



Ordre des orthophonistes
et audiologistes du Québec

MÉMOIRE DE L'ORDRE DES ORTHOPHONISTES ET AUDIOLOGISTES DU QUÉBEC



Mars 2021

La communication : moyen incontournable de la prise en compte du problème de maltraitance



TABLE DES MATIÈRES

Présentation	3
Contexte	3
La communication	4
Thème 1 - Âgisme	4
Démence et préjugés	5
Les bonnes attitudes	6
Tenir compte de l'auto-âgisme	6
Projets prometteurs qui visent à lutter contre l'âgisme	6
Thème 2 - Maltraitance psychologique	7
Initiatives à mettre en place pour lutter contre la maltraitance psychologique	7
Reconnaitre la négligence communicationnelle	7
Briser l'isolement	8
Agir lorsqu'elle est concomitante avec d'autres formes de maltraitance	8
Prévenir ces situations avec l'entourage proche de la personne âgée.....	8
Les personnes âgées qui sont aux prises avec ce type de maltraitance commise par un proche	9
Thème 3 - Maltraitance organisationnelle.....	10
Démarches prioritaires à mettre de l'avant pour lutter contre la maltraitance organisationnelle	10
Programme de formation continue sur la communication empathique	10
Pratiques considérées comme étant de la maltraitance organisationnelle.....	12
La non-reconnaissance des problèmes auditifs	12
Les troubles de déglutition considérés les mêmes pour tous.....	12
Un leadership fort	13
Thème 4 - Bientraitance	13
Définition proposée dans le PAM 2017-2022.....	13
Une culture de la bientraitance	14
La communication comme véhicule de la bientraitance	14
L'empathie au cœur d'une culture de soins bientraitante	15
Milieux de vie où il faut donner priorité au développement de pratiques bientraitantes	15
En CHSLD.....	15
Au soutien à domicile.....	15
Recommandations	16
Bibliographie	18

Présentation

L'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ) contribue à l'amélioration de la qualité de vie de la population québécoise en s'impliquant dans différents dossiers publics en lien avec la santé et l'éducation. Il compte plus de 450 audiologistes et 2900 orthophonistes.

Régi par le Code des professions dont la mission est d'assurer la protection du public au regard du domaine d'exercice de ses membres soit les troubles de la communication et de l'audition, l'Ordre est notamment chargé de surveiller l'accès aux professions d'orthophoniste et d'audiologiste, de soutenir le maintien et le développement de la compétence de ses membres ainsi que de surveiller leur exercice professionnel.

Contexte

L'OOAQ est très heureux de participer à cette importante consultation en vue de l'élaboration du Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (PAM) pour les années 2022 à 2027. Les aînés, dont la population est grandissante et les besoins spécifiques, sont au cœur des préoccupations des orthophonistes et des audiologistes.

L'Ordre est convaincu que pour comprendre comment s'articule la maltraitance dans la vie des aînés, il est impératif de mettre l'emphase sur les relations humaines et surtout, sur le rôle clé joué par la communication à cet égard. Ainsi, avant toute chose, il est important de rappeler que la communication humaine est un besoin fondamental et à la base de toute relation avec autrui. L'audition et la communication sont le moteur des interactions sociales via lesquelles les humains s'engagent dans des rôles sociaux valorisants et stimulants, et ce, quel que soit l'âge. Or, communiquer est un acte si intimement inscrit dans notre nature humaine et notre expérience quotidienne qu'il est tenu pour acquis et passe inaperçu.

Communiquer est un acte hautement complexe qui demande une bonne perception visuelle (par exemple pour identifier qui parle et dans quel contexte ainsi que pour décoder les indices non verbaux), et en particulier, une perception auditive suffisante pour bien interpréter les sons de la parole. Communiquer nécessite également des capacités langagières tant sur le plan de l'expression que sur le plan de la compréhension des sons, des mots, des phrases et du discours. Évidemment, la grande particularité de la communication est que cet acte ne peut se produire sans la participation active d'un interlocuteur et ne repose donc pas seulement sur l'aîné, le patient ou le résident. La communication s'inscrit ainsi dans une dynamique dyadique et dans un contexte précis, qu'il soit familial ou de soins.

La communication est au cœur des relations avec les autres et constitue le fondement des sentiments d'estime de soi et de bien-être. Le langage et l'audition sont les piliers de la communication humaine et des éléments essentiels dans la mise en place des interactions sociales, et ce, tout au long de la vie, y compris dans le cadre des maladies graves pouvant survenir dans le cadre du vieillissement¹. Préserver une bonne communication est essentielle pour assurer une qualité de vie et une qualité des rapports humains qui la soutiennent.



La communication

LA COMMUNICATION EST LE
MOYEN INCONTOURNABLE DE
LA PRISE EN COMPTE DU
PROBLÈME DE LA
MALTRAITANCE.

