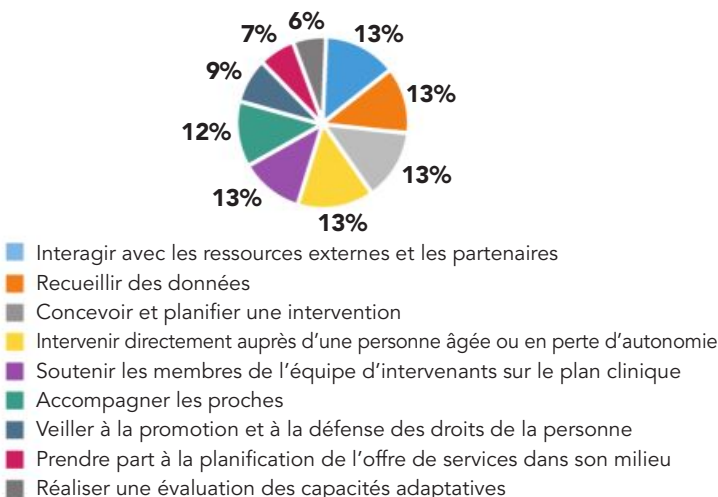
Une majorité des répondants au sondage (près de 70 %) déclare également accompagner les proches de la personne âgée et soutenir les membres de l'équipe d'intervenants sur le plan clinique. Les psychoéducateurs exercent en effet différents aspects du rôle-conseil, notamment en participant à la planification de l'offre de services dans leur milieu, une fonction relativement fréquente (près de 40 %).

Concrètement, ma pratique au CISSS est à 80 % en rôle-conseil (psychogériatrie/trouble neurocognitif majeur) auprès des équipes multi, des équipes de soins, des proches aidants, des partenaires du réseau et des organismes communautaires et 20 % en intervention terrain (domicile, centre de jour, ressource intermédiaire, etc.) afin de gérer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et de recommander des approches et des moyens alternatifs et non pharmacologiques pour aider et soutenir concrètement les équipes et les familles.

Finalement, près de la moitié des psychoéducateurs ayant répondu au sondage disent veiller à la promotion et à la défense des droits de la personne âgée régulièrement, notamment au regard de la maltraitance.

Une personne âgée de 83 ans vit une situation de maltraitance financière par une connaissance. Des emprunts d'argent à répétition sont faits et la personne aînée ne se sent plus bien physiquement et moralement dans cette situation. Elle craint la réaction de ce proche si elle refuse de lui prêter de l'argent. J'ai accueilli cette personne et l'ai écoutée. Je l'ai aidée à reconnaître que la situation actuelle n'avait plus de sens pour elle. Je l'ai aidée à déterminer ce qu'elle était prête à faire pour changer la situation. Un travail sur l'affirmation de soi et les limites à mettre en place a été fait dans le but de redonner un pouvoir d'agir à la personne. Quelques techniques d'impact ont été utilisées pour l'aider à comprendre ce qu'elle vivait. Après quelques rencontres, la personne aînée a réussi à reprendre le contrôle sur sa situation. Elle a été capable de nommer clairement qu'elle ne voulait plus prêter d'argent. Elle n'a pas récupéré l'argent prêté, mais elle a gagné une confiance en elle et un pouvoir d'agir pour les années à venir. ■

Fonctions assumées plusieurs fois par mois par les répondants



¹ Informations obtenues par l'entremise d'un sondage auquel 19 psychoéducatrices et psychoéducateurs ont répondu.

VOIR DIFFÉREMMENT LE VIEILLISSEMENT : L'APPORT DU PSYCHOÉDUCATEUR

Marie-Josée Parent, psychoéducatrice

J'ai choisi d'intervenir auprès des personnes âgées dès le début de ma carrière, il y a de cela une dizaine d'années. À cette époque, la pratique de la psychoéducation auprès de cette clientèle était peu répandue. Aujourd'hui, je constate avec enthousiasme que la présence des psychoéducateurs s'accroît tranquillement. Les besoins psychosociaux de cette clientèle sont de plus en plus reconnus par les fournisseurs de services et le développement des services interdisciplinaires impliquant des psychoéducateurs l'est également. À l'instar du développement de la pratique auprès de nouvelles clientèles, le psychoéducateur qui emprunte ce nouveau chemin est appelé à relever plusieurs défis : faire valoir son apport auprès des équipes, créer de nouvelles façons d'intervenir, développer un réseau de collaborateurs n'en sont que quelques-uns. Bien entendu, auprès de toute clientèle dans le besoin, des défis sont rencontrés, mais l'intervention auprès des personnes âgées amène à se poser une question fondamentale : pourquoi intervenir auprès de cette clientèle alors que la pérennité des acquis s'avère difficile à mesurer ? Le présent article vise à partager une approche constructive de l'intervention du psychoéducateur auprès des personnes âgées.

Déclin ou défi ? Avoir une autre perception du vieillissement

Force est de constater que lorsqu'il est question du vieillissement, celui-ci est souvent, voire immanquablement, associé aux deuils, c'est-à-dire les deuils vécus par la personne vieillissante face à différents déclin physiques et/ou cognitifs menant à la perte d'autonomie, le deuil lié au changement de milieu de vie, le deuil des proches face à l'évolution dégénérative des capacités de leur parent ou encore la fin imminente de la trajectoire de vie. Une perception plutôt triste et restreinte où les potentialités ne s'avèrent que limitées ou même inexistantes. Et pourtant ! Si on abordait d'emblée le vieillissement sous l'angle du défi défini comme le « refus de s'incliner, un obstacle qu'une personne doit surmonter » (Larousse, 2019), on aurait alors une perception, une approche valorisant un vocabulaire plus positif. On parlerait des défis liés à l'adaptation nécessaire pour faire face aux pertes vécues, des défis de la reconnaissance et du maintien des capacités résiduelles, de l'autonomie et de la dignité de la personne jusqu'à sa mort. Sans oublier les défis de l'accompagnement des proches et de l'implication du rôle de prendre soin de l'autre.

Pouvoir considérer le vieillissement comme un défi nous amène à nous questionner sur notre propre perception du

vieillesse. L'angle des défis renvoie une image où il y a encore quelque chose à faire, des solutions à mettre en place pour favoriser et optimiser le bien-être et la qualité de vie. Là où le travail de psychoéducateur prend essence : miser sur les forces !

Changer nos perceptions comme intervenant est plus facile à dire qu'à faire. À titre d'illustration, lors d'une formation qui s'adressait à des professionnels de la santé et des services sociaux, les participants étaient invités à nommer ce qui leur venait spontanément à l'esprit quand ils pensaient au mot « démence ». Les mots pertes, isolement, inaptitude, impuissance, incompréhension étaient spontanément évoqués, renvoyant à leurs seuls aspects négatifs et limitatifs. Cependant, malgré la maladie, il est possible de s'attarder davantage au potentiel résiduel que la personne atteinte détient toujours. Avec une lunette psychoéducative, on permet à cette personne d'exercer son potentiel dans un environnement ou un contexte d'activité adapté, de faire émerger ses capacités et de favoriser leur maintien. Une personne atteinte de déficits neurocognitifs moyennement avancés peut, par exemple, avoir encore la capacité de lire ou de participer aux activités de la vie quotidienne telles que mettre la table pour un repas, passer le balai, plier du linge, couper des légumes ou mettre des graines en terre dans un jardin adapté. En réalisant une évaluation de la personne âgée qui s'appuie sur le potentiel d'adaptation de la personne (PAD) et le potentiel expérientiel que lui offrent son environnement et son entourage (PEEx) en vision écosystémique (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2018), le psychoéducateur contribue de façon significative à la reconnaissance de l'autonomie, au respect de la dignité et à l'émergence des capacités résiduelles identifiées. Sa présence dans le vécu partagé lui permet d'agir à titre de facilitateur dans la mise en place d'un environnement et d'activités adaptés et personnalisés favorisant l'optimisation du bien-être de la personne.

Panser ou consolider? Une autre perception du temps et de l'objet de l'intervention

Généralement, le psychoéducateur intervient auprès de la personne et de son environnement. Dans le contexte particulier de l'intervention auprès des personnes âgées, il peut davantage être appelé à se concentrer presque exclusivement sur la mise en place d'interventions favorisant l'adaptation des composantes de l'environnement plutôt qu'à une visée éducative proprement dite. En raison de l'état de santé fragilisé de la personne âgée et de l'aspect dégénératif de certaines fonctions cognitives et physiques menant à la perte d'autonomie, les améliorations peuvent parfois

être modestes. Il faut alors focaliser davantage sur le maintien des capacités résiduelles de la personne et l'adaptation des composantes de l'environnement qui sous-entend le milieu de vie (domicile ou milieu d'hébergement), les proches et les équipes de soins. Par conséquent, quand on pense à l'impact observable de la mise en place d'interventions sur la trajectoire de vie d'un jeune comparativement à celui observable sur la trajectoire de vie de la personne âgée, le psychoéducateur a davantage à être plus flexible dans sa recherche de résultats et de reconnaissance des interventions appliquées, notamment en relevant, dans le moment présent, les petits gains quotidiens sur l'état de bien-être de la personne âgée.

À titre d'illustration, voici l'exemple d'une situation vécue. À la suite de mes observations dans l'unité et de mes discussions avec les proches de M^{me} Délima et l'équipe de soins, j'accompagne deux membres de l'équipe dans la mise en place d'une intervention basée sur les intérêts et les capacités résiduelles identifiés chez M^{me} Délima. L'intervention consiste à l'installer au salon avec un casque d'écoute et une musique des années 50 qu'elle adore lors du changement de quart de travail. Cette période de la journée s'avère perturbante pour elle et fait émerger un comportement où elle veut quitter l'unité en se tenant devant les ascenseurs. Une fois installée au salon, loin des ascenseurs et avec le son doux des musiques qu'elle aime et qu'elle est toujours en mesure de chanter, M^{me} Délima vit la période du changement de quart de travail d'une façon plus apaisante. Cette intervention a été appliquée avec succès, en plus de réduire considérablement la manifestation d'un comportement exprimant de l'inquiétude et un stress. Et ce, sans avoir recours à l'utilisation de médication ou de mesures de contention physique. Malheureusement, après deux semaines, une chute a causé une fracture de la hanche, ce qui a entraîné une hospitalisation avec complications ayant mené au décès de M^{me} Délima. Dans cette situation, les résultats de l'intervention peuvent sembler minces à l'échelle de l'organisation, mais si j'ai pu offrir un moment d'apaisement de 30 minutes par jour à M^{me} Délima et que cela a pu lui redonner son sourire et lui rappeler de bons souvenirs, ce furent 420 minutes de bonheur de plus qu'elle a pu vivre sereinement.

Les particularités du vieillissement : leurs impacts sur la pratique

La pratique auprès des personnes âgées nous amène forcément à vivre des situations qui nous feront davantage réagir, susciteront des émotions vives ou nous demanderont d'approfondir nos réflexions cliniques et personnelles. Il importe de prendre le temps d'aborder les malaises ressentis et de se questionner sur ce que nous fait vivre la situation. Mais il est tout aussi important de permettre un espace, une ouverture dans notre travail afin d'aborder ces malaises avec nos collègues, les intervenants et les proches que l'on accompagne.

Les informations sur les malaises peuvent nous permettre d'identifier certains obstacles dans la mise en place d'interventions. Plutôt que d'être confronté à des : « ça ne fonctionnera pas tes interventions, facile à dire, mais pas facile à faire, y'a rien

qui va changer, j'ai tout essayé... », le psychoéducateur peut davantage personnaliser son accompagnement dans le quotidien et susciter un plus grand sentiment de considération et d'écoute dans la situation.

Parallèlement, au cours de nos interventions, le sujet des malaises vécus entourant la mort en est un encore trop souvent « tabou ». Cela fait malheureusement partie intégrante d'un moment au cours de l'accompagnement. Il est souvent le motif de fermeture de dossier, d'un arrêt de suivi imprévu. Ce que suscite émotionnellement cette étape « inévitable » de la vie et de quoi se compose notre perception de la mort sont des éléments qui peuvent avoir une grande influence sur nos réactions et interventions. Il peut être fort pertinent de se questionner sur le sujet, d'approfondir l'utilisation de nos schèmes relationnels (Ménard St-Germain, 2013) et d'aborder les malaises que cela peut susciter chez soi pour se rendre disponible aux autres lorsqu'ils nous exprimeront leur tristesse, leur colère, leur impuissance...

« Le fait d'ignorer ce chagrin et de ne pas aider [les intervenants] à le gérer est lourd de conséquences pour eux et peut mener à l'usure de compassion [...]. L'usure de compassion réfère à l'épuisement physique, émotionnel et spirituel qui risque d'affecter la capacité de ressentir des émotions envers les clients et de prendre soin d'eux. »

(Société Alzheimer, 2014)

Le psychoéducateur intervenant auprès des personnes âgées ne fait pas exception. Il pourrait, à force d'être confronté de façon répétitive à une tristesse refoulée ressentie face à la mort de certains clients, se créer une carapace et ne plus tenir compte de ses inconforts vécus, et ainsi être amené à perdre subtilement une sensibilité nécessaire à l'accompagnement de la clientèle vieillissante, de ses proches et des équipes de soins dans le deuil.

D'où l'importance de prendre soin de soi pour bien prendre soin des autres.

Faire sa place : l'apport complémentaire du psychoéducateur

Dans le milieu de la pratique gériatrique, plusieurs professionnels ont déjà fait leur place, que l'on pense aux infirmières spécialisées en santé mentale, aux ergothérapeutes qui aménagent et adaptent



les espaces et milieux de vie, aux travailleurs sociaux qui soutiennent les proches ou aux éducateurs spécialisés et techniciens en loisirs qui organisent et animent des activités occupationnelles dans le but de diminuer la manifestation de comportements problématiques. Il peut alors s'avérer complexe pour le psychoéducateur de trouver sa place dans l'équipe interdisciplinaire. Il doit être prêt à faire valoir son expertise lors de rencontres, à présenter ce qui le distingue, en quoi son intervention contribuera à l'atteinte des objectifs de l'équipe. Pour y parvenir, il doit partager sa compréhension des dynamiques comportementales, l'amenant ainsi à être un coach pour ses collègues qui interviennent auprès de la personne âgée.

Il est également appelé à offrir du soutien aux proches en favorisant leur implication dans les interventions et en les accompagnant au moment de leur visite afin de les aider à créer des moyens de communication et des activités adaptés qui leur permettront de maintenir la relation et d'améliorer ces moments. Ce qui permet aux interventions mises en place de suivre et de maintenir le sens clinique psychoéducatif recherché. Les petits succès accomplis permettent au psychoéducateur de faire sa place, de gagner la confiance et d'être reconnu au sein d'une équipe gériatrique déjà établie.

Bien que le psychoéducateur travaillant auprès des personnes âgées déploie ses actions cliniques dans le « monde médical » reconnu depuis longtemps où le médecin demeure la personne de référence pour la personne âgée, je demeure optimiste quant à la possibilité de démontrer l'apport de la psychoéducation en mettant à l'avant-plan le portrait des capacités, des forces et de l'interaction avec l'environnement ; un travail de sensibilisation

important qui vise à démontrer que la personne âgée n'est pas uniquement constituée de besoins physiques. Ses besoins psychosociaux sont tout aussi importants et valables.

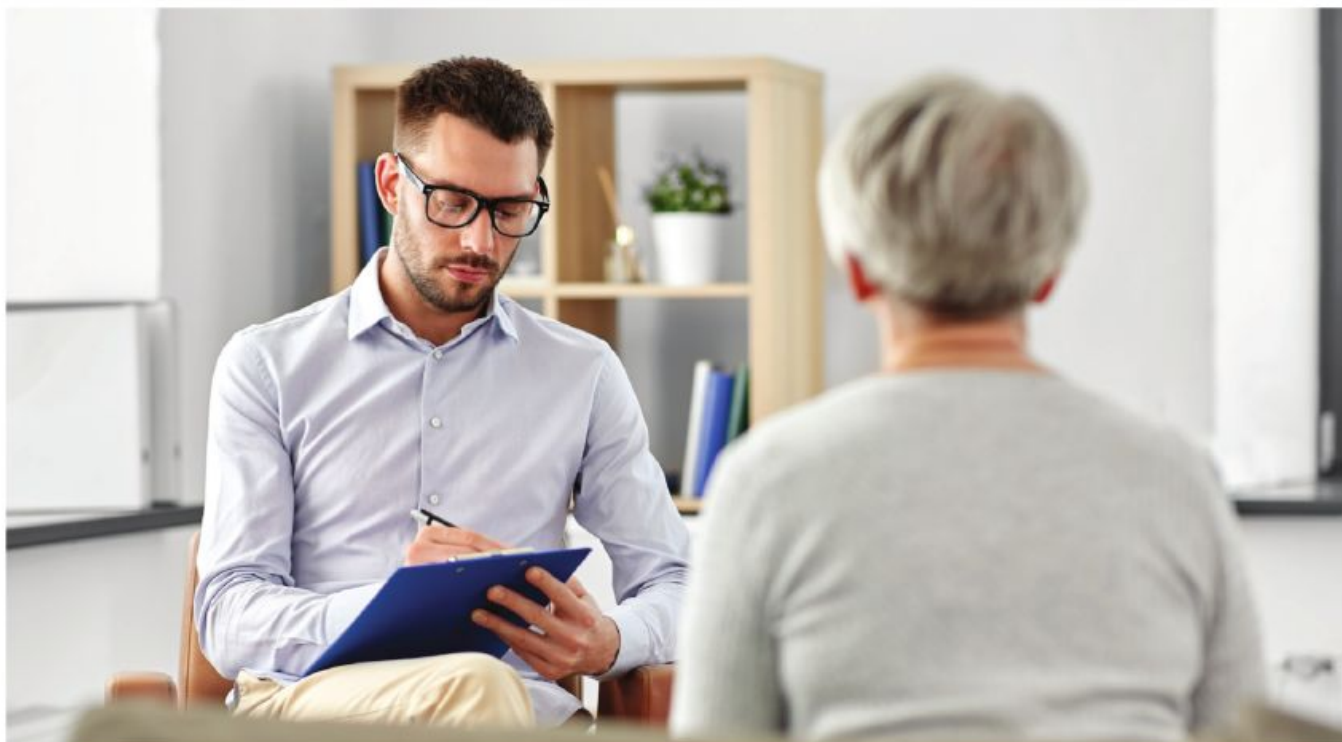
Somme toute, travailler dans un contexte où la pratique est à développer fait tout autant appel à l'évolution de ses perceptions qu'à la définition de son rôle et de sa place dans le milieu. Si vous avez un intérêt, de la motivation et de la persévérance, vous détenez déjà des éléments clés pour contribuer au bien-être des aînés ! Malgré le peu de formation spécifique portant sur les besoins des personnes âgées et de leurs proches dans son cursus universitaire, le psychoéducateur est tout de même bien outillé pour évaluer et mettre en place des interventions adaptées répondant à leurs besoins. À la différence des clientèles où le processus d'évaluation et d'intervention est davantage balisé, l'opportunité d'exercer auprès des personnes âgées et de leurs proches offre, à mon avis, une belle et grande liberté à la créativité et aux initiatives innovantes. Une contribution unique au rayonnement de la pratique de la psychoéducation. ■

Références

- Dictionnaire de français Larousse. (2019). Définitions : Défi. Récupéré de <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/defi/22657>
- Ménard St-Germain, V. (2013). Schèmes relationnels. Dans Unipsed.net. Récupéré de <http://www.unipsed.net>
- OPPO (2018) *Le référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateur au Québec*.
- Société Alzheimer du Canada. (2014). *La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées et le chagrin du personnel*. Ressource pour les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux.

QUEL EST L'INTÉRÊT DES ÉTUDIANTS EN PSYCHOÉDUCATION POUR LA PRATIQUE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES ?

Équipe de rédaction du magazine



C'est ce que le magazine a voulu savoir en interrogeant les coordonnatrices de stage des six universités québécoises¹ qui offrent le programme en psychoéducation. Des questions leur ont été posées à propos de l'intérêt manifesté par les étudiants pour la pratique auprès des personnes âgées, mais aussi des demandes des milieux désirant un stagiaire en psychoéducation.

Même si des statistiques ne sont pas systématiquement compilées, dans quatre des six universités, les coordonnatrices observent, ces dernières années, un intérêt plus marqué de la part des étudiantes et étudiants pour la clientèle des personnes âgées. Ceci se traduit par une volonté de réaliser un stage dans un milieu leur offrant des services. Toutefois, à ce jour, la disponibilité de tels milieux ne permet pas de répondre à toutes les demandes. Ou alors, dans certains milieux, l'absence de psychoéducateurs parmi le personnel d'encadrement clinique constitue un obstacle au placement de stagiaires.

Des offres de stage commencent pourtant à être transmises

aux universités. Elles proviennent d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux (CHSLD, CLSC, institut universitaire), de ressources privées ou d'organismes communautaires.

Au cours des cinq dernières années, dans chacune des six universités, des stages du baccalauréat et de la maîtrise se sont déroulés dans l'un ou l'autre de ces milieux. Dans certains cas, ils ont pris la forme de projets particuliers, consistant par exemple en une approche en zoothérapie auprès de personnes atteintes de démence. Une coordonnatrice de stage souligne, fort à propos, que les étudiants en psychoéducation sont appelés à rencontrer des personnes âgées dans plusieurs milieux offrant des services à une clientèle présentant une problématique de déficience intellectuelle, de troubles de la santé mentale ou de déficience physique. Avec le vieillissement de la population, cette observation ne peut qu'être de plus en plus tangible.

En 2011, environ une personne sur six était âgée de 65 ans et plus. Si la tendance se maintient, ce sera le cas d'une personne sur quatre en 2031². ■

¹ Université de Montréal, Université de Sherbrooke, Université Laval, Université du Québec à Trois-Rivières, Université du Québec en Outaouais, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

² *Le vieillissement au Québec*. Récupéré le 5 décembre 2019 du site de l'Institut national de santé publique : <https://www.inspq.qc.ca/le-vieillessement-au-quebec>

FAIRE SA PLACE COMME JEUNE DIPLÔMÉE DANS UN CHAMP DE PRATIQUE NON CONVENTIONNEL

Rosalie Alain, psychoéducatrice équipe Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), CISSS de l'Outaouais



Psychoéducatrice fraîchement diplômée de l'Université de Montréal, mon parcours se singularise par mon intérêt marqué pour l'intervention auprès des aînés. Tout a commencé lorsqu'à l'âge de 19 ans, après avoir travaillé avec des jeunes, j'ai eu la chance de décrocher un emploi dans un centre d'hébergement de soins de longue durée. Immédiatement, j'ai été saisie par la qualité de la complicité que je développais spontanément avec la clientèle. Par ma personnalité chaleureuse, douce et humoristique, j'inspirais tout naturellement la proximité, la flexibilité, la créativité et l'apport important du savoir-être. Suite à l'obtention de mon diplôme en éducation spécialisée, j'ai été engagée par l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ). Cette opportunité d'emploi m'a permis d'intervenir auprès de multiples clientèles. J'ai alors senti le besoin de poursuivre mon parcours universitaire en m'inscrivant au baccalauréat en psychoéducation. Lors de mon stage de premier cycle, j'ai pu renouer avec les aînés en intégrant une unité d'évaluation en psychogériatrie de l'IUSMQ. La psychoéducation auprès d'aînés atteints de troubles neurocognitifs et présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) s'est ainsi profilée dans mon parcours. En 2017, j'ai commencé ma maîtrise, convaincue de développer ma place, ma conception et mon identité professionnelle auprès de ma clientèle cible. Consciente de la particularité de ma démarche, je savais que la recherche d'un milieu de stage correspondant allait être ardue. J'ai donc entrepris très tôt mes démarches, mis à profit mon réseau de contacts développé au cours de mes expériences antérieures, pour finalement me voir proposer un poste au sein de l'équipe ambulatoire SCPD de la région de l'Outaouais. Je

me joignais à une infirmière clinicienne pour composer une nouvelle équipe de deuxième ligne se spécialisant en évaluation et en gestion comportementale de personnes ayant des troubles neurocognitifs et présentant des SCPD. Notre mandat : soutenir les intervenants de première ligne, les proches aidants et le personnel travaillant auprès de cette clientèle. Faire ma place dans ce milieu très médicalisé n'allait pas de soi. Forte de mes compétences en adaptation humaine, gestion comportementale et compréhension clinique des problématiques vécues, ma contribution a été reconnue avec une grande valeur ajoutée. En jumelant mes compétences en rôle-conseil et vécu partagé, je confirmais, lors de coachings terrain quotidiens, la pertinence et l'adéquation de notre profession dans un tel contexte. Avec une immense fierté, j'occupe officiellement le nouveau poste de psychoéducatrice dans l'équipe SCPD depuis juillet 2019. Dès lors, notre équipe a été en mesure d'augmenter l'intensité de ses services et, surtout, d'en diversifier la forme, en concordance avec les besoins des milieux. À titre d'exemple, suite à une hospitalisation, lors du retour de mon client à sa résidence, j'ai agi comme référence et leader en gestion comportementale, ce qui a permis l'élaboration et l'application d'un plan d'action au quotidien auprès du personnel et de l'usager. C'est dans le vécu auprès de la personne présentant un trouble neurocognitif, des équipes traitantes et des proches aidants que notre rôle psychoéducatif s'actualise.

Mon expérience témoigne de l'ouverture du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires quant à l'apport de la psychoéducation. La démographie est plus que favorable à son développement et les occasions s'annoncent donc multiples ! ■

LE RÔLE DU PSYCHOÉDUCATEUR AUPRÈS DES PERSONNES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES COMORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE (SCPD)

Audrey Allard, M. Sc., psychoéducatrice, équipe ambulatoire SCPD, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*

Le vieillissement démographique s'accompagne d'une augmentation considérable du nombre de personnes présentant des troubles neurocognitifs (TNC). En 2008, plus de 100 000 personnes au Québec étaient atteintes d'une démence de type Alzheimer ou d'un autre TNC (MSSS, 2009). On estime qu'en 2030, ce nombre pourrait s'élever à près de 180 000 (MSSS, 2009). Au cours de l'évolution de leur maladie, entre 34 et 97 % de ces personnes présenteront des SCPD (Gauthier *et al.*, 2010). Les symptômes « découlent d'une perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement » (Finkel et Burns, 1999). Ils sont généralement regroupés en trois catégories, soient les symptômes affectifs (apathie, anxiété, dépression et irritabilité), psychotiques (délires et hallucinations) et hyperactifs et frontaux (comportements d'utilisation, d'imitation, désinhibition agressive ou sexuelle, syndrome crépusculaire, résistance aux soins, errance, vocalisations répétitives et mouvements répétitifs et stéréotypés).

Contexte et mandat d'une équipe ambulatoire SCPD

Suite à la parution du rapport d'un comité d'experts concernant l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (MSSS, 2009), diverses actions ont été proposées pour structurer l'offre de service auprès de la clientèle atteinte. Notamment, une des actions prioritaires de ce plan visait à ce que chaque Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS) mette sur pied une équipe ambulatoire affectée aux SCPD modérés et sévères, et ce, en soutien aux équipes de première ligne. Les CISSS avaient le choix de désigner une équipe existante ou de créer une nouvelle équipe ainsi que de décider de l'attribution des professionnels au sein de cette équipe.

Les mandats des équipes ambulatoires SCPD sont les suivants :

- Évaluer les SCPD liés à la maladie, et ce, dans le milieu de vie de la personne ;
- Élaborer, avec l'équipe de première ligne, un plan d'intervention individualisé ;
- Contribuer à l'implantation du plan d'intervention en offrant de l'accompagnement clinique aux équipes sous forme de formation et d'éducation ;
- Assurer le suivi jusqu'à la stabilisation de la situation problématique.

En ce qui concerne l'équipe ambulatoire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, elle existe depuis janvier 2018. Elle est constituée de divers professionnels, soit une psychoéducatrice, trois gériopsychiatres, un travailleur social, deux ergothérapeutes, cinq infirmières et deux psychologues.

Rôle du psychoéducateur et étapes de son évaluation

Dans une équipe ambulatoire SCPD, le rôle du psychoéducateur consiste à évaluer les capacités et les difficultés adaptatives des personnes présentant un TNC et des SCPD associés. Les évaluations peuvent être faites à domicile, en ressource intermédiaire (RI) ou en centre d'hébergement de soins longue durée (CHSLD). Entre autres, le psychoéducateur analyse les besoins de la personne et la dynamique des interactions entre celle-ci et son environnement. De plus, il documente les causes des symptômes observés en procédant à une analyse fonctionnelle des comportements qui ont mené à la consultation. La finalité de son évaluation est d'émettre des recommandations non pharmacologiques et de soutenir l'équipe dans l'application de ces recommandations (rôle-conseil).

Les demandes de consultation à l'équipe SCPD peuvent être faites par un travailleur social, un médecin ou une infirmière. Dans tous les cas, elles doivent être appuyées par le médecin traitant. Le consentement de la personne ou de son représentant est aussi exigé. Suite à la réception d'une demande de consultation, la coordonnatrice clinique de l'équipe analyse, priorise et désigne un professionnel responsable du dossier. Pour ce qui est du psychoéducateur, il est interpellé pour évaluer divers symptômes et comportements, tels que l'errance, l'anxiété, les cris, les vocalisations répétitives, la résistance aux soins, les comportements socialement inappropriés et les comportements d'agressivité verbale et/ou physique.

Son évaluation se déroule de la façon suivante :

- Rencontre avec la personne âgée dans son milieu et observation participante ;
- Cueillette de données :
 - Entrevue semi-structurée avec le demandeur, l'équipe de soins et les proches (notamment pour comprendre la situation problématique et compléter l'histoire de vie) ;
 - Lecture du dossier (incluant le dossier antérieur afin de dresser un historique de la maladie et des SCPD) ;



- Utilisation d'outils standardisés ou d'échelles d'évaluation non standardisées (par exemple, l'inventaire neuro-psychiatrique réduit, l'échelle de déambulation d'Algase, l'échelle de dépression de Cornell, l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield et l'échelle d'apathie de Marin) ;
- Utilisation de grilles d'observation, etc. ;
- Interventions dans le vécu éducatif partagé afin d'analyser les comportements et de valider des stratégies ;
- Rédaction d'un rapport d'évaluation psychoéducatif incluant des recommandations non pharmacologiques (réalisé en collaboration avec l'équipe et les proches) ;
- Présentation du rapport d'évaluation et des recommandations ;
- Suivi des recommandations, enseignement à l'équipe et ajustements au besoin.

Approche non pharmacologique

Telles que décrites dans le guide du ministère sur l'approche non pharmacologique visant le traitement des SCPD, les interventions sont très variées et se divisent en plusieurs catégories (MSSS, 2014). Le psychoéducateur peut donc développer des stratégies d'intervention en fonction des catégories suivantes (MSSS, 2014) :

- Les interventions sensorielles (ex. : musicothérapie, toucher thérapeutique) ;
- Les activités structurées (ex. : bricolage, stimulation cognitive, reminiscence) ;
- Les activités physiques (ex. : marche, danse, exercices) ;
- Les contacts sociaux (ex. : présence simulée, discussions, zoothérapie) ;
- L'approche environnementale (ex. : aménagements de repères spatiaux).

De plus, il est appelé à développer des stratégies relatives à l'approche du personnel ou des proches (recadrage, validation,

reflet, diversion, approche discontinue, interventions spécifiques lors de la gestion de crise, etc.).

Malgré leur apport important, on peut constater qu'encore peu de psychoéducateurs travaillent auprès des personnes âgées. Ce nombre est encore moins élevé si on pense à ceux qui travaillent spécifiquement auprès des personnes présentant des SCPD. Toutefois, considérant le mandat des équipes SCPD, l'évaluation propre du psychoéducateur et les approches non pharmacologiques recommandées comme traitement de première instance (MSSS, 2014), on peut facilement voir la pertinence, mais aussi la nécessité, de compter davantage de psychoéducateurs dans ces milieux. ■

*Pour leur soutien, l'autrice tient à remercier D^{re} Marie-Andrée Bruneau, gérontopsychiatre et cogestionnaire de l'équipe SCPD, ainsi que M^{me} Christine Fournier, cogestionnaire et chef de programme de l'équipe SCPD.

Références

- Finkel, S.I. et Burns, A. (1999). *BPSD Consensus Statement, International Psychogeriatric Association*. Récupéré de http://www.bsa.ualberta.ca/sites/default/files/____IPA_BPSD_Specialists_Guide_Online.pdf
- Gauthier, S., Cummings, J., Ballard, C., Brodaty, H., Grossberg, G., Robert, P. et Lyketsos, C. (2010). Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 22 (3), 346-371.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence : rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-829-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-05W.pdf>

LA CONTRIBUTION DU PSYCHOÉDUCATEUR À UNE OFFRE DE SERVICE EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Équipe de rédaction du magazine

En 2016, quinze ordres professionnels de la santé et des services sociaux, dont faisait partie l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, en partenariat avec le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU), se sont penchés sur la collaboration interprofessionnelle en CHSLD. Dans un document intitulé « Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD », les ordres professionnels se sont dits « convaincus que les compétences disciplinaires de leurs membres sont un élément de solution et qu'un regroupement de ces expertises est absolument requis dans les CHSLD pour éviter des situations déplorables et pour répondre aux besoins d'une population particulièrement vulnérable, dont les besoins de santé et de bien-être exigent une offre de soins et services significativement réajustée » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016; p.1).