La communication se voit particulièrement limitée dans des contextes d'isolement. Ce manque d'occasions de communication et de partage atteint des niveaux très élevés chez les personnes résidant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), dont la solitude est fréquente. De plus, entre 60% et 80% des personnes en CHSLD vivent avec des troubles neurocognitifs sévères, caractérisés par des difficultés de communication importantesⁱⁱ. Ainsi, la recherche démontre que les troubles de la communication constituent une barrière aux soins de qualité, tout en ayant des impacts négatifs sur la qualité de vie des résidents, ainsi que sur le fardeau et le sentiment d'accomplissement professionnel du personnel soignantⁱⁱ. Cet effet domino résultant des difficultés de communication d'origine neurocognitive, jumelé au manque de formation appropriée des aidants quant aux meilleures façons de communiquer avec les résidents, peut conduire rapidement à une détérioration de la relation aidant-aidé, créant ainsi un terrain propice à la maltraitance. Ainsi, pour préserver la qualité de soins et prévenir la maltraitance, il faut préserver la communication entre aidants et aidés.

Pour ce mémoire, nos propos viseront à illustrer que les personnes âgées sont souvent victimes d'une négligence communicationnelle, bien que celle-ci ne soit généralement pas intentionnelle. Nous mettrons de l'avant l'importance de former les intervenants de la santé aux concepts et stratégies relatives à la communication empathique tant pour contrer la maltraitance que promouvoir la bientraitance envers les âgés. Comme le disait déjà Moguen-Boudet et coll (2003)ⁱⁱⁱ la communication est le moyen incontournable de la prise en compte du problème de la maltraitance.

Thème 1 - Âgisme

Selon votre expérience, qu'est-ce que le gouvernement du Québec devrait faire pour lutter contre l'âgisme ?

L'âgisme est le fait d'avoir des préjugés ou un comportement discriminatoire envers des personnes ou des groupes en raison de leur âge. L'âgisme peut prendre de nombreuses formes, notamment des comportements fondés sur des préjugés, des pratiques discriminatoires ou des politiques et pratiques institutionnelles tendant à perpétuer les croyances de ce type^{vi}. Reconnaître et valoriser l'autre, peu importe son âge et sa condition, est la base de la lutte pour contrer l'âgisme. Une avenue essentielle est de reconnaître la communication comme véhicule des interactions et des soins et services offerts aux personnes âgées. Il faut démystifier les croyances et mettre l'accent sur les dimensions constructives et positives du vieillissement, ainsi que sur la valeur ajoutée d'une perspective de collaboration intergénérationnelle pour favoriser un enrichissement mutuel^{iv}.

Le discours sociétal à propos du vieillissement doit changer, car il n'y a pas un vieillissement, mais bien des vieillissements, comme il n'y a pas une jeunesse mais des jeunesses, avec des vulnérabilités et des forces dans les deux cas. Cette diversité, si elle est reconnue, peut devenir une source de richesse sociétale pour tous. En particulier, pour les plus vulnérables, le respect et la valorisation de la personne, au-delà de ses particularités, constitue un devoir moral de toute société qui se veut humaniste.

Pour atteindre ces objectifs ambitieux, il sera essentiel de mettre de l'avant de nouvelles formations destinées aux proches aidants et personnel du réseau de la santé portant sur le vieillissement normal, sur la communication tout en s'assurant que les concepts liés à l'empathie y soient aussi intégrés, tant en formation initiale qu'en formation continue. Il faudra aussi démystifier les mythes pour contrer les préjugés à propos de la démence et autres conditions de santé dont l'incidence accroît avec le vieillissement. Il sera important de former les intervenants à une notion de communication qui dépasse la seule transmission de consignes ou d'information. En effet, celle-ci doit plutôt être vue comme un partage mutuel qui se coconstruit^v. L'importance de l'histoire de vie, le contenu émotionnel et personnalisé des échanges et la reconnaissance de l'autre et de son identité sont des notions essentielles à aborder. Contribuant à la création d'une culture bientraitante et empathique, ces formations pourront inclure toutes ces notions, tout en outillant les intervenants avec des stratégies et moyens de communication permettant de préserver une relation de qualité, une qualité de vie et un sentiment d'accomplissement personnel.

Démence et préjugés



L'OMS^{vi} rapporte qu'il a été démontré que l'âgisme peut provoquer un stress cardiovasculaire, réduire le sentiment d'auto-efficacité ainsi que la productivité et qu'il génère son lot d'attitudes négatives, y compris au sein des établissements de santé et d'aide sociale où les personnes âgées sont le plus vulnérables. Un lien direct peut être fait avec les stigmas liés à la démence. La capacité cognitive réelle des aînés est souvent mal évaluée et les intervenants peuvent les infantiliser. Il y a souvent une énorme différence entre les réels besoins qu'une personne âgée tente d'exprimer et ce que son

interlocuteur est capable de comprendre de ce qu'elle vit, de ce qu'elle veut dire. Cette forme d'âgisme est malheureusement bien présente dans tous les milieux de soins et de vie fréquentés par des aînés.