Le rôle du psychoéducateur en CHSLD y est décrit comme suit :

« Le psychoéducateur en CHSLD, en lien avec son champ d'exercice, évalue les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives de la personne hébergée, conçoit le plan d'intervention, intervient auprès d'elle et contribue au développement des conditions du milieu ainsi qu'au soutien auprès des familles et des proches, afin de rétablir et de maintenir, lorsque possible, lesdites capacités. De plus, en contexte d'interdisciplinarité, il agit à titre de conseiller auprès des membres du personnel impliqués directement ou indirectement auprès de cette personne, et les outille. Quel que soit son rôle, le psychoéducateur cherche à favoriser l'adaptation optimale de la personne hébergée qui se retrouve dépourvue de ses repères habituels et vit de nombreuses pertes. Ainsi ses actions et ses conseils professionnels visent à comprendre la fonction des comportements d'opposition ou inappropriés qu'elle peut manifester, à prévenir les comportements agressifs ou perturbateurs et à intervenir au quotidien et dans les situations de crise, de manière adaptée, en tenant compte des capacités et limites de la personne. Le psychoéducateur intervient auprès de la personne hébergée par l'intermédiaire d'activités quotidiennes, où il sollicite ses capacités résiduelles, afin de maintenir son estime d'elle-même et de la stimuler à rester active dans son processus d'adaptation, malgré les limites réelles liées à sa

condition. De plus, le psychoéducateur participe à l'enseignement et au soutien auprès des familles et des proches des personnes hébergées. Ses observations, issues du vécu quotidien, lui permettent d'illustrer à la famille et aux proches les évaluations et les conclusions des professionnels, la pertinence des interventions proposées ou entreprises et de témoigner des capacités des personnes hébergées. » (OIIQ, 2016; p. 27)

Selon le portrait de la clientèle hébergée réalisé dans le cadre de la production du document « Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD », qu'on retrouve à la page 2, notons les données suivantes :

- environ 42 % des personnes hébergées sont âgées de plus de 85 ans; ces personnes présentent des incapacités motrices et des limites relatives à la marche et aux déplacements de modérées à sévères;
- les deux tiers des personnes âgées hébergées souffrent de multipathologies et d'au moins trois problèmes chroniques de santé;
- quelque 80 % des personnes âgées hébergées 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;
- environ 11 % de la clientèle des CHSLD est âgée de moins de 65 ans et présente des déficiences physiques, des déficiences intellectuelles, des maladies dégénératives ou des problèmes de santé mentale qui limitent de façon importante la réalisation d'activités quotidiennes.



Faire sa place dans les équipes oeuvrant auprès des aînés

Alors que les rôles semblent définis et la nécessité de travailler en collaboration au sein des équipes, comment cela s'articule au quotidien? Les exemples suivants partagés lors d'un appel à tous les psychoéducateurs oeuvrant auprès de la clientèle aînée permettent d'avoir un bref aperçu sur les défis à relever pour faire sa place, comme psychoéducateurs, auprès de la clientèle et des milieux.

« Les personnes âgées connaissent très peu notre discipline, notre rôle, ce qu'on peut leur apporter. Le travail à domicile, dans le milieu est une bonne option pour nous faire connaître. »

« La forte tendance à maintenir une culture organisationnelle « dite nursing » au profit d'une « de milieu de vie » et d'une approche centrée sur la personne et non strictement sur les soins est le principal obstacle. Par exemple, certaines interventions orientées sur les capacités résiduelles et sur la santé émotionnelle et cognitive des clients atteints de troubles neurocognitifs tel que la maladie d'Alzheimer étaient perçues comme une perte de temps. »

« Je crois que c'est à travers les résultats d'interventions réalisées et observées sur le terrain et auprès de la clientèle que mes collègues, administrateurs et partenaires du réseau ont compris et reconnus que le psychoéducateur a sa place comme professionnel et spécialiste au sein d'un CISSS. »

« L'appui de gestionnaires et autres professionnels qui connaissaient la psychoéducation et en reconnaissaient la contribution au sein d'une équipe, l'ouverture à faire participer le psychoéducateur à différentes activités (rencontres d'équipe de soins, rencontres avec d'autres professionnels du domaine psychosocial, participation aux loisirs...) pour lui permettre de prendre sa place dans l'équipe. » ■

Référence

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016). *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD - Collaboration interprofessionnelle*. Récupéré de <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>

PAROLE DE GESTIONNAIRE ...

Marie-Andrée Bruneau, MD, MSc, FRCPC,
Gérontopsychiatre

Cogestionnaire clinique du programme SCPD
Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS
du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

En 2013, le ministère de la Santé et des Services sociaux a adopté le plan Alzheimer dont la deuxième phase¹ visait entre autres la mise sur pied d'équipes interdisciplinaires ambulatoires SCPD. C'est pour répondre à cet objectif que nous avons affiché, entre autres, un poste de psychoéducatrice. Nous connaissons la présence de ce professionnel dans les équipes de santé mentale et de pédopsychiatrie. Nous croyions que ses compétences en gestion de comportements pouvaient se transférer à notre contexte de pratique.

Les personnes dont nous nous occupons présentent de l'Alzheimer ou d'autres maladies neurodégénératives, avec des symptômes comportementaux ou psychologiques associés. Elles peuvent être agressives et avoir des comportements perturbateurs. C'est avec ces cas complexes qu'une psychoéducatrice s'avère être un apport précieux pour notre équipe. Elle réalise une analyse fonctionnelle du comportement problématique, de ses déclencheurs, du contexte dans lequel il se produit et des effets des interventions mises en place. Ses observations rigoureuses permettent souvent de mieux comprendre ce qui provoque le comportement et comment l'atténuer. Le plan d'intervention (PI) proposé aux équipes d'intervenants est, de ce fait, plus efficace. Une des responsabilités de la psychoéducatrice est d'ailleurs d'appuyer les équipes dans la mise en opération des PI. En proposant des interventions préventives ou moins invasives, les mesures de contention s'en trouvent réduites, ce qui participe à la qualité de vie des personnes âgées hébergées.

Ayant une formation universitaire, la psychoéducatrice peut assumer le rôle de formatrice et de soutien aux intervenants de première ligne, notamment les préposés aux bénéficiaires. Le mandat de notre service spécialisé inclut en effet un volet de formation des équipes et de développement des connaissances.

Comme institut universitaire, nous voulions être un modèle. Nous avons pris deux ans pour construire notre équipe, aujourd'hui constitué de médecins gérontopsychiatres, infirmières, psychologues, ergothérapeutes, travailleur social, musicothérapeute et psychoéducatrice. ■

¹ La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). *Guide de mise en œuvre pour le déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles dans les CISSS et les CIUSSS. Seconde phase des travaux 2016 à 2019*. Récupéré de https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-829-01W_Guide_pratiques_cliniques_complet_BR.pdf

LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂNÉES, C'EST AUSSI L'AFFAIRE DES PSYCHOÉDUCATEURS

Kathleen Gagnon, ps. éd., coordonnatrice spécialisée en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées – région des Laurentides

Les personnes âgées et celles en situation de vulnérabilité se retrouvent parfois victimes de maltraitance, une problématique dont la prévalence risque d'augmenter au cours des prochaines années.

Le Québec n'échappe certes pas, comme ailleurs dans le monde, au vieillissement de sa population. En effet, selon des données démographiques datant de 2016 (Institut de la statistique du Québec, 2016), le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pourrait doubler d'ici 2061. Deux études pancanadiennes datant de la fin des années 80 et 90 estiment la prévalence de la maltraitance à 4 et 7 % respectivement pour les aînés demeurant à domicile (Ministère de la Famille-Secrétariat aux aînés, 2017). En se référant au taux de prévalence de 7 %, cela représentait en 2016 plus de 105 000 personnes âgées victimes de maltraitance au Québec. Ces chiffres pourraient ne représenter qu'une partie de la maltraitance existante, considérant les réticences des victimes à dénoncer leur situation. Diverses raisons peuvent contribuer à ce silence, entre autres : les sentiments de honte et de culpabilité, la peur, le lien familial, le peu de connaissances reliées au phénomène, la méfiance face aux services, etc. Quel rôle peut jouer le psychoéducateur dans le cadre de sa pratique auprès des personnes âgées afin de lutter contre la maltraitance ?

Reconnaître la maltraitance

La terminologie la plus récente sur le sujet répertorie sept types de maltraitance et chacun peut se manifester sous une forme de violence (poser un geste) ou de négligence (choisir de ne pas poser un geste) (Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal; Ligne Aide Abus Aînés; Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées; Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec, 2017). La maltraitance survient bien souvent dans des situations où une relation de confiance est établie entre les personnes impliquées. Parmi les types de maltraitance les plus répandus, la maltraitance financière est la plus dénoncée auprès de la Ligne Aide Abus Aînés (LAAA), suivie de près par la maltraitance psychologique (MFA, 2017). La maltraitance envers les personnes âgées peut se manifester et survenir dans tous les milieux. Elle est parfois insidieuse, et en d'autres moments elle est frappante. Elle n'est pas sans conséquence chez la personne âgée. Elle peut avoir un impact sur sa qualité de vie, entraînant par exemple des séquelles physiques, un sentiment d'insécurité, une diminution des épargnes

et peut même parfois mener au suicide. Les conséquences sur l'aîné rappellent l'urgence d'agir et l'importance de mieux protéger la population.

Types de maltraitance

- **Physique** : Gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être et à l'intégrité physique.
- **Psychologique** : Gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique.
- **Sexuelle** : Gestes, actions, paroles ou attitudes à connotation sexuelle non consentis qui portent atteinte au bien-être, à l'intégrité ou à l'identité sexuelle.
- **Matérielle ou financière** : Obtention ou utilisation frauduleuse, illégale, non autorisée ou malhonnête des biens et des documents légaux de la personne, absence d'information ou désinformation financière ou légale.
- **Organisationnelle** : Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures des établissements responsables d'offrir des soins et des services, qui compromet l'exercice des droits et libertés de la personne âgée.
- **Violation des droits** : Toute atteinte aux droits et libertés individuels et sociaux.
- **Âgisme** : Discrimination en raison de l'âge, se traduisant par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale.

En ce sens, le gouvernement du Québec a sanctionné le 30 mai 2017 la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (L.6.3., 2017). Cette loi préconise la divulgation des situations

de maltraitance en favorisant une prise en charge plus rapide, une intervention plus efficace ainsi qu'une meilleure protection des personnes âgées et de celles en situation de vulnérabilité. Le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (PAM) 2017-2022 vient s'ajouter en complémentarité à la Loi.

Dans la Loi, on définit la maltraitance par « 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 » et la personne en situation de vulnérabilité par « une personne majeure dont la capacité de demander ou d'obtenir de l'aide est limitée temporairement ou de façon permanente, en raison notamment d'une contrainte, d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap, lesquels peuvent être d'ordre physique, cognitif ou psychologique » (L-6.3, article 2).

Agir contre la maltraitance

Si la Loi prévoit des actions à prendre par toute personne témoin d'une situation de maltraitance, quels sont les rôles et responsabilités du psychoéducateur, qu'il travaille directement ou non auprès des personnes âgées ?

Tout d'abord, le psychoéducateur œuvrant au sein d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) doit se conformer à la politique de son établissement visant la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Il en va de même pour celui qui œuvre pour une société ou un organisme auquel recourt l'établissement pour assurer des services de soins de santé et des services sociaux directement à la personne. Les principaux objectifs de la politique, qui est adoptée par chaque établissement, concernent bien entendu le renforcement de la lutte à la maltraitance, de même que la prévention et le soutien des personnes impliquées. Le psychoéducateur y retrouvera différents comportements attendus lorsqu'il repère une situation potentielle de maltraitance. Tout d'abord, il favorise en tout temps le développement d'une culture de tolérance zéro face à toute forme de maltraitance. Comme professionnel, il collabore selon son propre champ d'exercice et peut faire appel à d'autres domaines d'expertises en complémentarité à son action. De plus, il est appelé à promouvoir la bientraitance, à être à l'affût des différents indices de vulnérabilité et à documenter les différentes situations repérées. Il se doit de signaler toutes situations aux instances identifiées lorsqu'elles répondent aux critères de signalement obligatoire. Il peut être appelé à contribuer à la vérification des faits, tout comme à l'évaluation des besoins et des capacités de la personne maltraitée. Il participe à la réalisation du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et contribue selon la situation à l'application des mesures et actions s'y retrouvant. Lorsque la situation l'impose, il se réfère au processus d'intervention concerté mis en place dans la plupart des régions du Québec.

Ensuite, à titre de professionnel au sens du Code des professions, le psychoéducateur doit obligatoirement signaler certaines situations de maltraitance lorsqu'il y a un motif

raisonnable de croire qu'une personne est victime d'un geste singulier ou répétitif ou d'un défaut d'action appropriée qui porte atteinte de façon sérieuse à son intégrité physique ou psychologique ». Les personnes visées par le signalement obligatoire sont celles résidant en CHSLD et celles protégées par un régime de protection (tutelle ou curatelle) ou pour lesquelles un mandat de protection a été homologué (Loi 6.3, article 21).

À titre de professionnel au sens du Code des professions, le psychoéducateur doit obligatoirement signaler certaines situations de maltraitance lorsqu'« il y a un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime d'un geste singulier ou répétitif ou d'un défaut d'action appropriée qui porte atteinte de façon sérieuse à son intégrité physique ou psychologique ».

Pour une situation où la personne ne reçoit pas de services de l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux, le signalement s'effectue auprès de la police. Lorsque la personne visée par le signalement obligatoire reçoit des services, le signalement est alors effectué auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS). Cette Loi élargit la portée de la levée de la confidentialité ou du secret professionnel « lorsqu'il y a risque sérieux de mort ou de blessure grave », déjà prévu au Code des professions et au Code de déontologie des psychoéducateurs et psychoéducatrices. La Loi définit une blessure grave comme « blessure physique ou psychologique qui nuit d'une manière importante à l'intégrité physique, à la santé ou au bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiables ».

Afin de faciliter la compréhension du signalement obligatoire et son cheminement, plusieurs établissements ont développé une trajectoire de déclaration et de signalement des situations de maltraitance envers une personne majeure en situation de vulnérabilité qui pourra permettre au psychoéducateur de rapidement déterminer vers quelle instance effectuer le signalement ou la déclaration d'une situation de maltraitance qu'il aura repérée. La trajectoire présentée à titre indicatif dans les pages suivantes est tirée des documents d'encadrement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

De plus, le psychoéducateur qui travaille en CHSLD peut être amené à collaborer dans le cadre de la mise en œuvre des modalités d'utilisation de mécanismes de surveillance par un usager hébergé (gouvernement du Québec, 2018). Il pourrait être le professionnel mandaté par l'établissement pour assurer la diffusion du règlement ou pour accompagner et soutenir le résident ou son représentant souhaitant utiliser de tels mécanismes. Cette approche maintenant acceptée vise la sécurité de l'usager et de ses biens et la qualité des soins et services qui lui sont offerts. Elle se veut un moyen supplémentaire de lutter contre la maltraitance parfois difficile à repérer.

Dans une perspective régionale et toujours dans l'optique d'assurer une protection plus adéquate à la personne aînée, le psychoéducateur peut être appelé à intervenir dans un contexte de situation de maltraitance constituant une infraction criminelle ou pénale. Il pourra dans de telles situations se référer au processus d'intervention concerté (PIC) de sa région, découlant de l'Entente-cadre nationale (MSSS, 2018). Celle-ci vient formaliser les responsabilités et les engagements de chacun et vise à établir un partenariat fort entre les ministères et organismes gouvernementaux concernés.

Ministères et organismes gouvernementaux signataires de l'Entente-cadre nationale :

- Le ministère de la Famille
- Le ministère de la Santé et des Services sociaux
- Le ministère de la Sécurité publique
- Le ministère de la Justice,
- Le directeur des poursuites criminelles et pénales
- L'Autorité des marchés financiers
- Le Curateur public du Québec
- La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

Le processus d'intervention concerté se veut donc un levier supplémentaire vers lequel le psychoéducateur peut se tourner. Il favorise des actions plus rapides, concertées et complémentaires de la part des intervenants reliés aux organismes signataires en évitant le travail en silo, en permettant d'unir les différentes expertises propres à chacun et en assurant une meilleure circulation de l'information nécessaire à l'intervention. L'Entente prévoit qu'un PIC pourra être déclenché pour les situations regroupant les trois critères suivants :

- l'intervenant identifie des motifs raisonnables de croire qu'il y a maltraitance au sens de la Loi ;
- la concertation est requise afin de mettre fin à la situation ;
- la situation de maltraitance pourrait être de nature criminelle ou pénale.

Au sein de chacune des organisations, des intervenants sont désignés pour assurer le suivi des situations répondant aux critères. Pour certaines organisations, le psychoéducateur pourrait assumer ce rôle et, dans tous les cas, il peut se tourner vers la personne désignée par son organisation et collaborer aux différentes étapes du processus.

Par ailleurs, le psychoéducateur a un rôle spécifique pour lutter contre la maltraitance auprès de la personne aînée et son entourage, et ce, à différentes étapes du continuum de services proposé dans le Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées (MSSS, 2016). Il est en mesure de repérer les situations, de participer à l'intervention et d'orienter vers les ressources pertinentes.

Sur le plan de la prévention, il peut par exemple collaborer à la promotion du vieillissement actif, concevoir différents outils, planifier et animer des activités thématiques de groupe et coordonner des activités dans le cadre de la Journée mondiale de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées (15 juin). Tous peuvent repérer les indices de maltraitance. Toutefois, le rôle du psychoéducateur va plus loin en ce sens qu'il est en mesure d'établir un lien de confiance, de documenter le dossier, de valider les indices par le biais de différentes observations. Quant à l'intervention, elle peut prendre différentes formes allant de l'évaluation des capacités à donner un consentement, de l'évaluation de l'autonomie, de l'évaluation des différents facteurs de vulnérabilités et de protection de la personne jusqu'à l'élaboration et la mise en place des différents plans qui requiert la situation, soit le plan d'intervention, le plan d'intervention interdisciplinaire ou le plan de services individualisés. Les situations de maltraitance étant souvent complexes, il est parfois nécessaire pour le psychoéducateur d'orienter la personne vers des ressources externes afin de mettre fin à la situation.

Se donner des outils pour lutter contre la maltraitance

Les différentes mesures en place afin de contrer la maltraitance représentent un levier supplémentaire pour l'ensemble des acteurs issus des divers milieux ainsi que pour la population. Le professionnel peut se référer à différents outils afin de soutenir les actions qu'il pose, qu'elles soient liées au repérage, à la prévention, au référencement ou à l'intervention.

Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées (MSSS, 2016)

Le Guide se veut un incontournable pour l'ensemble des acteurs multisectoriels incluant le psychoéducateur. Bien que conçues dans un contexte relié à la personne aînée, les informations qui s'y retrouvent peuvent tout aussi bien soutenir qu'inspirer la pratique auprès d'une clientèle adulte en situation de vulnérabilité.

Outil de repérage des situations de maltraitance envers les personnes aînées (MSSS, 2019)

L'Outil est destiné aux intervenants et rassemble l'information relative au sujet. Il permet de mieux repérer les situations potentielles de maltraitance, de savoir quoi faire et vers qui référer.

Quelles sont les conditions et le cheminement du signalement obligatoire?

Signalement obligatoire des situations de maltraitance (pour tout prestataire de services de santé et de services sociaux ou tout professionnel au sens du Code des professions (chapitre C-26))

Attention ! Le consentement de l'utilisateur est toujours recherché, mais n'est pas requis dans le contexte d'un signalement obligatoire.

Population visée et conditions requises : Une personne majeure en situation de vulnérabilité réside en CHSLD ou est protégée par un régime de protection. Il y a un motif raisonnable de croire que la personne a subi un geste singulier ou répétitif ou un manque d'action appropriée qui porte atteinte de façon sérieuse à son intégrité physique ou psychologique.

La personne maltraitée qui ne réside pas en CHSLD reçoit-elle des services de l'établissement?

OUI

Signalement obligatoire au CLPOS
*Le représentant légal doit également être informé de ce signalement.

NON

Signalement obligatoire à la police
*Lorsque le représentant légal est connu, il doit également être informé de ce signalement.

Source: MSSS, 2019

Manuel de soutien à l'intervention en maltraitance auprès des personnes âgées immigrantes (MSSS, 2019)

Le Manuel permet quant à lui une meilleure intervention lorsque l'intervenant rencontre des situations touchant les aînés issus des communautés culturelles.

Ligne Aide Abus Aînés

Un incontournable, la Ligne Aide Abus Aînés offre un service téléphonique d'écoute et de référence à la population et un service de consultation pour les professionnels. Les demandes peuvent s'effectuer par téléphone ou encore en remplissant le formulaire en ligne à l'adresse suivante : www.aideabusaines.ca

Notons que les outils mentionnés ne représentent pas un relevé complet de ce qui existe au sujet de la maltraitance. Bien qu'ils aient été conçus dans le cadre de la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées, ils constituent une référence pour le psychoéducateur lorsqu'il intervient auprès de toute personne majeure en situation de vulnérabilité.

En s'assurant de posséder les connaissances reliées au phénomène de la maltraitance et grâce à son expertise liée au vécu partagé, le psychoéducateur est en mesure de repérer les situations de maltraitance et d'intervenir. Ainsi, il se doit d'être vigilant pour être à l'affût de toute situation. Par la place qu'il occupe auprès de la clientèle âgée, de ses proches et auprès des adultes en situation de vulnérabilité, il joue un rôle à plusieurs niveaux : il peut à la fois rassembler les parties prenantes impliquées et intervenir en rôle-conseil, tout comme soutenir la personne victime de maltraitance et accompagner les proches.

Son expertise lui permet d'accompagner la personne tout en respectant le pouvoir d'autodétermination de cette dernière. En connaissant la Loi, il est en mesure non seulement de dénoncer les situations répondant au signalement obligatoire, mais aussi de soutenir l'équipe de travail à laquelle il appartient. ■

Références

- CISSS des Laurentides. (2018). Politique visant à lutter contre la maltraitance envers toute personne majeure en situation de vulnérabilité.
- Entente-cadre nationale pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées, signée à Québec le 7 février 2018. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>
- Gouvernement du Québec. (2017). *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. Chap. L 6.3, Québec, Éditeur officiel du Québec. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/L-6.3>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Règlement concernant les modalités d'utilisation de mécanismes de surveillance par un usager hébergé dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un CHSLD*, Québec, Éditeur officiel du Québec. Récupéré de <http://Maltraiteancesaines.gouv.qc.ca>
- Institut de la statistique du Québec. (2016). Le bilan démographique du Québec.
- Ligne Aide Abus Aînés. Récupéré de <https://www.aideabusaines.ca>
- Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînés. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). Manuel de soutien à l'intervention en maltraitance auprès des personnes âgées immigrantes. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). Outil de repérage des situations de maltraitance envers les personnes âgées. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016) *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>
- Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal; Ligne Aide Abus Aînés; Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées; Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec. (2017). *Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées*. Récupéré de <http://maltraiteancesaines.com/fr/terminologie>

LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES ÂÎNÉS : UNE RÉALITÉ À MIEUX CONNAÎTRE

Dominic Larochelle, ps. éd., intervenant en violence conjugale, Centre Ex-Equo



« Ça a toujours été comme ça dans notre relation... On est resté ensemble pour les enfants... On ne veut pas briser la famille... Nos problèmes, ce n'est pas l'affaire des voisins... Des claques, j'en ai eu, j'ai pas viré pire pour autant... Peut-être bien que je les méritais un peu... De la violence ! ? Je ne fais pas de violence, je n'ai jamais frappé... »

Ces phrases, vous les avez déjà peut-être déjà entendues dans votre environnement familial, ou peut-être était-ce à votre bureau ? La violence dans les relations amoureuses peut survenir dès l'adolescence, mais aussi à toutes les périodes de la vie. Les personnes aînées n'y font pas exception. Le phénomène est non seulement encore mal connu, mais aussi sous-estimé. Sur le plan des statistiques, les enquêtes rapportent généralement les infractions criminelles dénoncées, soit les formes de violences plus visibles. Au plan social, les aînées sont aussi victimes de préjugés qui alimentent la méconnaissance de cette problématique et sa minimisation et empêchent la reconnaissance des facteurs de risque et de vulnérabilité. Au plan individuel, les hommes

constituent encore la majorité des auteurs, peu importe leur âge. Du côté des femmes, on reconnaît de plus en plus les comportements de violence, bien que ce champ d'intervention soit encore marginal, à plus forte raison chez les aînées.

Le Centre Ex-Equo est un organisme communautaire qui intervient auprès d'auteurs de violence conjugale et familiale et de violence sexuelle, hommes et femmes adultes. Depuis peu, il accueille aussi des adolescents, auteurs de violence sexuelle. Le centre offre des services externes de réadaptation dans la région Chaudière-Appalaches et diffuse aussi un programme de sensibilisation à la violence dans les relations amoureuses chez les adolescents et les jeunes adultes en milieux scolaires.

Forts de cette expertise auprès des adolescents et des adultes et animés par la promotion des rapports égalitaires entre les personnes, les intervenants du centre ont commencé à développer une offre de service pour mieux intervenir auprès des personnes aînées auteures de violence conjugale, celle-ci étant une forme de maltraitance (Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 2016).

Le premier constat dans la démarche : les sources d'information sur les aînés auteurs de violence conjugale sont encore parcellaires. Ensuite, l'approche de responsabilisation adoptée avec les usagers habituels du centre ne se révèle pas optimale avec les personnes aînées. Enfin, les intervenants connaissent peu les ressources et acteurs impliqués dans la lutte à laquelle le Centre Ex-Equo souhaite participer. Cet article représente donc un repère important sur la carte qu'il est à dessiner dans cette démarche.

La violence conjugale : une forme de maltraitance

Comment définir la maltraitance ? La maltraitance comprend à la fois des comportements de violence et de négligence qui prennent place dans une relation avec une personne aînée où il devrait y avoir de la confiance. De plus, la notion d'intention n'est pas une condition pour qu'il y ait maltraitance. Finalement, le geste ou l'absence de geste (négligence) peut être unique ou répétitif (Laforest *et al.*, 2018).

Quant à la violence conjugale, elle constitue une forme de maltraitance provenant du conjoint ou de la conjointe. Elle se distingue par son caractère intentionnel (conscientisé ou non) et la répétition des comportements. La violence conjugale se présente comme une dynamique relationnelle qui implique des choix de comportements par son auteur, comportements appris ayant pour objectif d'établir un contrôle ou une emprise sur l'autre personne. Cette dynamique peut s'installer à tous âges et dans tous types de relation conjugale. Malheureusement, plusieurs auteurs de violence conjugale ne conscientisent pas la nature de leurs comportements et s'estiment justifiés d'agir de la sorte.

Risque, vulnérabilité et protection

Les facteurs de risque et de vulnérabilité associés à la violence conjugale sont tels qu'ils ne semblent pas s'atténuer avec l'âge (ministère de la Famille – Secrétariat aux aînés, 2017). Un même facteur peut être un facteur de risque ou un facteur de protection : par exemple, la durée d'une relation. Elle peut enraciner la violence conjugale ainsi basée sur une dynamique de contrôle bien ancrée, ou encore être un facteur de protection pour un couple résilient ayant traversé un ou plusieurs épisodes de rapports inégaux, et qui aurait rétabli une relation axée sur l'empathie, l'égalité et la réciprocité. De surcroît, certains facteurs peuvent alimenter le risque d'être victime ou d'être auteur : l'exposition à la violence conjugale pendant l'enfance en est un exemple. Certains facteurs ont une pondération plus importante : pour les victimes, le fait d'être une femme est un facteur de risque, de l'adolescence à l'âge d'or. D'autres facteurs sont propres à cette période de la vie, notamment la perte d'autonomie d'un des conjoints ou l'apparition d'une démence. Dans la littérature sur la maltraitance, on distingue les facteurs de risque qui sont associés à l'environnement et les facteurs de vulnérabilité qui sont associés à la personne.

Laforest *et al.* (2018) présentent des exemples de facteurs de risque et de vulnérabilité relatifs à l'exercice de la violence conjugale chez les aînés.

Aux plans sociétal et communautaire :

- normes stéréotypées de genres et sociales tolérant la violence qui peuvent notamment se retrouver dans les manifestations d'âgisme (ex. : la croyance qu'il n'y a pas de sexualité chez les aînés et donc que la violence sexuelle n'existe pas à cette période) ;
- isolement social et géographique ;
- méfiance envers les services publics chez les aînés.

Aux plans relationnel et individuel :

- états de dépendance financière et fonctionnelle, problèmes de dépendance, problèmes de santé mentale et maladies dégénératives, difficultés d'affirmation, tolérance à la violence, antécédents de violence conjugale et/ou familiale pendant l'enfance et la vie adulte (exercée ou subie).

En matière de prévention, la promotion de la bientraitance a été l'axe principal de la lutte à la maltraitance des aînés ces dernières années. Il s'agit d'une approche de bienveillance dans le rapport à l'autre, en phase avec la promotion des rapports égaux.

En matière de prévention, la promotion de la bientraitance a été l'axe principal de la lutte à la maltraitance des aînés ces dernières années. Il s'agit d'une approche de bienveillance dans le rapport à l'autre, en phase avec la promotion des rapports égaux. Bien qu'étudié depuis les années 70, ce concept commence à être mieux compris en termes de pratiques en santé et services sociaux, mais une définition plus actualisable reste à préciser. (Ministère de la Famille - Secrétariat aux aînés, 2017).

Les impacts

Les impacts de la maltraitance et, plus précisément, de la violence conjugale et familiale affectent les victimes et les témoins dans plusieurs sphères de vie, et ce, à tous âges. Ces impacts sont notamment la dépression, l'anxiété, les blessures physiques, la perte d'autonomie, la diminution de la qualité de vie et la transmission intergénérationnelle de la violence.

Les auteurs de violence vivent aussi des impacts négatifs de leurs comportements. Toutefois, ces impacts sont conséquents de leurs choix, contrairement aux victimes qui, elles, les subissent.

Même des gestes plus discrets laissent des séquelles durables, notamment sur le plan de la santé psychologique des victimes directes. Les impacts de ces violences subtiles affectent aussi l'entourage. On peut penser à l'augmentation des besoins de prise en charge par les proches aidants et les risques de maltraitance exercée ou subie par ces derniers (Éthier et Côté, 2018), au stress engendré par le climat de peur et à la reproduction de modèles relationnels nocifs dans l'entourage. La tendance actuelle du réseau pour le maintien à domicile chez les aînés est un défi supplémentaire en termes d'isolement social, d'offre de service psychosocial et de maintien de l'éloignement géographique. Enfin, les ressources d'hébergement et d'accompagnement pour femmes victimes vivent les défis du manque de places disponibles et des milieux de vie, davantage aménagés pour de jeunes femmes et enfants. Ces facteurs contribuent à augmenter la gravité de la problématique chez les femmes aînées victimes de violence conjugale (Montminy et Drouin, 2009).

Constats tirés de notre expérience auprès des aînés

La méconnaissance de la problématique et des formes de violence chez les aînés s'ajoute aux difficultés de repérage. D'ailleurs, nous observons que certains clients aînés ont des comportements de violence normalisés depuis longtemps dans leurs relations. D'autre part, certains éléments déclencheurs semblent précipiter l'usage de comportements violents, comme le départ ou la perte d'un proche, la perte d'autonomie ou la confrontation à de nouveaux modèles relationnels hommes/femmes (Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 2016), et peuvent parfois être conséquents à une affection neurologique (maladie d'Alzheimer, démence, Parkinson, etc.) ou à un trouble de santé mentale. Dans ces derniers cas, l'utilisation de la violence n'est pas plus justifiable, mais doit être référée à des ressources compétentes pour aborder la problématique sous-jacente (ex. : Société Alzheimer, médecin de famille, Info-Santé et Info-Social 8-1-1, Ligne Aide Abus Aînés). Quant à la personne aînée inapte, elle n'effectue pas nécessairement un choix de comportement en vue d'imposer sa volonté ou son besoin à son partenaire, ce qui demande également une intervention particulière.

Dans la pratique auprès de la clientèle aînée et selon la littérature (Montminy et Drouin, 2009), les violences psychologique et verbale constituent les comportements les plus observés. Par ailleurs, l'intimidation est une problématique différente avec sa définition propre, mais peut aussi être un moyen d'exercer de la maltraitance en relation intime (Laforest *et al.*, 2018).

Les personnes aînées qui adoptent ces comportements entretiennent des craintes semblables aux victimes en ce sens qu'elles craignent le jugement. Elles manquent généralement d'outils pour reconnaître ou nommer leurs souffrances, ce que Tremblay et L'Heureux (2010) nomment la triple désensibilisation : physique, psychologique et sociale. Elles reconnaissent peu leur

problème et ses manifestations et, de ce fait, ne sont pas motivées au changement. Elles les justifient notamment par la généralisation des stéréotypes de genre, l'éclatement des valeurs sociales ou la victimisation, apprises dans leur processus de socialisation.

Force est de constater que les auteurs aînés de violence conjugale sont souvent pris en charge par le corps médical suivant une crise. Des services psychosociaux mieux adaptés à leurs réalités et abordant des problématiques concomitantes aux problèmes de violence (À cœur d'homme, 2016) sont autant d'opportunités de responsabilisation à investir. De prime abord, la sensibilisation et la concertation sont les moyens que le Centre Ex-Equo a choisi de prioriser dans ses actions.

Depuis plus d'un an maintenant, le Centre Ex-Equo s'attarde à la problématique de la violence conjugale chez les personnes aînées de manière plus soutenue. Nous avons découvert un tout nouveau vocabulaire à apprivoiser ainsi qu'un ensemble d'enjeux propres aux systèmes qui s'articulent autour de la situation des aînés. Chaque jour, nous collaborons avec des acteurs passionnés et investis dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes et nous poursuivons nos efforts afin d'intégrer la philosophie de la bientraitance à nos actions avec les personnes de tous âges. Nous rejoignons les auteurs de violence par nos interventions directes, mais aussi les victimes et les témoins par nos actions de sensibilisation et de prévention, et ce, de la petite enfance à l'âge d'or ! Parce que la violence fait toujours mal, même lorsqu'elle ne se voit pas. ■

Références

- À cœur d'homme. (2016). *Recommandations et préoccupations concernant la maltraitance envers les personnes aînées présentées au secrétariat aux aînés du ministère de la Famille dans le cadre de la consultation sur le plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*. Récupéré de <https://www.aceurdhomme.com/memoire-recommandations-et-preoccupations-concernant-la-maltraitance-envers-les-personnes-ainees>
- Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées*. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aine/13-830-10F.pdf>
- Éthier S. et Côté A. (2018). *Le world café comme outil de mobilisation pour la sensibilisation à la maltraitance envers les proches aidants à Québec*. Service social, vol. (64), n° 1. DOI 10.3917
- 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. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante>
- Leboeuf, R. et Beaulieu, M. (2019). *Améliorer la vie collective en résidence privée pour aînés : Établir les besoins en matière de lutte contre la maltraitance entre résidents et de promotion du « bien vivre ensemble »*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke.
- Montminy, L. et Drouin, C. (2009). *La violence en contexte conjugal chez les personnes âgées : une réalité particulière*, Collection Études et analyses, no 42, Rapport de recherche : Cri-Viff.
- Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînés. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002186/>
- Secrétariat à la condition féminine. (2018). *Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale*. Récupéré de <http://www.scf.gouv.qc.ca/le-secreariat/strategies-et-plans-daction/plan-daction-violence-conjugale/>
- Tremblay, G. et L'Heureux, P. (2010). *La genèse de la construction de l'identité masculine. Regards sur les hommes et les masculinités*, Québec : Presses de l'Université Laval.

DERNIÈRE CHANCE!