Cependant, comment communiquer dans un contexte de trouble neurocognitif majeur? En effet, le trouble neurocognitif majeur limite particulièrement la capacité à comprendre et à s'exprimer de manière verbale, ce qui amène des bris de communication fréquents qui érodent la relation aidant-aidé, augmentant le risque de maltraitance. Ne plus pouvoir communiquer altère l'identité d'une personne et le regard que posent les autres sur elle. Vivre des situations de handicap en lien avec la communication engendre de la frustration, pouvant contribuer à des modifications du comportement observé auprès de ces aînés. Souvent les troubles de la communication présents dans la démence empêchent le résident d'exprimer ses besoins fondamentaux. L'agitation survient quand il n'y a pas la réponse adéquate à ses besoins, et c'est alors qu'elle peut être suivie de manifestations plus graves.

Cela dit, la communication est beaucoup plus que les mots que l'on dit ou que l'on peut comprendre. En effet, la communication peut être non-verbale, s'exprimer par des cris, des comportements, mais il s'agit fondamentalement d'une attitude, une intention de partage et d'émotions. La recherche montre que le partage des émotions positives favorise une communication bienveillante entre les aidants et les personnes atteintes de

démence, préservant ainsi l'engagement social et le bien-être des résidents et des aidants dans un contexte de soins^{vi vii viii ix}.

Les bonnes attitudes

Il a été démontré que les stratégies de communication spécifiques à chaque type de clientèle permettent de gagner du temps en gestion de troubles du comportement reliés à un échec de communication^x. Il est aussi démontré que l'utilisation de bonnes stratégies de communication par les aidants diminue leur fardeau, source de burnout ou de roulement du personnel en CHSLDⁱⁱ. Il devient donc essentiel d'adapter des stratégies et comportements facilitant la communication entre l'aidant et l'aidé. Le vieillissement est souvent vu comme un processus de perte à la fois physique, cognitive et sociale. Pourtant, il faut tenir compte de bon nombre d'autres facteurs dont la satisfaction de la personne face à sa propre vie. Si celle-ci évalue que sa situation correspond à ses attentes, cela entraîne un état de satisfaction. Plus cette satisfaction est grande, meilleure est la condition physique et mentale de cette personne^{xi}.

Tenir compte de l'auto-âgisme

À force d'être confrontées à des préjugés en lien avec leur âge, certaines personnes âgées finissent par croire elles-mêmes qu'elles ne sont pas aptes à comprendre ou encore à faire une activité quelconque, et se retirent elles-mêmes de la communauté. En fait, plus une personne vieillit, plus elle véhicule elle-même des préjugés et des stéréotypes concernant les aînés, en mentionnant notamment qu'ils sont solitaires, incompetents ou peu attirants. Ceci est encore plus fréquent lorsque le niveau de scolarité est peu élevé. Il faut tenter de dénouer ces préjugés âgistes qui existent à l'intérieur même de certains groupes d'aînés en mettant en place des opportunités d'apprentissage, de soutien et de réseautage. En effet, augmenter le réseautage permet de réduire le sentiment de solitude et d'isolement et valorise une personne^{xi}. Le partenariat avec des organismes comme l'Observatoire Vieillesse et Société (OVS) pourrait être un atout dans la mise en place des projets de sensibilisation sociétale au sujet de l'auto-âgisme.

À votre connaissance, existe-t-il des projets prometteurs qui visent à lutter contre l'âgisme ?

DANS UN CONTEXTE DE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, LES SERVICES PUBLICS ET PRIVÉS DOIVENT S'ASSURER QUE CETTE CLIENTÈLE, DE PLUS EN PLUS IMPORTANTE, BÉNÉFICIERA D'UN PERSONNEL FORMÉ À RÉPONDRE AUX BESOINS D'UN ÉCHANGE COMMUNICATIF RESPECTUEUX, PERSONNALISÉ ET ADAPTÉ.

Le Conseil national des aînés du Canada a réalisé en 2017 une revue de la littérature^{xii} comprenant des interventions prometteuses qui visent à contrer l'isolement social de différents groupes d'aînés et à les réintégrer dans leur collectivité. Que ce soient des activités récréatives ou éducatives dans la langue maternelle d'aînés immigrants, le programme Mémoire Vivante à des fins d'apprentissage interculturel en Belgique ou les cafés des aînés en France, toutes ces activités intergénérationnelles ou de soutien ont une base commune: la communication. Créer des occasions de communiquer, d'échanger et de partager son vécu s'avère un moyen efficace d'augmenter leur sentiment de participation sociale et ainsi contrer l'isolement, la dépression et la dépendance aux autres. Au Québec, le projet Quartier Innovant Côte-des-Neiges, un projet de recherche du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM^{xiii}) vise, entre autres, à démystifier les préjugés reliés à l'âge, favoriser la mobilité, soutenir la communication et diminuer le stigma. Un autre projet important est celui de la cocréation et l'implantation d'une trousse d'outils pour soutenir les organismes communautaires dans leurs actions

intergénérationnelles, soutenu par des chercheurs du CRIUGM, du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Ces projets qui allient des chercheurs à des organismes communautaires mettent en place un écosystème unique qui pourrait être soutenu davantage pour inspirer le développement d'initiatives similaires à travers le Québec. D'autres projets en lien avec l'âgisme sont élaborés par l'Observatoire vieillissement et société (OVS), un OBNL constitué de personnes âgées, dont celui d'un cinéclub intergénérationnel qui permet de réunir des gens de tous âges via le cinéma. L'utilisation du capital expérientiel des aînés est aussi l'occasion de leur donner une voix et de favoriser le vivre ensemble. Cette voix pourra, par ailleurs, nous rappeler les enjeux qu'ils vivent au quotidien et, par le fait même, leur permettre d'augmenter leur estime de soi. Leur sentiment d'accomplissement et d'engagement envers la société en serait aussi ravivé.

Toute personne, institution publique ou privée, entrepreneur ou autre, qui est susceptible d'accueillir une clientèle aînée devrait être davantage au fait des besoins de celle-ci. Dans un contexte de vieillissement de la population, les services publics et privés doivent s'assurer que cette clientèle, de plus en plus importante, bénéficiera d'un personnel formé à répondre aux besoins d'un échange communicatif respectueux, personnalisé et adapté. Parallèlement, des efforts doivent être faits pour sensibiliser la population. Une telle démarche de sensibilisation doit prendre la forme d'une grande campagne de valorisation des différents rôles que peuvent jouer les aînés.

Thème 2 - Maltraitance psychologique

Quelles initiatives pourraient être mises en place pour lutter contre la maltraitance psychologique ?

Reconnaitre la négligence communicationnelle

Dans un premier temps, il faut admettre que des aînés sont actuellement victimes de négligence communicationnelle, qui est un sous-type de violence psychologique puisqu'elle peut être considérée comme une forme d'insulte psychologique^{xiv}. Contrairement à d'autres formes de négligence, des intervenants de la santé et des services sociaux et des membres de la famille d'une personne aînée se livrent à la négligence communicationnelle même s'ils répondent à d'autres besoins quotidiens de cette même personne. Effectivement, en limitant la communication au maximum lors des soins, de façon intentionnelle ou non, ils contribuent par leur silence à l'isolement des personnes âgées^{xv}.

Aussi, les membres de la famille ou du personnel soignant qui perçoivent une personne âgée comme ayant des comportements problématiques, sont plus susceptibles de faire preuve de négligence communicationnelle, ce qui peut mener à certains abus psychologiques et à la création d'un environnement toxique, d'autant plus si le personnel est animé par la colère ou l'hostilité^{xvi}.

*EN LIMITANT LA COMMUNICATION AU MAXIMUM
LORS DES SOINS, DE FAÇON INTENTIONNELLE OU
NON, ILS CONTRIBUENT PAR LEUR SILENCE À
L'ISOLEMENT DES PERSONNES ÂGÉES*



Briser l'isolement

Un grand problème lié à la maltraitance vient d'un manque dans l'échange ou d'un bris de communication. La communication avec une personne est un acte relationnel qui constitue le principal outil pour contrer l'isolement social. Cet isolement est en effet particulièrement marqué chez les aînés qui présentent des troubles de la communication : les proches se sentent trop souvent dépourvus pour communiquer avec leur être cher et, par évitement et sentiment d'incompétence, ils espacent de plus en plus leurs visites, faute de moyens pour échanger avec eux^{xvi}. L'absence d'une présence bienveillante auprès d'un aîné vulnérable est inquiétante puisqu'en plus de ne pas s'engager dans la relation, le proche-aidant ne pourra pas non plus repérer les premiers signes d'une potentielle situation de maltraitance.

En somme, l'écoute et la compréhension de l'autre revêtent ici une importance fondamentale. Les échanges et les apprentissages sont essentiels. Et, lorsque deux personnes se retrouvent en communiquant, la maltraitance est moins possible.

Comment agir contre cette forme de maltraitance lorsqu'elle est concomitante avec d'autres formes de maltraitance ?

Dans un monde idéal où tout être humain serait empreint d'humanité et d'empathie, la maltraitance n'existerait pas. Pour tendre vers ces attitudes, il faut d'abord et avant tout mettre en place un environnement facilitant l'expression des sentiments de l'aîné, mais aussi du proche-aidant. Il faut admettre que sous ces différentes formes de maltraitance, il existe des intentions, des sentiments, des personnes plus ou moins habiles à s'exprimer et, bien qu'il n'existe pas de solution simple au problème complexe de la maltraitance, il faut reconnaître l'importance de la communication dans ces relations toxiques.