Peurs, doutes et inquiétudes excessives : intervenir auprès des adolescents souffrant de stress et d'anxiété

D^{re} Amélie Seidah, Ph. D., psychologue
D^{re} Isabelle Geninet, Ph. D., psychologue

Québec : 20 mars 2020



L'intervention auprès des victimes souffrant d'un état de stress post-traumatique : une approche intégrative centrée sur la personne

D^{re} Salima Mamodhoussen,
Ph. D., psychologue

Montréal : 26-27 mars 2020
Québec : 23-24 avril 2020



NOUVEAU! EN LIGNE EN REDIFFUSION - Plus de 450 heures

De la timidité à l'anxiété sociale chez les enfants et les adolescents : compréhension clinique, difficultés associées, et interventions ciblées

D^{re} Geneviève Marcotte, Ph. D., psychologue
6 heures



Prévention et dépistage de la dépendance chez les adolescents : intervention précoce pour les 10 à 18 ans

D^{re} Myriam Laventure, Ph. D., éducation
12 heures



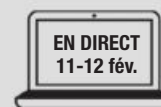
À VENIR AUTOMNE 2020-HIVER 2021



Mieux veiller au développement socio-affectif des enfants et adolescents présentant une douance

D^{re} Marianne Bélanger, Ph. D., psychologue

Montréal : 8-9 octobre 2020 • Québec : 11-12 février 2021



L'accompagnement des personnes souffrant de deuil traumatique Niveau 1-Base

D^{re} Pascale Brillon, Ph. D., psychologue

Québec : 5-6 novembre 2020



Anxiété de performance chez les enfants et les adolescents : troubles associés, compréhension clinique et avenues d'intervention

D^{re} Geneviève Marcotte, Ph. D., psychologue

Montréal : 26 mars 2021 • Québec : 23 avril 2021



ÉTAT DES CONNAISSANCES

Idéations suicidaires chez les proches aidants âgés de personnes atteintes de troubles neurocognitifs.

Charles Viau-Quesnel, Département de psychoéducation; **Audrée Teasdale-Dubé**, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Les individus âgés sont une population vulnérable pour la détresse suicidaire. Ceci est spécialement le cas chez les individus âgés qui présentent des symptômes dépressifs, de l'anxiété, de l'épuisement ou encore de l'isolement social. Or, ces facteurs de risque sont malheureusement souvent recensés chez un groupe particulier de personnes âgées : les proches aidants. Néanmoins, le lien entre la détresse des proches aidants âgés et le risque suicidaire n'a été que peu exploré jusqu'à maintenant. À notre connaissance, aucune étude québécoise ou canadienne ne s'est intéressée à ce groupe vulnérable. Pourtant, la pertinence sociale de tels travaux est élevée. D'une part, les proches aidants sont un maillon essentiel du maintien à domicile au Québec et contribuent aux soins et au bien-être de leurs proches. D'autre part, des drames récents de pactes de suicide et d'homicides mettent en exergue la détresse que vivent certains aidants et le poids social de cette situation. La détresse suicidaire des proches aidants âgés soulève des défis cliniques pour lesquels les psychoéducateurs sont de plus en plus souvent appelés à contribuer.

Le présent article vise à synthétiser l'état des connaissances théoriques sur cette question épineuse et présentera le résultat de nos travaux récents sur la question.

Qu'est-ce qu'un proche aidant?

Les proches aidants forment un groupe hétérogène, caractérisé par un attribut central : ils offrent du soutien non-professionnel pour une personne – typiquement un proche – qui présente une incapacité. Cette définition est vaste et, conséquemment, le portrait des proches aidants est varié. L'étude de la réalité et des besoins des proches aidants est complexifiée par le fait que ce ne sont pas tous les proches aidants qui s'identifient comme tels. Dans plusieurs cas, ils voient leurs efforts comme normaux ou témoignant de leurs obligations et relations familiales (Dobrof et Ebenstein, 2003; O'Connor, 2007). Bien que le présent article traite surtout des risques et effets négatifs de la relation de proche aidant, il est important de noter que plusieurs études ont aussi identifié des effets positifs de cette relation. Parmi ces effets positifs, le sentiment d'accomplissement, la perception d'avoir un sens à sa vie, la croissance personnelle et l'augmentation de la cohésion familiale sont souvent relevés (Yu, Cheng et Wang, 2018). L'expérience de proche aidant soulève une multitude de défis adaptatifs inhérents aux responsabilités d'un tel rôle. Malheureusement, ce ne sont pas tous les aidants qui sauront s'adapter à de tels défis.

Pourquoi s'intéresser aux proches aidants âgés et spécialement aux aidants dont l'aidé présente un trouble neurocognitif?

La littérature scientifique démontre clairement que les aidants âgés sont plus à risque de rapporter plusieurs conséquences négatives propres à leur rôle : déclin de la qualité de vie, dépression, anxiété, moins bonne santé et même un déclin cognitif (voir Schoenmakers, Bruntinx et Delepeleire, 2010, pour une revue des effets d'être l'aidant d'une personne atteinte de trouble neurocognitif). Ces effets négatifs peuvent être intenses et peuvent faire en sorte que l'aidant ne soit plus en mesure de donner les soins adéquats, voire même qu'il soit lui-même hospitalisé ou hébergé en résidence avec soins.

Les effets négatifs du rôle d'aidant tendent à survenir quand la relation devient trop exigeante. Les mesures dites du « fardeau »¹ sont souvent employées pour mesurer cette situation. La surcharge survient plus souvent quand le proche aidant cohabite avec la personne aidée, quand les besoins de la personne aidée augmentent progressivement dans le temps, quand l'incapacité est chronique et quand la personne aidée présente des problèmes psychologiques ou comportementaux. Les problèmes psychologiques incluent notamment des symptômes dépressifs, alors que les problèmes comportementaux peuvent consister en des crises, de la désinhibition ou de l'errance, par exemple. Ces symptômes comportementaux sont un important prédicteur de la détresse des aidants, plus encore quand les comportements dysfonctionnels surviennent la nuit. Tous ces attributs sont fréquemment rencontrés chez les personnes présentant un trouble neurocognitif². Conséquemment, il n'est pas surprenant que les proches aidants âgés dont la personne aidée est atteinte de démence rapportent consacrer plus d'heures à la relation, plus d'épuisement et plus de détresse.

Comme le principal facteur de risque des démences est le vieillissement, il est fréquent que le proche aidant principal soit un(e) conjoint(e) âgé(e) ou un enfant lui-même d'âge avancé (Wong, Gilmour et Ramage-Morin, 2016). Conséquemment, les proches aidants âgés dont le proche est atteint de démence sont un groupe de grand intérêt : ils présentent plusieurs facteurs de risque documentés et, notamment à cause du vieillissement démographique et des efforts de maintien à domicile, ils sont de plus en plus nombreux.

¹ Le terme fardeau est parfois critiqué pour sa connotation négative. Nous l'utilisons ici car l'une des principales mesures utilisées, tant en recherche qu'en pratique, est l'inventaire de fardeau de Zarit.

² Bien que le terme « démence » demeure très fréquemment rencontré dans le langage commun, « troubles neurocognitifs » est maintenant favorisé. Il est important de rappeler au lecteur que ces troubles constituent une catégorie relativement hétérogène : les plus fréquents sont surtout marqués par l'amnésie, d'autres par les troubles comportementaux ou même des manifestations plus souvent associées aux troubles psychiatriques, dont les hallucinations.

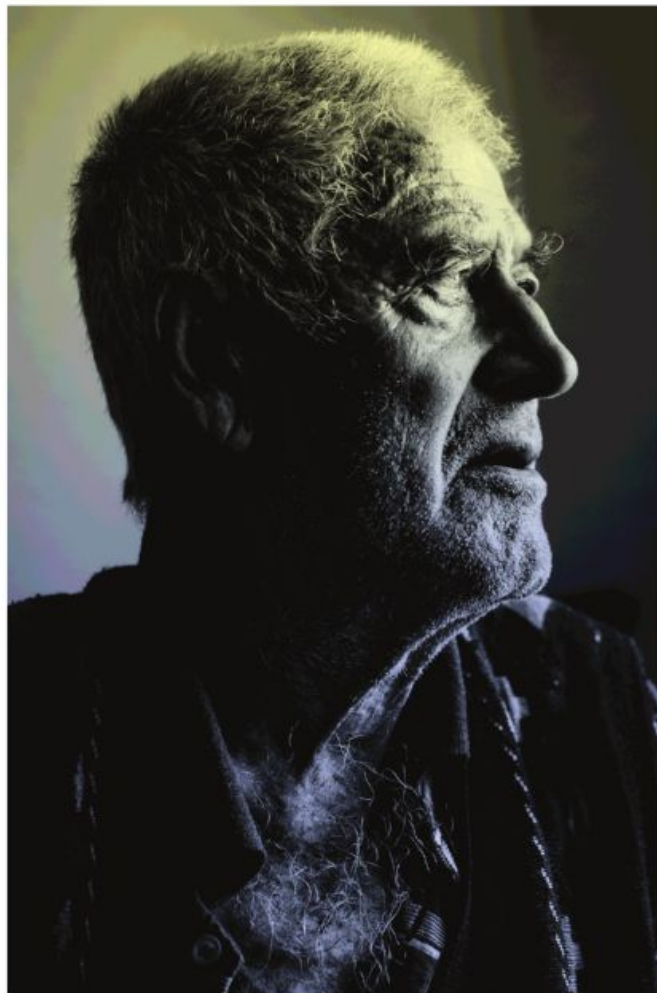
Pourquoi parler d'idées suicidaires chez les proches aidants âgés?

Chez les individus âgés, il arrive que les idées suicidaires passent inaperçues, y compris par les professionnels. Ces idées suicidaires peuvent prendre plusieurs formes, allant des idées de mort passives (p. ex. « j'aimerais m'endormir un soir et ne jamais me réveiller ») au plan suicidaire détaillé et imminent. Il est important de noter ici que même les idéations passives sont importantes à accueillir et évaluer, car elles sont associées à de la détresse psychologique et à une augmentation du risque de passage à l'acte (Van Orden, Simning, Conwell, Skoog et Waern, 2013). Dans la pratique sur le terrain, l'évaluation et la gestion du risque suicidaire est une tâche complexe qui doit être confiée à un professionnel qualifié.

Chez les proches aidants âgés, il est raisonnable de penser que les risques de détresse suicidaire sont plus grands : les aidants âgés sont plus souvent isolés, épuisés, anxieux et déprimés. Pourtant, il existe très peu d'études sur la question. Les quelques travaux publiés s'intéressent généralement à des populations d'aidants anglosaxons et rapportent des résultats alarmants. Dans une étude quantitative à grand déploiement, O'Dwyer, Moyle, Zimmer-Gembeck, et De Leo (2016) rapportaient qu'un proche aidant sur six avait présenté des idées suicidaires au moins deux fois pendant la relation d'aidant. De plus, 20 % des aidants qui présentaient des idées suicidaires indiquaient qu'ils comptaient passer à l'acte dans le futur. Ces résultats dépassent largement la prévalence canadienne des idées suicidaires chez les personnes âgées, qui varie entre 2 et 6 % (Corna, Cairney et Streiner, 2010; Vasiliadis, Gagne et Preville, 2012). Des travaux subséquents réalisés en 2018 par Joling et collaborateurs précisait que les idées suicidaires chez les proches aidants sont typiquement persistantes et non simplement transitoires. Dans nos travaux en cours, sur 71 aidants âgés dont le proche présentait une démence, 37 rapportaient avoir eu des idées suicidaires, actives ou passives, durant leur relation d'aidant. Il est intéressant de noter que les deux tiers des aidants qui présentaient des idées suicidaires recevaient de l'aide professionnelle pour eux-mêmes ou pour leurs proches. Toutefois, peu d'aidants rapportent avoir confié cette détresse suicidaire à un professionnel que ce soit spontanément ou lors d'un dépistage : dans notre étude qualitative, un seul aidant sur six a indiqué avoir confié ses idées suicidaires. De tels résultats mettent de l'avant l'importance de déployer des efforts pour mieux identifier, comprendre et aider les aidants âgés.

Facteurs à évaluer et tenir en compte dans le jugement clinique

Quelques études ont été réalisées et viennent étayer le portrait des perceptions et des principaux enjeux soulevés par les proches aidants qui présentent ou qui ont présenté des idées suicidaires. Dans nos travaux auprès d'aidants québécois présentant de la détresse suicidaire, ces facteurs peuvent être résumés en trois thématiques spécifiques : les conflits familiaux, des difficultés liées au contexte du placement de l'aidé et les sentiments d'injustice



et d'impuissance. Ces facteurs sont cohérents avec ceux recensés dans les travaux issus d'autres populations.

Conflits familiaux

Les conflits familiaux constituent un facteur de stress important pour les aidants. Ils peuvent découler d'anxiété de l'aidant face au jugement d'autrui, de désaccords sur les soins à prodiguer à la personne aidée ou encore de reproches à l'endroit de l'aidant. Nos résultats sont compatibles avec d'autres études sur la question. Il est intéressant de noter que certains auteurs rapportent que les conflits avec le personnel médical et soignant est également un facteur de stress identifié par les aidants comme contribuant à leur détresse suicidaire (O'Dwyer, Moyle et van Wyk, 2013; O'Dwyer *et al.*, 2016). Ce facteur n'a pas été identifié par les participants québécois. Ceci peut témoigner de différences dans l'offre de soins, mais peut aussi simplement refléter des différences méthodologiques entre les études.

Au plan clinique, plusieurs travaux appuient l'idée que la gestion des conflits soit une approche pertinente pour diminuer la détresse des aidants. Par exemple, l'approche New-York University Caregiver Intervention (NYUCI) repose sur une intervention

familiale manualisée visant à favoriser l'expression des besoins et des attentes du proche aidant et de sa famille. Les résultats de telles approches sont typiquement très positifs, spécialement si l'on tient compte du format d'intervention qui est relativement court. En ce sens, les conflits familiaux sont une cible d'intérêt pour identifier les aidants à risque, mais aussi pour offrir des interventions. Le psychoéducateur, par sa formation et son cadre d'analyse, peut être un intervenant privilégié pour ce type d'intervention.

Placement de l'aidé

Le placement est un défi adaptatif important, tant pour l'aidant que pour la personne aidée. Dans nos travaux et dans les études publiées sur la question, plusieurs aidants rapportent que le placement est un moment crucial de détresse psychologique. Ceci peut sembler paradoxal : l'aidant peut être perçu comme étant « libéré » d'une part importante de ses obligations. Toutefois, les aidants rapportent fréquemment de la culpabilité, de la honte, de la solitude et, dans certains cas, une impression d'avoir échoué dans leur rôle. Ces émotions sont importantes à considérer puisque, conjuguées à de l'isolement social, elles peuvent créer chez l'aidant une détresse psychologique marquée. Ceci est d'autant plus important à prendre en compte car, règle générale, les aidants ne reçoivent plus de services au moment du placement. Il est donc d'intérêt pour le clinicien avisé de faire le suivi de l'aidant pendant, mais aussi immédiatement après le placement. Une telle approche est spécialement justifiée si l'on conçoit le placement de l'aidé comme un deuil et, conséquemment, comme un défi adaptatif potentiellement difficile.

Sentiments d'injustice et d'impuissance

Le sentiment d'impuissance est souvent décrit comme étant une caractéristique fondamentale de la détresse suicidaire à tout âge. Dans nos travaux, les aidants âgés rapportent fréquemment se sentir captifs dans leur rôle. Parfois, cette captivité est imposée par autrui, par exemple par la personne aidée ou d'autres membres de la famille, mais, parfois, la captivité découle des attentes, rôles et obligations que l'aidant s'impose à lui-même. Dans tous les cas, cette perception d'être « prisonnier » dans le rôle d'aidant, souvent au détriment d'autres rôles, comme celui de conjoint(e) ou d'amoureux(se), est importante à envisager. Dans nos données issues d'aidants québécois, un sentiment d'injustice découlait directement de cette captivité dans le rôle. Toutefois, le sentiment d'injustice pouvait aussi survenir en lumière du sort réservé à l'aidé atteint de trouble neurocognitif et à l'injustice intrinsèque à la maladie (p. ex. « je ne peux pas croire qu'une personne aussi bonne qu'elle [la personne aidée] ait une maladie aussi horrible »). Ce sentiment d'injustice pouvait culminer en des pensées portant sur le jugement de la valeur personnelle (p. ex. « c'est moi qui aurais dû être malade, pas elle »).

Les sentiments d'impuissance, d'injustice et de captivité sont fréquemment rencontrés chez les clientèles plus traditionnelles des psychoéducateurs. Ces sentiments sont au cœur de la pratique psychoéducative, par exemple quand il est question des

enjeux de pouvoir d'agir, de perception de contrôle et, plus généralement, d'autodétermination. En ce sens, le modèle psychoéducatif nous apparaît pertinent dans l'évaluation des dynamiques qui peuvent initier, maintenir et augmenter la détresse suicidaire des aidants âgés.

Dans l'ensemble, les résultats de nos travaux et de la littérature scientifique suggèrent que les proches aidants âgés sont un groupe vulnérable et pour lequel des enjeux particuliers à leur rôle peuvent expliquer la détresse suicidaire. Ces enjeux pourraient constituer des leviers en vue de faciliter la détection, la prévention et l'intervention en vue de diminuer la prévalence d'idées suicidaires chez cette population.

Autres considérations?