De plus, lorsque le problème de maltraitance est multifactoriel, il est important qu'une équipe interdisciplinaire puisse contribuer au soutien et à la recherche de solutions. Chaque professionnel ne doit pas s'imposer comme unique expert d'une problématique, mais reconnaître le savoir expérientiel des autres professionnels, des familles et la capacité de l'aîné à décider et se mobiliser en vue de son projet de vie, et ce, tout au long de son parcours de vie. La personne aînée et sa famille doivent ainsi être reconnues comme de véritables partenaires des intervenants qui les accompagnent.

Les chiffres rapportés dans l'enquête de l'ISQ démontrent que les membres de la famille (enfants, belle-fille, beau-fils et conjoints) sont souvent les auteurs de la maltraitance. Comment faire pour mieux prévenir ces situations en intervenant auprès de l'entourage proche de la personne aînée ?



Une personne aînée peut être délaissée par ses proches et sa famille, car ils sous-estiment les capacités cognitives de celle-ci. De plus, la dynamique relationnelle présente depuis longtemps entre le proche-aidant et l'aîné complexifie les interactions et met en place une communication dysfonctionnelle qui augmente alors la probabilité de mauvais traitements envers les aînés. Lin (2020)^{xvi} rapporte que la négligence communicationnelle qui s'installe ne sert pas seulement de stratégie d'adaptation pour les aidants, mais est en fait une dynamique par laquelle l'interprétation de comportements

problématiques de l'aîné conduit à des insultes verbales ou de la violence psychologique. Lorsque les proches aidants sentent que leur parent plus âgé adopte des comportements non coopératifs, inappropriés ou agressifs, leur première réaction peut aussi être de se désengager délibérément et ainsi limiter les conversations avec la personne. Choisir d'abord le désengagement, permet aux aidants de masquer de l'hostilité latente qui s'installe sournoisement. Pour amoindrir les facteurs contribuant à la maltraitance des personnes âgées en milieu domestique, il faut aussi reconnaître les besoins particuliers de plusieurs de ces « abuseurs » qui, comparativement à des personnes qui ne démontrent pas de tels comportements maltraitants, ont plus de probabilité d'avoir des problèmes de santé mentale, de comportement, de stress, de la dépendance financière, un manque de connaissance sur la prestation des soins à donner et des antécédents de comportements abusifs dans la famille.^{xvii} Tenir compte des deux interlocuteurs dans la relation et la communication est la base d'une première solution. Plus loin, nous démontrerons aussi l'importance d'y associer le contexte, l'environnement dans lequel se tient l'échange ainsi que les émotions s'y greffant.

Encore une fois, sensibilisation et éducation sont essentielles en amont. Le manque d'informations ou les fausses présomptions voilent les solutions et nuisent à l'engagement des proches envers leurs aînés. Par exemple, parce qu'ils ont de mauvaises informations face aux capacités de communication et compréhension de l'aîné dues aux impacts de la surdité, de la démence, des troubles de la communication et qu'ils ont peu de stratégies et de soutien en ce qui concerne les troubles de la déglutition, les proches pensent que les difficultés vécues sont immuables. Aussi, ils les attribuent à tort à des éléments comme le manque d'efforts ou de bon vouloir. Or, un meilleur accompagnement ainsi qu'un meilleur transfert de connaissances sur la démence, les troubles de la communication, de l'audition et de la déglutition permettraient à ces proches de mieux comprendre le rôle qu'ils ont à jouer comme interlocuteur privilégié ainsi que les pistes de solutions qui peuvent plus souvent qu'autrement être à portée de main.

D'autre part, le locuteur aîné touché par un trouble de la communication vit aussi un sentiment d'incompétence ou de perte d'autonomie et de contrôle sur sa vie. Les émotions de l'aîné et de la famille reliées aux difficultés de communication ont un réel impact sur les échanges communicationnels dans les situations quotidiennes. Ainsi, la reconnaissance des émotions et des croyances aide à orienter l'intervention vers la construction de sentiments positifs et productifs qui favorisent la participation communicative des deux parties^{xviii}.

Pour les mêmes raisons, comment inciter les personnes âgées qui sont aux prises avec ce type de maltraitance commise par un proche à aller chercher de l'aide ?

Plusieurs personnes âgées ignorent quels sont leurs droits. Il est primordial de s'assurer que non seulement elles en sont informées, mais qu'elles comprennent ce que cela implique et qu'elles soient en mesure d'exprimer leur compréhension à un interlocuteur. Elles doivent, de plus, être en mesure de s'exprimer ou d'être accompagnées, et ce, encore plus si elles sont limitées sur le plan de leurs habiletés communicatives^{xix}. Un accompagnement personnalisé, l'utilisation de stratégies et d'outils de communication adaptés et une approche empathique sont les fondements d'une relation de confiance essentielle à la demande d'aide que pourrait formuler un aîné victime de maltraitance. De manière à ce que l'utilisateur tire profit de cette fiabilisation de l'accompagnement, il est recommandé que les intervenants soient à la fois sensibilisés à la rigueur dans la transmission d'informations et à la nécessité d'intégrer l'aîné dans les choix et les décisions le concernant, tout en tenant compte de la relation inconditionnelle qui le lie au proche. Dans bien des cas, une approche où la réduction des méfaits par la mise en place de mesures préventives ou alternatives et moins dommageables doit aussi être considérée.