Consultation et accès aux soins

L'identification et l'accès aux aidants isolés est un défi pour le chercheur, mais aussi pour le clinicien soucieux de faire des interventions préventives. Les efforts de détection et de prévention de la détresse chez les aidants sont complexes, notamment car les aidants peuvent tarder à consulter et obtenir des services. Ceci découle de plusieurs facteurs, dont la non-reconnaissance du rôle joué, mais aussi d'enjeux qui sont d'intérêt pour les aidants âgés dont l'aidé est atteint de démence. En effet, ces proches aidants tendent à moins souvent chercher de l'aide, même quand ils ressentent de la détresse physique ou psychologique (Brodsky *et al.*, 2014). Il est aussi fréquent que, malgré la reconnaissance d'un besoin d'aide professionnel par l'aidant, les souhaits et exigences de l'aidé limitent l'accès à des services (Durand, James, Ravishankar, Bamrah, et Purandare, 2009). Parallèlement, on constate que les aidants qui n'utilisent pas les services communautaires et institutionnels sont plus souvent âgés, plus déprimés et reçoivent moins de soutien social dans leur réseau proximal (Robinson, Buckwalter et Reed, 2013). À ce titre, des efforts d'évaluation systématique des aidants peuvent être pertinents, y compris auprès d'aidants qui ne reçoivent pas de services directement.

Homicide et suicide?

Sujet épineux et tabou, la question de l'homicide de la personne aidée est importante à considérer par le clinicien. Dans les entretiens qualitatifs réalisés dans le cadre de nos travaux, deux aidants sur six ont signifié avoir eu des idéations en lien avec la mort de la personne aidée. Ces idées pouvaient être passives et diffuses (p. ex. « soit elle meurt, soit c'est moi qui vais y passer »), mais aussi concrètes (p. ex. s'imaginer provoquer un accident d'automobile lors d'un transport avec l'aidé). Ces situations étaient décrites dans des contextes de détresse importante, notamment à des moments où le fardeau était élevé et où les aidants vivaient un important sentiment d'impuissance et de captivité dans leur rôle. Nos résultats sont malheureusement congruents avec la littérature scientifique sur la question, qui identifie les aidants comme un groupe à risque pour les situations d'homicide-suicide (Bourget, Gagné et Whitehurst, 2010; Eliason, 2009; Malphurs et Cohen, 2005). À titre indicatif, dans leurs travaux, Malphurs et

Cohen (2005) rapportent que 40 % des cas d'homicide-suicide impliquaient des proches aidants, majoritairement des hommes agissant comme aidant principal, prenant soin d'une conjointe présentant une maladie chronique. À ce titre, nous endossons les recommandations d'Eliaison (2009), qui suggère que les professionnels soient attentifs à la détresse des proches aidants masculins, spécialement ceux qui prennent soin de leur conjointe. Finalement, soulignons que les proches aidants n'ayant pas eu d'idéations suicidaires sont tout de même en mesure de comprendre et de reconnaître que certains défis propres à leur réalité peuvent contribuer au développement des idées homicidaires chez d'autres aidants (O'Dwer *et al.*, 2016). Les idéations homicidaires chez les aidants ne sont ni exceptionnelles, ni le fait d'individus qui sont nécessairement atypiques ou déviants. Les idéations suicidaires et homicidaires ont en commun de témoigner de détresse et de désespoir, dans un contexte où l'individu qui les ressent n'est pas en mesure de déployer des solutions adaptées pour se sortir de sa situation.

Conclusion

Dans le contexte du travail auprès de populations âgées, le psychoéducateur est souvent appelé en soutien des équipes et pour évaluer les situations complexes. Dans ce type de mandat, il est fréquemment exposé à des situations pour lesquelles le risque de détresse suicidaire des aidants est plus élevé. Les données scientifiques existantes démontrent clairement l'importance d'identifier proactivement les aidants à risque, de les évaluer périodiquement et de veiller à leur offrir du soutien avant que l'épuisement ne soit critique. Ces objectifs sont spécialement importants tenant compte que les aidants âgés sollicitent de l'aide tardivement, fréquemment sans reconnaître qu'ils sont des proches aidants et que, à ce titre, ils ont des besoins particuliers. Nul doute que de tels objectifs impliquent un défi clinique et organisationnel important, mais la prévention demeure moins exigeante que l'intervention.

Ressources utiles

Il existe plusieurs ressources communautaires qui offrent des services d'information, de soutien et de répit aux proches aidants. Toutefois, ces services ne sont pas uniformes entre les différentes régions du Québec et peuvent être difficile à identifier pour les aidants. Loin d'être exhaustive, la présente liste offre quelques pistes pratiques pour le psychoéducateur qui cherche des services spécialisés pour les aidants.

Le professionnel qui désire découvrir les ressources sur son territoire, par exemple en vue d'effectuer une référence, peut se tourner vers le réseau des APPUIs, notamment via la ligne info-aidant (1 855 852 7784), qui offre un service de référencement pour toutes les régions du Québec. Au même titre, le Regroupement des aidants naturels du Québec (<https://ranq.qc.ca>) regroupe des organisations locales et régionales partout au Québec et offre de l'information accessible et variée aux proches aidants.

Éducaloi (<https://www.educalo.qc.ca/proches-aidants-comment-la-loi-vous-outille>) offre également un dossier compilant les

informations légales pertinentes pour le proche aidant, par exemple pour des questions sur le consentement aux soins, l'inaptitude et l'hébergement.

Finalement, pour le professionnel qui fait face à des idéations suicidaires chez une personne âgée, aidante ou non, l'Association québécoise de prévention du suicide inclus dans sa programmation des initiatives spécifiques pour prévenir le suicide chez les aînés, en plus d'une liste de ressources régionales et une ligne d'aide téléphonique (<https://www.aqps.info/aines>; 1 866 APPELLE). ■

Références

- Bourget, D., Gagné, P. et Whitehurst, L. (2010). Domestic Homicide and Homicide-Suicide: The Older Offender. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38(3), 305-311.
- Brodsky, H., Woodward, M., Boundy, K., Ames, D., Balshaw, R. et Group, P. S. (2014). Prevalence and predictors of burden in caregivers of people with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8), 756-765.
- Corn, L. M., Cairney, J. et Streiner, D. L. (2010). Suicide ideation in older adults: relationship to mental health problems and service use. *Gerontologist*, 50(6), 785-797. doi:10.1093/geront/gnq048
- Dobrof, J. et Ebenstein, H. (2003). Family caregiver self-identification: implications for healthcare and social service professionals. *Generations*, 27(4), 33-38.
- Durand, M., James, A., Ravishankar, A., Bamrah, J. et Purandare, N. B. (2009). Domiciliary and day care services: Why do people with dementia refuse? *Aging and Mental Health*, 13(3), 414-419.
- Eliaison, S. (2009). Murder-suicide: a review of the recent literature. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 37(3), 371-376.
- Joling, K. J., O'Dwyer, S. T., Hertogh, C. M. P. M. et van Hout, H. P. J. (2018). The occurrence and persistence of thoughts of suicide, self-harm and death in family caregivers of people with dementia: A longitudinal data analysis over 2 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(2), 263-270. doi:10.1002/gps.4708
- Malphurs, J. E. et Cohen, D. (2005). A Statewide Case-Control Study of Spousal Homicide-Suicide in Older Persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), 211-217. doi: <https://doi.org/10.1097/00019442-200503000-00006>
- O'Connor, D. L. (2007). Self-identifying as a caregiver: Exploring the positioning process. *Journal of Aging Studies*, 21(2), 165-174. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2006.06.002>
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W. et van Wyk, S. (2013). Suicidal ideation and resilience in family carers of people with dementia: a pilot qualitative study. *Aging Ment Health*, 17(6), 753-760. doi:10.1080/13607863.2013.789001
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M. et De Leo, D. (2016). Suicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging Ment Health*, 20(2), 222-230. doi:10.1080/13607863.2015.1063109
- Robinson, K. M., Buckwalter, K. et Reed, D. (2013). Differences between dementia caregivers who are users and nonusers of community services. *Public Health Nurs*, 30(6), 501-510. doi:10.1111/phn.12041
- Schoenmakers, B., Buntinx, F. et Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, 66(2), 191-200. doi:10.1016/j.maturitas.2010.02.009
- Van Orden, K. A., Simning, A., Conwell, Y., Skoog, I. et Waern, M. (2013). Characteristics and comorbid symptoms of older adults reporting death ideation. *Am J Geriatr Psychiatry*, 21(8), 803-810. doi:10.1016/j.jagp.2013.01.015
- 10.1097/JGP.0b013e31825c09fb
- Vasiladias, H. M., Gagne, S. et Preville, M. (2012). Gender differences in determinants of suicidal ideation in French-speaking community living elderly in Canada. *Int Psychogeriatr*, 24(12), 2019-2026. doi:10.1017/S1041610212001251
- Wong, S. L., Gilmour, H. et Ramage-Morin, P. L. (2016). *Alzheimer's disease and other dementias in Canada*. Statistics Canada.
- Yu, D. S. F., Cheng, S.-T. et Wang, J. (2018). Unravelling positive aspects of caregiving in dementia: An integrative review of research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 1-26. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.10.008

PROJET

Évaluation des effets du programme de soutien pour personnes endeuillées

Isabelle Talbot, candidate à la maîtrise en psychoéducation, UQAT et **Saïd Bergheul**, ps. éd., Ph.D., professeur en psychoéducation, UQAT

Un deuil non résolu augmente les risques de vivre des symptômes d'une dépression majeure ou un trouble d'anxiété généralisée. Un plus haut taux d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide sont répertoriées. Les deuils les plus difficiles à résoudre sont ceux d'un enfant, d'un conjoint ou d'un parent (Breitbart, 2014). Avec la perte d'un conjoint, les personnes âgées sont plus susceptibles de vivre un deuil compliqué (Adriaensen et Retsylam, 2009). Il faut aussi considérer les membres de la famille des personnes âgées qui sont leurs proches aidants (Bernier, Néron et Dumont, 2007).

La Maison de l'envol de Rouyn-Noranda, en Abitibi-Témiscamingue, prodigue des soins palliatifs et a comme souci d'aider les proches et leurs familles à vivre le processus de deuil, avant et après la mort du patient. Dans le projet d'une étude qui sera réalisée dans le cadre d'une maîtrise en psychoéducation, un programme de soutien pour personnes endeuillées a été monté et sera implanté à deux reprises. Le programme est construit pour respecter le modèle de Monbourquette (1996). L'aspect religieux est conservé, mais les animateurs peuvent aisément supprimer le credo. L'ordre des huit étapes du deuil selon Monbourquette est considéré afin de bâtir des ateliers et des exercices pratiques dans le but de favoriser le processus de deuil. Les connaissances sur le deuil et le processus de deuil normal sont intégrés dans les premières rencontres et sont appliqués dans la vie quotidienne des participants à l'intervention du groupe et au fil des rencontres (Maison de l'envol, 2018).

Méthode

Nous avons prévu de recruter deux groupes de huit personnes endeuillées. Plus le nombre de participants est élevé, plus les données quantitatives seront pertinentes. Les deux groupes recevront la même intervention. Avant l'application du programme, un guide d'entretien, l'échelle de deuil de Tessier (1985) et un questionnaire sociodémographique seront remplis

par tous les participants dans la phase du prétest. Après les huit rencontres de groupes prévus, le guide d'entretien et l'échelle de deuil standardisée seront de nouveau complétés dans la phase du post-test. Une comparaison des données quantitatives et qualitatives permettra de tester l'efficacité du programme. L'analyse qualitative révélera les thématiques les plus fréquentes sur les personnes endeuillées ayant entamé et n'ayant pas entamé de processus de deuil à la suite de l'intervention.

Résultats attendus

Il est attendu que le niveau de deuil diminue et les scores aux échelles de deuil devraient baisser. Il est aussi prévu que les participants nomment et utilisent davantage de stratégies orientées vers les solutions. Grâce à cette étude, l'aide offerte par la Maison de l'envol de Rouyn-Noranda aux endeuillés pourrait devenir plus constante et de meilleure qualité. ■

**** La recherche est encore à ses débuts. Vous pouvez contacter les auteurs pour plus de précisions. Toute personne qui peut apporter de l'aide pour sa réalisation est invitée à communiquer avec les auteurs.**

Références

- Adriaensen, M.-C. et Retsylam, E. (2009). *La personne âgée face au deuil : comment lui venir en aide? : Un guide pour les proches et les professionnels*. Bruxelles : De Boeck.
- Bernier, N., Néron, S. et Dumont, S. (2007). Proches-aidants et détresse psychologique sévère : portrait d'un programme de prévention. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 7(2), 85-99.
- Breitbart, E. (2014). *Psychosocial palliative care*. New York : Oxford University Press.
- Maison de l'envol. (2018). *Programme de soutien pour personnes endeuillées* : Rouyn-Noranda. Document inédit.
- Monbourquette, J. (1996). *Groupe d'entraide pour personnes en deuil : comment l'organiser et le diriger*. Outrement, Québec : Novalis.
- Tessier, R. (1985). 1996). La mesure du deuil chez les séparé(e)s et les veuf(ve)s. *Revue Québécoise de Psychologie*, 6(3), 118-134.

PROJET

Repenser le processus de transition des détenus âgés ayant un problème de consommation de substances psychoactives

Valérie Aubut, M. Sc., étudiante au doctorat en psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières;
Chantal Plourde, Ph. D., professeure au département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières;
Mathieu Goyette, Ph. D., professeur au département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

Les sociétés occidentales assistent à un vieillissement de la population en raison du baby-boom qui s'est produit entre 1946 et 1964 (Adler, 2010). Le Québec n'y échappe pas! Un peu plus de 20 % des québécois sont âgés de 65 ans et plus et il est estimé qu'en 2031, ils soient plus de 30 % (Institut de la statistique du Québec, 2018). Les milieux de pratique des psychoéducateurs, notamment les établissements carcéraux (pénitenciers et maisons de transition), seront ainsi amenés à intervenir de plus en plus avec les personnes âgées de 65 ans et plus. Cet article propose 1) un survol des connaissances disponibles et des défis associés au processus de transition des détenus âgés ayant un historique de problèmes de consommation de substances psychoactives (SPA : alcool, drogues) et 2) de décrire un projet de recherche qui permettra d'aider notamment les psychoéducateurs dans leur intervention auprès des détenus âgés.

Vieillesse de la population carcérale

Au Canada, la proportion de détenus âgés au sein des établissements carcéraux ne cesse d'augmenter (Di Lorito, Völlm, et Dening, 2018; Iftene, 2016). Bien que cette croissance s'explique en partie par la situation démographique actuelle, l'augmentation du recours à l'incarcération et la sévérité des peines exercent également une influence sur le portrait de la situation (Arndt, Turvey, et Flaum, 2002; Maschi *et al.*, 2014). En parallèle, pour plusieurs raisons, le processus de vieillissement des détenus se réalise de façon plus accélérée que celui de la population générale. En effet, les conditions de détention difficiles, l'historique de consommation problématique de substances psychoactives (SPA : alcool, drogues), l'isolement social, la pauvreté ainsi que la concomitance de problèmes de santé physique et mentale (Arndt *et al.*, 2002; Di Lorito *et al.*, 2018) exercent une influence sur le processus. Ainsi, les détenus atteignent le statut de « personne âgée » dès l'âge de 50 ans, soit de 10 à 15 ans plus jeunes que les personnes âgées de la population générale (Arndt *et al.*, 2002; Di Lorito *et al.*, 2018). Ce statut de personne âgée s'explique par des changements corporels apparents et une augmentation des



problèmes de santé qui diminuent la capacité des personnes à se déplacer dans les établissements carcéraux conçus principalement pour des personnes en bonne santé physique (Arndt *et al.*, 2002; Maschi *et al.*, 2014). En 2017-2018, 25 % des détenus fédéraux canadiens, lesquels sont condamnés à une peine de deux ans et plus, étaient âgés d'au moins 50 ans (Sécurité publique Canada, 2018).

Ampleur et évolution de la consommation de SPA et problèmes de santé associés chez les détenus âgés

Jusqu'à présent, rares sont les études ayant documenté l'ampleur et l'évolution de la consommation de SPA chez les détenus âgés lors de l'incarcération. Toutefois, nous savons que lors de l'admission en détention, un peu plus de 70 % des détenus âgés, hommes et femmes, rapportent éprouver des problèmes associés à leur consommation de SPA (Arndt *et al.*, 2002). Les taux de prévalence estimés pour le trouble d'utilisation d'une substance (TUS) sont de 55 à 75 % chez les détenus âgés (Sterns, Lax, Sed, Keohane, et Sterns, 2008). De façon similaire aux résultats des études portant sur la consommation de SPA chez les personnes âgées de la population générale, les détenus âgés sont plus nombreux à avoir une consommation problématique d'alcool (entre 46 et 85 %) que de drogues (entre 9 et 25 %) (Arndt *et al.*, 2002). Bien que les détenus adultes poursuivent lors de leur incarcération leur consommation de SPA en y apportant certaines modifications (la nature de la substance, la fréquence, les motifs) (Plourde, Dufour, Gendron, et Brochu, 2013), jusqu'à maintenant, aucune étude canadienne ne permet d'établir le portrait précis entourant la consommation des détenus âgés lors de leur incarcération. Par ailleurs, 4,9 % des détenus âgés incarcérés au Royaume-Uni poursuivent leur consommation lors de leur incarcération (Fazel, Hope, O'Donnell, et Jacoby, 2001) alors qu'aux États-Unis, plus de 20 % des incidents rapportés pour les détenus âgés sont associés aux SPA (Gates, Staples-Horne, Walker, et Turney, 2017). Cela laisse présager que de façon similaire aux autres détenus, une proportion d'entre eux poursuivent leur consommation de SPA lors de l'incarcération. Par ailleurs, de manière générale, les détenus âgés, hommes et femmes, présentent un état de santé plus détérioré et en lien avec la consommation de SPA que la population générale.

Réintégration sociocommunautaire

La réintégration sociocommunautaire se définit comme un processus d'intégration de la personne dans un milieu de vie, mais aussi au sein de la communauté et de la société dans l'esprit de développer un sentiment d'appartenance à ce milieu (Bérard, 2015; Sterns *et al.*, 2008; Wyse, 2018).

La plupart des détenus âgés parviennent à réintégrer la société à un moment ou un autre et il est estimé que plus de 60 % d'entre eux ont de bonnes chances d'y arriver comparé à 46 % des détenus plus jeunes (Crawley et Sparks, 2006). Toutefois, les chances diminuent chez ceux qui, lors de l'incarcération, poursuivent l'utilisation de SPA (Gates *et al.*, 2017; Iftene, 2016). La préparation à la sortie joue un rôle important dans ce processus, mais les détenus âgés semblent moins bien préparés à leur retour en communauté. Cela peut s'expliquer par le peu de temps qui leur est accordé pour planifier leur sortie et les aider à développer de nouvelles stratégies d'adaptation adéquates au retour en communauté (Baidawi *et al.*, 2011; Senior *et al.*, 2013). Bien que des efforts soient déployés par le Service correctionnel du Canada pour assurer la réintégration sociocommunautaire des détenus âgés, le processus de réintégration exige de réapprendre à vivre et

La plupart des détenus âgés parviennent à réintégrer la société à un moment ou un autre et il est estimé que plus de 60 % d'entre eux ont de bonnes chances d'y arriver comparé à 46 % des détenus plus jeunes (Crawley et Sparks, 2006). Toutefois, les chances diminuent chez ceux qui, lors de l'incarcération, poursuivent l'utilisation de substances.

se reconstruire une nouvelle vie (Dubois, 2018). À cet égard, une mauvaise préparation engendre des craintes, du stress ou de la frustration lorsque les détenus âgés, hommes et femmes, possèdent peu d'information, de stratégies d'adaptation ou de compétences pour favoriser leur réussite lors d'une libération, notamment en ce qui concerne l'accès à des services en dépendance (Crawley et Sparks, 2006; Dobmeier *et al.*, 2017). De fait, la consommation de SPA altère la réintégration sociocommunautaire (Maschi *et al.*, 2014). Entre autres, la peur de reprendre contact avec des membres de l'entourage ayant subi les conséquences de la consommation est une barrière à la réintégration sociocommunautaire chez les détenus âgés ayant un historique de consommation de SPA (Dobmeier *et al.*, 2017; Iftene, 2016; Wyse, 2018). Ainsi, pour ces personnes ayant des problèmes de dépendance, le respect de conditions de libération spécifique à la consommation (s'abstenir d'en faire usage et de se retrouver avec des personnes qui en font usage ou encore dans des lieux de débit de boisson, etc.) et la recherche de services pour leurs problèmes peuvent constituer des embûches supplémentaires à leur retour en société et à la réussite de leur période de libération conditionnelle (Wyse, 2018).

Jusqu'à maintenant, l'expérience et les contextes de l'utilisation de SPA et de transition de la réintégration sociocommunautaire des détenus âgés sont encore très peu connus. Adopter une approche s'intéressant à leurs représentations permettrait de comprendre les expériences et les contextes qui influencent le processus de réintégration sociocommunautaire et leur sens donné par les détenus âgés ayant un historique de consommation de SPA.

Le présent projet

En s'intéressant à la perspective d'hommes et de femmes âgés selon la théorie des représentations sociales (Jodelet, 2008), l'étude proposée a pour objectifs spécifiques 1) de comprendre l'influence

perçue de la consommation de SPA sur le processus de transition tout en mettant en relation les dimensions sociales et les enjeux appréhendés et vécus qui influencent la réintégration socio-communautaire; 2) de documenter les stratégies d'adaptation utilisées qui visent à soutenir les détenus âgés dans leur processus de réintégration sociocommunautaire et celles liées à la diminution des conséquences associées à la consommation de SPA. Afin de mettre en lumière le processus dynamique du processus de transition, la méthode de libre expression (Abric, 1994) et le photo-voix (Wang et Burris, 1997) seront complémentaires aux entrevues qualitatives qui seront réalisées à deux reprises, soit trois mois avant leur libération et trois mois après celle-ci. Ces méthodes permettront de fixer, à un moment précis grâce à des mots et des images, le sens donné et vécu au processus de transition chez les détenus âgés ayant un historique de problèmes de consommation. Par les mots et les expressions, la méthode de libre expression permettra de saisir le sens et la représentation du processus de transition du point de vue de la personne (Abric, 1994). Lors de leur réintégration sociocommunautaire, soit trois mois après le retour en communauté, les participants seront invités à participer à une méthode photo-voix (Wang et Burris, 1997). Cette méthode permettra de créer une représentation visuelle de la réintégration sociocommunautaire (Fitzgibbon et Stengel, 2018).

Les données issues des entrevues feront l'objet d'une analyse thématique (Miles, Huberman, et Saldana, 2014) et d'une analyse conceptuelle (Kane et Trochim, 2009). L'analyse thématique permettra de faire ressortir les thèmes redondants et émergents quant aux barrières, aux facilitateurs, aux enjeux de réintégration sociocommunautaire et les dimensions reliées à l'accompagnement psychoéducatif à développer pour soutenir la transition entre l'incarcération et le retour en communauté des détenus âgés. Quant à l'analyse conceptuelle, elle permettra alors d'identifier visuellement et facilement les liens entre les représentations communes sur le sujet, soit le processus de réintégration sociocommunautaire.

Ce projet emprunte des méthodes, la libre expression et le photo-voix, utilisées principalement dans des recherches participatives dans le but d'augmenter le sentiment d'inclusion sociale et de reprise de pouvoir des personnes qui y prennent part. Ces méthodes semblent tout à fait appropriées pour répondre aux objectifs de réintégration sociocommunautaire tel que favoriser le développement d'un sentiment d'appartenance à une communauté donnée, de délaisser les activités criminelles pour prendre part à la vie collective (Bérard, 2015). De plus, les données feront l'objet d'une exposition. Cette exposition, réalisée en collaboration avec les participants et nos partenaires communautaires, permettra alors d'influencer les politiques, le développement de théorie, la prise de décisions, les actions ou l'évaluation au regard de l'amélioration des programmes d'intervention destinés aux détenus âgés ayant un problème de consommation de SPA, ce qui s'avère pertinent dans le domaine de la psychoéducation. Ce projet commencera à compter de ce printemps. Le recrutement pour participer à l'entrevue lors de l'incarcération débutera après l'obtention de l'approbation éthique (dépôt du projet prévu pour mars 2020). Environ six mois s'écouleront entre la première entrevue et la

seconde entrevue. Ainsi, autour de novembre 2020, les personnes seront contactées à nouveau pour entamer la prise de photos et participer à l'entrevue qualitative associée. L'exposition est prévue au début du printemps 2021 afin de s'assurer d'avoir une analyse approfondie des photos à exposer. ■

Références

- Abric, J.-C. (Ed.). (1994). *Pratiques sociales et représentations*. France: Presses universitaires de France.
- Adler, R. (2010). Welcome To the Future of Aging. *Journal of the American Society on Aging*, 34(3), 5–12.
- Arndt, S., Turvey, C. L., et Flaum, M. (2002). Older offenders, substance abuse, and treatment. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(6), 733–739.
- Baidawi, S., Turner, S., Trotter, C., Browning, C., Collier, P., O'Connor, D., et Sheehan, R. (2011). Older prisoners—A challenge for Australian corrections. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*, (426), 1–8.
- Bérard, F. (2015). *La (ré)intégration sociale et communautaire: socle de la réhabilitation des personnes contrevenantes. Position de l'Association des services de réhabilitation sociale du Québec (ASRSQ)*. Montréal.
- Crawley, E., et Sparks, R. (2006). Is there life after imprisonment? How elderly men talk about imprisonment and release. *Criminology and Criminal Justice*, 6(1), 63–82.
- Lorito, C., Völlm, B., et Denning, T. (2018). Psychiatric disorders among older prisoners: a systematic review and comparison study against older people in the community. *Aging et Mental Health*, 22(1), 1–10.
- Dobmeier, R. A., Korn, S. K., Johnson, C., Fleck, C. M., Cenci, E. S., Giglia, L. A., ... Morde, M. D. (2017). Reentry Needs: Men Who Are Young, Hispanic, Older, or With Mental Illness. *Adultspan Journal*, 16(2), 93–105.
- Dubois, M.-È. (2018). *La réinsertion sociale: les défis rencontrés à la suite d'une détention fédérale ou provinciale*. Université de Montréal.
- Fazel, S., Hope, T., O'Donnell, I., et Jacoby, R. (2001). Hidden psychiatric morbidity in elderly prisoners. *British Journal of Psychiatry*, 179(DEC.), 535–539.
- Fitzgibbon, W., et Stengel, C. M. (2018). Women's voices made visible: Photovoice in visual criminology. *Punishment and Society*, 20(4), 411–431.
- Gates, M. L., Staples-Horne, M., Walker, V., et Turney, A. (2017). Substance use disorders and related health problems in an aging offender population. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 28(2), 132–154.
- Iftene, A. (2016). Unlocking the doors to Canadian older inmate mental health data: Rates and potential legal responses. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 36–44.
- Institut de la statistique du Québec. (2018). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2018*. Québec.
- Jodelet, D. (2008). Le mouvement de retour vers le sujet et l'approche des représentations sociales. *Connexions*, 89(1), 25–46.
- Kane, M., et Trochim, W. (2009). Concept Mapping for Applied Social Research. In *The SAGE Handbook of Applied Social Research Methods* (2nd ed., pp. 435–474).
- Maschi, T., Viola, D., Harrison, M. T., Harrison, W., Koskinen, L., et Bellusa, S. (2014). Bridging community and prison for older adults: invoking human rights and elder and intergenerational family justice. *International Journal of Prisoner Health*, 10(1), 55–73.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., et Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: a methods source-book*. (3rd Edition). Arizona: Sage Publications.
- Plourde, C., Dufour, N., Gendron, A., et Brochu, S. (2013). Pathways of substance use among female and male inmates in canadian federal settings. *International Annals of Criminology*, 51(1/2), 23–37.
- Sécurité publique Canada. (2018). *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition - Rapport 2017*.
- Senior, J., Forsyth, K., Walsh, E., O'Hara, K., Stevenson, C., Hayes, A., ... Shaw, J. (2013). Health and social care services for older male adults in prison: the identification of current service provision and piloting of an assessment and care planning model. *Health Services and Delivery Research*, 1(5), 1–160.
- Sterns, A. A., Lax, G., Sed, C., Keohane, P., et Sterns, R. S. (2008). A national survey of older prisoner health, mental health and programming. *Corrections Today*, (August), 70–76.
- Wang, C., et Burris, M. A. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education et Behavior*, 24(3), 369–387.
- Wyse, J. J. (2018). Older Former Prisoners' Pathways to Sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 36(1), 32–53.

RÉSULTATS DE RECHERCHE

Évaluation d'un programme de prévention du stress chronique auprès des aînés : un regard sur l'adaptation¹

Marie-Josée Richer, étudiante au doctorat en psychoéducation et Pierrich Plusquellec, professeur en psychoéducation, Université de Montréal

Les changements démographiques qui se traduisent par une croissance fulgurante de la population âgée mobilisent les communautés à s'adapter à cette nouvelle réalité (Statistiques Canada, 2015). En effet, des années supplémentaires pour jouir de la vie entraînent une redéfinition des besoins et des attentes envers cette période de « retraite » (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2016). Du côté des besoins en santé mentale, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes révèle un portrait préoccupant en soulignant une diminution significative de la perception de la qualité de la santé mentale chez les aînés de 2007 à 2014 (Institut de la statistique du Québec, 2016). Les personnes âgées de 75 ans rapportent une moins bonne santé mentale comparativement aux tranches plus jeunes de la population. Selon les données récoltées au cours des années 2013 et 2014, 23 % des personnes âgées entre 65 et 74 ans rapportent avoir une santé mentale passable ou mauvaise; cette proportion augmente à 33 % chez les personnes âgées de plus de 75 ans (Institut de la statistique du Québec, 2016). Selon la même enquête, précisons que seulement 4,9 % des personnes âgées de plus de 65 ans indiquent avoir consulté un professionnel pour aborder des difficultés au niveau de leur santé mentale et émotionnelle.

Il existe une myriade de déterminants du vieillissement en santé (Cardinal, Langlois, Gagné et Tourigny, 2008). Les études dans le domaine de la psychologie positive soulèvent l'apport notable de la perception du bien-être au niveau de la santé mentale sur la santé globale de tous les individus, les aînés ne faisant pas exception (Huppert et Wittington, 2004; Linley et Joseph, 2004). Le bien-être psychologique englobe les perceptions quant à la réalisation de soi, la qualité des relations sociales, l'engagement dans la communauté et, celui qui nous intéresse, la capacité à gérer le stress (OMS, 2001; 2004).

La principale raison des préoccupations entourant la notion de stress chez les aînés est l'importante croissance des problèmes de santé liés à la chronicité du stress (Mantella *et al.*, 2008; Murri *et al.*, 2014). L'exposition prolongée à des stressors peut en effet induire des conséquences importantes tant sur le plan physiologique que psychologique. Au fil du temps, elle constitue un facteur de risque majeur au développement de plusieurs conditions physiques telles qu'une plus grande fragilité du système immunitaire, des maladies cardiovasculaires, le diabète de type II, l'ostéoporose, l'arthrite, ainsi que certains types de cancers (Fiocco, Poirier,

Joobert, Nair et Lupien, 2008; Kiecolt-Glaser *et al.*, 2005, Vitaliano *et al.*, 2002). Quant à la santé mentale des aînés, le stress chronique est associé à la détresse psychologique, la dépression, l'anxiété, ainsi qu'à la diminution du niveau de satisfaction globale quant à sa vie (Fiocco *et al.*, 2007; Mantella *et al.*, 2008; Murri *et al.*, 2014). Bref, l'exposition au stress au cours du vieillissement explique une part importante de la variance de l'état de santé physique et mentale chez les aînés (Bielauskas, Counte et Glandon, 1995).

Le stress est une notion biologique et psychologique complexe impliquant une transaction entre la perception subjective d'un agent stressor provenant de l'environnement et la réaction physiologique du corps afin de réagir à cette menace. La majorité des chercheurs étudiant le stress s'entendent sur les moyens efficaces pour gérer le stress chronique, soit l'utilisation de stratégies d'adaptations émotionnelles et cognitives diversifiées ainsi que le recours à un réseau social soutenant (Richardson et Rothstein, 2008; Lupien 2015). Au cours du vieillissement, les capacités adaptatives évoluent en fonction de l'expérience, mais aussi des capacités cognitives pour les mettre en œuvre. En effet, les personnes âgées favoriseraient davantage les stratégies nécessitant moins de ressources cognitives telles que les stratégies de sélection (p. ex. : éviter les situations sujettes à faire vivre du stress) et de distraction (p. ex. : centrer l'attention sur les éléments positifs). Toutefois ces stratégies qui seraient moins efficaces pour faire face aux stressors chroniques (Carstensen, Isaacowitz et Charles, 1999; Isaacowitz, et Blanchard-Fields, 2012). Il est intéressant de souligner que le réseau social aurait une double action chez les aînés, c'est-à-dire qu'il stimulerait l'utilisation de stratégies d'adaptation diversifiées en plus de réduire le stress perçu (Scott, Jackson et Bergeman, 2011).

Dans ce contexte, l'objectif de cette étude est d'évaluer la mise en œuvre et les effets d'un programme de prévention du stress chronique adapté à la population vieillissante et déployé dans des milieux de pratique. Le présent article se limite aux résultats de l'**implantation** du programme dans les milieux de pratique. Plus particulièrement, les étapes pour l'adaptation du programme seront présentées, ainsi qu'un examen de l'acceptabilité et la faisabilité de l'intervention en fonction des méthodes de recrutements et d'implantation expérimentés.

¹ La version intégrale de cet article, qui précise le contexte théorique, des éléments méthodologiques et certaines informations concernant les résultats, est disponible sur le site Web de l'Ordre à l'adresse <http://bit.ly/2wFNi3u>

Le programme à l'origine de l'adaptation

Le Centre d'Étude sur le Stress Humain (CESH) propose un programme de prévention du stress chronique pouvant être offert à un éventail de clientèles, et ce, sous deux formats : ateliers de groupe ou application web de manière individuelle. Inspiré des connaissances en psychoneuroendocrinologie du stress et du modèle cognitivo-comportemental, le programme a d'abord été développé sous un format de groupe pour une clientèle adolescente sujette au stress, en particulier, induit par la transition primaire-secondaire (Détresse et Progrès®). Il comprend cinq ateliers d'une durée de 50 minutes chacun et a été validé auprès de 507 adolescents de deux écoles secondaires : une diminution du niveau de cortisol et une réduction des troubles d'adaptation associés au stress tels que la dépression (Lupien *et al.*, 2013) ont ainsi été observés.

En vue d'opter pour une approche préventive, il semblait essentiel de cibler un programme court, sous forme de cinq ateliers de groupe en plus d'être en mesure de partager facilement les mêmes connaissances et stratégies de gestion du stress aux acteurs du réseau des aînés pour favoriser la pérennité de l'intervention.