Thème 3 - Maltraitance organisationnelle

Pour éviter des situations de maltraitance organisationnelle, on vise à ce que le résident en hébergement ou tout patient dans un établissement de santé soit un véritable partenaire dans l'expérience de soins et de services, une façon de faire qui semble être un aboutissement logique. Pourtant dans son cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée^{xx}, le ministère de la Santé et des Services sociaux ne fait aucunement mention de la communication, fondement indispensable à tout partenariat. Mise aussi de l'avant par le Ministère, la responsabilité partagée (individuelle et collective) afin que le résident puisse exercer pleinement son autodétermination et la prise en charge de sa santé, doit inévitablement passer par un échange communicatif réussi avec les soignants pour lui permettre d'exprimer ses choix et préférences.

*GRÂCE À UNE
COMMUNICATION CENTRÉE
SUR LA PERSONNE, SUR
L'EMPATHIE ET
L'HUMANITUDE, ON
ÉVACUE LE RISQUE DE
MALTRAITANCE.*

Au-delà des actions complétées et en cours de réalisation, quelles sont les démarches prioritaires à mettre de l'avant pour lutter contre la maltraitance organisationnelle ?

Il faut d'abord s'assurer que les actes de communiquer et de manger ne soient pas considérés comme un luxe qui demande trop de temps de la part des intervenants, mais bien comme une condition sine qua non à un environnement sain et bienveillant. Il faut offrir une voix aux aînés : ils doivent pouvoir communiquer leurs besoins et être écoutés par un interlocuteur de l'organisation, par un intervenant qui prodigue des soins et veille à leur qualité de vie^{xxi}. Pour s'assurer de la qualité de l'écoute, cet interlocuteur doit prendre le temps requis pour comprendre la personne âgée qui s'exprime, entend ou comprend avec difficulté. Or, il importe que cet intervenant soit valorisé pour le temps d'écoute et de communication qu'il offre aux résidents ou aux patients. Les compétences naturelles d'une personne à être présente pour l'autre, ou à démontrer des capacités d'empathie devraient être considérées et même évaluées spécifiquement lors de la sélection du personnel de soins.

Grâce à une communication centrée sur la personne, sur l'empathie et l'humanité, on évacue le risque de maltraitance. Cette perspective, alliée à des outils pratiques d'intégration des connaissances font toute la différence. Puisque la communication est au cœur de la bientraitance et de la qualité de vie et des soins, il faut alors offrir de la formation à large échelle sur l'importance de la communication pour supporter la bientraitance et la qualité de vie en CHSLD, autant pour les résidents que pour les aidants. En somme, communiquer prend du temps et les organisations en manque de personnel couperont rapidement ces moments privilégiés, particulièrement s'ils ne sont pas valorisés.

Mettre en place un programme de formation continue sur la communication empathique

Une étude menée par Bovincini et coll (2009)^{xxii} a démontré que des médecins ayant reçu une formation multimodale (enseignement magistral et expérientiel, ateliers pratiques et séances de suivi en coaching individuel) visant à améliorer leurs habiletés de communication conduisait à un changement positif à long terme dans les comportements empathiques qu'ils démontraient à l'égard de leurs patients.

La formation du personnel est donc fondamentale et au cœur de toutes interactions avec des résidents ou patients, mais encore plus pour ceux qui ont des capacités de communication réduites et qui deviennent plus à risque de

démontrer des comportements perturbateurs et mal interprétés. Il existe un projet en cours, le projet COMPAs^{xxiii}, (Communication Proches Aidants), subventionné par le ministère de l'Économie et de l'Innovation, sous la direction de Dre Ana Inés Ansaldo, chercheure au CRIUGM et professeure à l'Université de Montréal. Ce projet comporte une série de formations portant sur la communication et ses troubles au cours du vieillissement. Les formations sont bâties selon les besoins de chaque milieu (domicile, centre de jour, centre de soins de longue durée). Implanté au CHSLD Bruchési du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, ce projet devrait être implanté dans deux autres CHSLD et quatre centres de jour dès que la situation sanitaire le permettra. Ainsi, la formation COMPAs est associée à une amélioration de la communication, une diminution du fardeau de l'aidant et une augmentation du sentiment d'accomplissement chez les aidants professionnels. Ce projet pourrait être étendu à l'ensemble du réseau.

Parmi les contenus abordés dans la formation COMPAs, on s'attarde aux questions suivantes :

- La définition du concept de communication, ses particularités dans le cadre du vieillissement et comment créer le terrain propice à la rencontre :
 - Triade: locuteur, interlocuteur, contexte.
 - Communication centrée sur la personne et l'importance de l'écoute ou comment décoder des gestes, cris, comportements chez des résidents sans accès au langage.
 - Comprendre la dynamique d'un échange communicatif qui permet par la suite d'appliquer des stratégies de communication adaptées de façon spontanée et naturelle.
 - Développer une communication empathique. Sans empathie, il y a seulement des échanges d'informations ou des consignes (langage automatique, mécanique) et peu d'écoute.
- Établir un contenu émotionnel significatif et personnalisé.
 - Fondement de la relation qui permet de se créer un trousseau de clés pour accéder à l'identité de la personne et toucher à des émotions de base : joie, gentillesse, amour.
 - Analyse de la trajectoire de vie d'une personne, thématiques à aborder ou ne pas aborder.
- Comprendre la communication non-verbale comme moyen d'expression tant chez le soignant que le résident.
 - L'importance des cinq sens.
- Reconnaître les bris de communication afin de permettre de changer d'attitude et, dès lors, changer la communication.
 - Désamorcer les échecs de communication, les malentendus.
- Créer des environnements propices.
 - Création d'espaces personnalisés, des bibliothèques, des salles avec une grande variété de matériel.
 - Repenser les environnements sociaux pour favoriser la communication et la participation de certains aînés qui évitent des activités ou des endroits par peur de ne pas être compris (trouble de la communication) ou de ne pas bien comprendre (trouble d'audition).
 - Aménager des espaces favorisant l'intimité et le respect de la personne.
- Inclure les partenaires de communication naturels (famille, préposées, etc.).
 - Le fardeau peut-être très grand pour les conjoints et les partenaires. Il faut le reconnaître et les soutenir.
 - L'écoute doit absolument s'étendre aux proches aidants qui ont, eux aussi, des besoins spécifiques auxquels il faut répondre adéquatement pour diminuer l'impression de lourdeur dans la tâche.

Un autre projet très prometteur est celui qui vise la création d'une plateforme de formation continue pour tout le personnel qui pourrait d'abord viser les employés des CHSLD et être offert par la suite à d'autres groupes du réseau. Le contenu sera développé par des experts et transmis de façon multimodale. On vise à créer des situations de communication à partir de mises en situation, de jeux de rôle, de cas réels.

Tous ces projets ont pour objectif d'offrir aux personnes âgées des opportunités leur permettant d'exprimer leur désir et leur besoin de communiquer jusqu'à leur dernier souffle. Également, il est recommandé que la communication entourant l'utilisateur et ses proches, sa chambre et son contexte de vie, soient pensés au regard de cette situation pour promouvoir le respect de l'intimité de la personne de manière étendue. Notamment, il pourrait être approprié de travailler à établir un environnement sonore, olfactif et visuel agréable.

LORSQU'ON PERÇOIT SEULEMENT LA PERSONNE ÂGÉE EN FONCTION DES SOINS À LUI PRODIGUER, ON MET L'EMPHASE SUR SES DÉFICITS ET NON SUR LE FAIT QU'ELLE EST UNE PERSONNE À PART ENTIÈRE.

Quelles pratiques en place considérez-vous comme étant de la maltraitance organisationnelle et comment peut-on la prévenir concrètement ?

La maltraitance organisationnelle est souvent un symptôme de conditions de travail non favorables à la mise en place d'un environnement ou d'attitudes bienveillantes. Nous n'avons qu'à penser à l'utilisation abusive de contentions physiques ou chimiques qu'on inflige à des aînés avec des comportements agressifs ou perturbateurs, aux soins d'hygiène précipités ou absents par manque de temps ou charge de cas trop lourde, aux biais culturels et sociaux qui font en sorte que la personne n'est pas reconnue dans son identité. Dans tous les cas, la personne aînée maltraitée subit un préjudice et cela porte atteinte à divers degrés, à son intégrité et sa qualité de vie. Lorsqu'on perçoit seulement la personne âgée en fonction des soins à lui prodiguer, on met l'emphase sur ses déficits et non sur le fait qu'elle est une personne à part entière.

La non-reconnaissance des problèmes auditifs

L'OOAQ déplore que la perte auditive qui touche près de 80% des gens en CHSLD soit identifiée pour moins de 50% d'entre eux, et souvent confondue, à tort, avec des troubles cognitifs^{xxiv}. Ne pas prendre le temps de la détecter, l'évaluer et mettre en place les interventions appropriées est une forme de maltraitance organisationnelle. Pourtant des mesures préventives sont faciles à mettre en place: s'assurer que les aides auditives soient fonctionnelles et d'un environnement acoustique adéquat ainsi qu'appliquer des stratégies communicatives de base avec une personne âgée ayant une presbycusie.

Une volonté organisationnelle pour soutenir l'appropriation de stratégies et d'un environnement favorable est toutefois nécessaire. L'Ordre a d'ailleurs présenté un [programme en santé auditive](#) à la direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial et réitère sa pleine collaboration à le mettre en place.