Procédures

La démarche comprend une adaptation du programme, selon deux types d'adaptation, soit proactive et réactive (Moore, Bumbarger et Cooper, 2013).

D'abord, l'*adaptation proactive* visait des éléments de surface, soit le langage utilisé et le visuel, ainsi que des éléments sur le contenu, soit l'ajout d'explications sur la théorie du stress en vue de mieux saisir le sens des stratégies proposées, de liens entre stress et vieillissement et de modifications d'activités de mise en relation. La mise en application du programme a également été repensée à la lumière des recommandations de la littérature scientifique afin de limiter le nombre de participants dans les groupes à 8 et de prolonger la durée des séances de 45-60 minutes à 60 à 75 minutes. En ce qui concerne le dosage, cette première adaptation proposait également l'ajout (au besoin) d'une sixième séance dont le sujet était la contagion du stress avec les proches. Ce dernier volet se voulait une séance ouverte à laquelle les membres du réseau des participants étaient invités. Pour soutenir la mise en œuvre, un manuel de l'animateur a été rédigé. De plus, six présentations PowerPoint ont été développées pour accompagner l'animation (une par atelier), ainsi qu'un cahier d'exercice pour les participants.

L'*adaptation réactive* a été réalisée après une première mise en application du programme auprès d'une vingtaine de participants. Les changements opérés à ce stade ont visé un meilleur ajustement à la clientèle en répondant aux réactions des participants lors de la mise en application et de la rétroaction des participants à partir de groupes de discussion. Cette première mise en œuvre a permis d'adopter plusieurs changements afin de clarifier des concepts (stress vs émotions; stress vs anxiété) et de mieux cerner le besoin quant au sixième atelier proposé, qui a été plébiscité et s'est révélé essentiel pour l'ensemble des participants.

La stratégie de recrutement a ciblé des organisations privées et communautaires qui offrent différents types de services aux aînés dans la région métropolitaine (hébergements, centres de jour, services psychosociaux). Neuf organisations ont été contactées pour leur proposer les ateliers de gestion du stress et leurs évaluations (3 organisations privées et 6 organisations communautaires). Au final, les participants proviennent de deux types de milieux : une organisation privée offrant des résidences pour personnes retraitées (précisément 9 résidences); des organisations offrant différents types de services psychosociaux aux aînés (2 organisations).

Le plan d'implantation du projet incluant le programme et les mesures de recherche, était d'une durée de 26 semaines comprenant la première évaluation pré-intervention et l'animation auprès du groupe de comparaison après les deux évaluations post-intervention (trois semaines et trois mois après l'intervention). La principale composante de la mise en œuvre était la participation des aînés aux 6 ateliers de groupes (5 à 8 personnes) à même les milieux recrutés. Une composante secondaire ciblait les membres de leurs réseaux respectifs (employés des milieux ou encore les proches des aînés participants, invités par ces derniers) en les invitant à participer au programme web.

Profils des participants

Un total de 173 personnes âgées entre 57 et 92 ans (âge moyen de 76,6 ans) (n=93 dans la condition expérimentale; n=80 dans la condition de comparaison) ont été recrutées. Les participants ont été divisés en 29 groupes d'intervention de 4 à 8 participants animés à même les 11 milieux recrutés. L'échantillon est composé principalement de femmes (85,4 %). La majorité de l'échantillon est née au Canada (91 %) et plus de la moitié réside seule (58,5 %). Sur le plan clinique, 10,9 % des participants rapportent un stress élevé [27 sur 52] et 60,5 % se disent modérément stressés [14-26 sur 52]. Les résultats au questionnaire (Hospital Anxiety and Depression Scale) soulèvent une présence de troubles anxio-dépressifs chez 43 % des participants (37,5 % présenteraient un niveau clinique de symptômes anxieux; 6,3 % de symptômes dépressifs). On ajoute à ce nombre une suspicion de troubles anxieux ou dépressif dans une proportion respective de 24,4 % et 15 %. Ces taux observés dans l'échantillon sont supérieurs aux taux de prévalence d'anxiété et de stress chez la même tranche d'âge dans la population générale (Djukanovic, Carlsson et Årestedt, 2017; Ezzati *et al.*, 2014).

Résultats

Sur le plan des organisations, le processus de recrutement révèle un intérêt envers ce type de programme pour l'ensemble des milieux contactés. Pour assurer la faisabilité de ce type d'intervention, il semble préférable de cibler des milieux de vie tels que des résidences pour personnes âgées. Les organismes communautaires offrant des services aux proches aidants peuvent également être un terrain de mise en œuvre intéressant, d'autant plus si l'organisme accepte d'ouvrir les ateliers à tous (aidant, aidé, anciennement proche aidant, membres de la communauté) avec une visée préventive.

Concernant le profil des participants recrutés, il semblerait que le programme ait rejoint majoritairement des individus vivant une certaine détresse psychologique. Les participants y auraient perçu une ressource d'aide afin de répondre à leur besoin. À la suite de l'intervention, 10 participants ont été référés à différents organismes / services pour répondre à des besoins plus spécifiques (ex.: fardeau sévère d'aidant, idéations suicidaires, isolement social marqué, attaques de panique).

Sur le plan de la clientèle cible, une conférence ayant pour titre *Stress et vieillissement* semblait la méthode de choix pour recruter les participants. Le projet de recherche était introduit et décrit à la fin de la présentation. Il a été constaté qu'il était plus facile de recruter des participants si une rencontre en petits groupes était proposée dans un deuxième temps pour y remettre et expliquer les formulaires de consentement plutôt que de remettre l'ensemble de l'information sur le projet lors du premier contact (c.-à-d. les formulaires d'information et de consentement).

Huit milieux sur 11 ont reçu la formation par le CESH pour animer le programme. Parmi ces derniers, deux milieux (milieux de services) ont participé à l'animation. Au sujet de l'animation des ateliers dans les résidences, les animateurs ciblés étaient les intervenants en loisirs. Les groupes de discussion animés dans les résidences ont révélé de manière unanime dans 5 résidences que les participants préféraient que les ateliers soient animés par une personne de l'extérieur de la résidence afin d'avoir un gage de confidentialité des échanges et de s'assurer que l'animateur ait une formation en relation d'aide.

Concernant le profil des participants recrutés, il semblerait que le programme ait rejoint majoritairement des individus vivant une certaine détresse psychologique. Les participants y auraient perçu une ressource d'aide afin de répondre à leur besoin. À la suite de l'intervention, 10 participants ont été référés à différents organismes/services pour répondre à des besoins plus spécifiques (ex. : fardeau sévère d'aidant, idéations suicidaires,

isolement social marqué, attaques de panique). La relation créée dans les ateliers a alors permis à l'animatrice de dépister des difficultés ne pouvant être atténuées par le programme et de référer ces participants vers les ressources adéquates.

Pour conclure, l'engagement des participants dans la démarche a été très élevé soutenant la faisabilité de la participation et l'acceptabilité du programme. En effet, on observe un taux d'attrition aux ateliers de 8,1 % seulement dont la majorité proviennent du groupe de comparaison (11/15 participants). Les abandons sont dus à des problèmes de santé (soi ou des proches) ou des conflits d'horaire (rendez-vous médicaux, engagement dans la communauté).

Conclusion

Dans le cadre de ce projet de recherche, nous souhaitons, entre autres, évaluer la mise en œuvre, plus particulièrement la faisabilité et l'acceptabilité d'un programme de groupe sous forme d'ateliers. La stratégie d'implantation initiale visait des méthodes ayant pour but de favoriser la pérennité et le succès de l'intervention en impliquant les membres du réseau. L'expérience vécue permet de constater qu'il est plus difficile de rejoindre le réseau des aînés, mais que son engagement ne semble pas avoir influencé le niveau de participation de ces derniers. Le programme, qui se voulait préventif, semble rejoindre une grande proportion de personnes vivant de la détresse psychologique. Ainsi, les adaptations visant la clarification de concepts et servant à déconstruire des mythes sur la santé mentale et le vieillissement ont permis de créer un espace de parole où il a été possible de repérer des individus avant des besoins de soutien psychologique supplémentaire. La prochaine étape sera de mettre en relation ces indicateurs de mise en œuvre du programme avec les mesures d'effets. ■

Références

- Bielaskas, L., Counte, M. A. et Glandon, G. L. (1995). Inventorying stressing life events as related to health change in the elderly. *Stress Medecine*, 11, 93-103.
- Cardinal, L., Langlois, M. C., Gagné, D. et Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé: proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique.
- En ligne: http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillesseSante.pdf.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M. et Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American psychologist*, 54(3), 165.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Djukanovic, I., Carlsson, J. et Årestedt, K. (2017). Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a valid measure in a general population 65–80 years old? A psychometric evaluation study. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 193.
- Ezzati, A., Jiang, J., Katz, M. J., Sliwinski, M. J., Zimmerman, M. E., et Lipton, R. B. (2014). Validation of the Perceived Stress Scale in a community sample of older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(6), 645-652.
- Fiocco, A. J., Poirier, J., Joobar, R., Nair, N. P. V. et Lupien, S. (2008). Acute and long-term associations between ApoE genetic polymorphism, cortisol levels, and declarative memory performance in older adults. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 625-633.
- Fiocco, A. J., Nair, N.P.V., Schwartz, G., Ng Ying Kin, F., Joobar, R., Poirier, J. et Lupien, S. J. (2007). Influence of genetic polymorphisms in the apolipoprotein (APOE) and the butyrylcholinesterase (BChE) gene on stress markers in older adults: A 3-year study. *Neurobiology of aging*, 30, 1001-1005.
- Huppert, F. A. et Wittington, J. E. (2004). Positive mental health in individuals and populations. Dans F. A. Huppert et N. Baylis, (dir.) *The Science of Well being* (307-340). Keverne Oxford: Oxford University Press.

Institut de la statistique du Québec (2016). *La santé des québécois : 25 indicateurs pour en suivre l'évolution de 2017 à 2014. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne. Gouvernement du Québec.* <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois-2007-2014.pdf>

Isaacowitz, D. M. et Blanchard-Fields, F. (2012). Linking process and outcome in the study of emotion and aging. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 3–17.

Kiecolt-Glaser, J. K., Loving, T. J., Stowell, J. R., Malarkey, W. B., Lemeshow, S., Dickinson, S. L. et Glaser, R. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Archives of general psychiatry*, 62(12), 1377-1384.

Lupien, S. (2015). L'histoire de la science du stress : de Hans Selye à la découverte des anti-inflammatoires. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 275-28.

Lupien S. J., Ouellet-Morin, I., Trépanier, L., Juster, R. P., Marin, M. F., François, ... Plusquellec, P. (2013). The destress for success program: Effects of a stress education program on cortisol levels and depressive symptomatology in adolescents making the transition to high school. *Neuroscience*, 249, 74-87.

Linley, P.A., et Joseph, S. (2004). *Positive psychology in practice*. Hoboken, NJ: Wiley.

Mantella, R. C., Butters, M. A., Amico, J. A., Mazumdar, S., Rollman, B. L., Begley, A. E., ... Lenze, E. J. (2008). Salivary cortisol is associated with diagnosis and severity of late-life generalized anxiety disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 773-781.

Mason, J. (1968). A review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenal cortical system. *Psychosomatic Medicine*, 30(5), 631-653.

Moore, J. E., Bumbarger, B. K., et Cooper, B. R. (2013). Examining adaptations of evidence-based programs in natural contexts. *Journal of Primary Prevention*, 34, 147–161.

Murri, M. B., Pariante, C., Mondelli, V., Masotti, M., Atti, A. R., Mellacqua, Z., ... Amore, M. (2014). HPA axis and aging in depression: Systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 41, 46-62

Organisation Mondiale de la Santé (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva; World Health Organisation.

Organisation Mondiale de la Santé (2004). *Promoting Mental Health; Concepts emerging evidence and practice. Summary report*. Geneva; World Health Organisation.

Organisation Mondiale de la Santé (2016). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf

Perls, T., Kunkel, L. M. et Puca, A. A. (2002). The genetics of exceptional human longevity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(2), 359-368.

Plusquellec, P., Massé, S., Fouda, Y., Gaumont, C., Bujoli, B., Reyburn, G., ... Lupien, S. (2016). An uncontrolled pilot study examining changes in physiological and psychological outcomes among adolescents with high-risks of behavioral disorders following the Destress for success program. *International journal of education and social science*, 3, 79-92.

Richardson, K. M. et Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 69-93.

Roberge, P., Dore, I., Menear, M., Chartrand, E., Ciampi, A., Duhoux, A., et Fournier, L. (2013). A psychometric evaluation of the French Canadian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large primary care population. *Journal of Affective Disorders*, 147, 171–179.

Scott, S. B., Jackson, B. R. et Bergeman, C. S. (2011). What contribute to Perceived Stress in Later life ? A recursive Partitionning approach. *Psychology and Aging*, 26, 4, 830- 843.

Statistiques Canada (2015). Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires. Récupéré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-215-x/91-215-x2015000-fra.htm>

Vitaliano, P.P., Scanlan, J. M., Zhang, J., Savage, M.V., Hirsch, B. et Siegler, I. C. (2002). A path model of chronic stress, the metabolic syndrome, and coronary heart disease. *Psychosomatic medicine*, 64, 418-435.



Université du Québec
à Trois-Rivières
Centre universitaire
de Québec

**Programme offert
EXCLUSIVEMENT
à Québec!**

Limite de 15 personnes
par cohorte

Programme court de 2^e cycle en

INTERVENTION PSYCHOSOCIALE EN CONTEXTE D'AVENTURE

Automne 2020 • Inscrivez-vous dès maintenant!



uqtr.ca/fc.ipca

FORMATIONS

OFFERTES PROCHAINEMENT PAR L'IFTCC

L'IFTCC est un centre de formation à la thérapie cognitive et comportementale qui se démarque par la qualité de ses formateurs/formatrices et ses enseignements à la fine pointe des connaissances.

[Tarifs étudiants et prix de groupe sur toutes les formations]

ACTIVATION COMPORTEMENTALE SELON LE MODÈLE BATD-R :
comment aider concrètement vos clients qui ont des problèmes d'humeur et de fonctionnement

DATES Laval : 20 mars 2020
Trois-Rivières : 5 juin 2020

**COMMENT INTERVENIR DANS DES SITUATIONS DIFFICILES
AUPRÈS DE PERSONNES PRÉSENTANT DES PROBLÈMES DE
SANTÉ MENTALE**

DATE Trois-Rivières : 4 juin 2020



FORMATEUR
Dominic Pesant, M.Ps
psychologue

LE TRAITEMENT DU TROUBLE PANIQUE ET DE L'AGORAPHOBIE :
Mise à jour des interventions cognitives
et comportementales

DATE Montréal : 24 avril 2020



FORMATEUR
Dre Amélie Seidah, Ph.D.
psychologue

**INTÉGRER LES STRATÉGIES D'AUTOAPAISEMENT, DE PLEINE
CONSCIENCE ET DE YOGA DANS SA PRATIQUE CLINIQUE**

DATES Montréal : 5 et 6 juin 2020
Québec : 25 et 26 septembre 2020



FORMATEUR
Isabelle Soucy, Ph.D.
psychologue



**INSTITUT
DE FORMATION
EN THÉRAPIE
COMPORTEMENTALE
& COGNITIVE**

VISITEZ
notre site pour de la
FORMATION EN LIGNE
et un service de
**SUPERVISION
CLINIQUE**

INFORMATIONS
IFTCC.COM | INFO@IFTCC.COM
418 569-1545

FORMATIONS EN LIGNE

TELLEMENT FACILITANT!

Toutes les formations et conférences de Danie Beaulieu, Ph. D. sont maintenant disponibles en ligne, où et quand vous le voulez!



AVANTAGES

Sur notre page d'accueil, cliquez sur Menu des formations, puis choisissez celle qui vous intéresse. Une fois inscrit(e), vous recevrez un code et une adresse où vous connecter.

Il n'y a aucune date d'expiration à votre code jusqu'à sa première activation. Sa durée de vie sera alors de 8 à 15 jours, selon que vous avez opté pour une formation de 6h ou de 13 heures et plus.



THÉRAPEUTE D'IMPACT

*20% de réduction à l'achat
du programme complet en un versement.*

Bye Bye Anxiété (fr-en)

Développer l'intelligence
émotionnelle des petits et
des grands

Le burnout et la dépression :
gravir les échelons vers la
guérison (fr-en)

Le deuil et ses issues (fr-en)

L'Art de semer

Primate Automate Diplômé
(fr-en)

Relations Interpersonnelles:
gérer ses différends et ses
différences

Thérapie d'Impact

Techniques d'Impact en
individuel (fr-en)

Techniques d'Impact en
groupe-couple-famille

Capsules éducatives
d'Impact (fr-en)

Techniques d'Impact en
employabilité

- Matériel pédagogique inclus.
- Téléchargez votre diplôme.
- Forfaits de groupe disponibles.
- Où et quand vous voulez.
- Fonctions arrêt, pause, avance, recule.
- Prix compétitifs.
- Extraits disponibles gratuitement pour sélectionner vos choix de formations.
- Possibilité de revoir la formation en tout ou en partie pour approfondir vos apprentissages.
- Service 7 jours sur 7 avec numéro sans frais.
- Évitez les frais de déplacement, de remplacement, de gardiennage, etc.



WWW.ACADEMIEIMPACT.COM

1 888 848-3747