Les troubles de déglutition considérés les mêmes pour tous

Nous sommes également préoccupés par la hâte et le temps qui manque pour que les heures de repas soient un contexte social propice aux conversations et un moment de plaisir gustatif. Les troubles de la déglutition peuvent survenir chez les aînés, notamment à la suite d'un AVC (30 à 45 %), d'un traumatisme crânien (20 à 50 %) ou d'une

maladie dégénérative comme le Parkinson (50 %). Il est aussi démontré que la consommation des liquides épaissis, type de viscosité souvent utilisée en CHSLD, contribue à la déshydratation pour la simple raison que les patients en consomment moins^{xxv}. Il est également reconnu que les modifications de textures doivent être la dernière solution à envisager, car elles ne suffisent pas à diminuer les risques de pneumonie d'aspiration et contribuent à l'insatisfaction et à la non-compliance du résident à manger^{xxvi}. Précédées d'une évaluation formelle, les techniques compensatoires ou rééducatives doivent être utilisées et enseignées aux intervenants et aux proches aidants afin d'améliorer la qualité de vie des résidents et la satisfaction au travail des soignants. Il existe nombre de données probantes justifiant leur utilisation ^{xxvii}.

La mise en place de solutions et stratégies personnalisées visant d'une part, l'amélioration de la déglutition et la diminution des risques inhérents à celle-ci, et d'autre part à améliorer la qualité de vie principalement reliée à la prise des repas, tant auprès des usagers que des proches aidants, est fondamentale. Il faut minimalement restaurer le plaisir associé à manger tout en ayant une attitude de réduction des méfaits et de bonne gestion du risque. Une communication empathique et un contexte d'alimentation adapté doivent alors se raffiner pour répondre aux besoins précis de la clientèle ayant des difficultés de déglutition. Avant tout, manger est un acte social et représente une opportunité formidable pour interagir et échanger avec l'autre.

Un leadership fort

Les gestionnaires des établissements de santé ont un rôle clé à jouer dans les changements de pratiques nécessaires. Ils doivent fondamentalement croire aux concepts relatifs à la bientraitance et les incarner pour assurer un leadership fort. Du temps, de l'accompagnement et des formations seront nécessaires pour y parvenir, mais si des efforts concertés sont faits, il sera possible de graduellement mettre en place des mesures pour diminuer la maltraitance organisationnelle non intentionnelle. L'efficacité du travail dans les milieux sera meilleure si la communication, l'écoute, l'environnement et les interactions sont améliorés. La prévention de la maltraitance organisationnelle passe essentiellement par le développement de connaissances et de compétences du personnel et des proches aidants, mais aussi par l'établissement de conditions de travail et de milieu de vie adapté au rythme, aux limites et aux capacités auditives, communicatives et de déglutition des résidents. L'importance de la prévention et de l'éducation demeurent les meilleures conditions pour y parvenir.

Thème 4 - Bientraitance

La définition proposée dans le PAM 2017-2022 ¹ainsi que les conditions qui la favorisent vous semblent-elles adéquates? Vos commentaires pourront alimenter les travaux du comité de terminologie sur la bientraitance qui visent notamment à questionner la définition qui est proposée dans le plan d'action.

Dans la définition proposée par le PAM, le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité de la personne sont des cibles importantes à atteindre lorsqu'il est question de bientraitance. À celles-ci devrait s'ajouter le respect de l'autodétermination (*empowerment*) de la personne, c'est-à-dire sa capacité à agir sur sa vie en effectuant librement des choix, afin d'éviter toute situation où des personnes âgées, notamment celles ayant des capacités de communication réduites, se voient imposer des actions ou des

¹ « La bientraitance vise le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité de la personne. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne âgée. »

choix. En favorisant l'autodétermination et en intervenant avec savoir-faire et savoir-être par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne âgée, les conditions favorables à la bientraitance sont en place. La bientraitance est un concept multifactoriel et une démarche globale et systémique qui se traduit, entre autres, par une communication bienveillante et empathique, en adoptant des stratégies et attitudes de communication verbale, non-verbale et émotionnelle personnalisées. En contexte de soins, les principes primordiaux qui sous-tendent la bientraitance sont avant tout de remettre l'individu au centre de sa relation de soins, d'en faire l'acteur principal et non un simple sujet. Le souci de la personne, de son bien-être et de son épanouissement est primordial. En fait, l'approche du patient partenaire, élément clé de la bientraitance, implique un réel partenariat entre les professionnels, la personne âgée et ses proches. Il s'articule aussi autour de la reconnaissance que la personne nécessite des soins et des services adaptés et définis par ladite personne ainsi que ses proches^{xxviii}.

La bientraitance est une approche inspirante qui vise à prévenir la maltraitance. Cela ne signifie cependant pas qu'à elle seule elle puisse mettre fin à la maltraitance. Dans ce contexte, comment développer une culture de la bientraitance qui n'occultera pas l'importance de la lutte contre la maltraitance ?

Impossible de faire fausse route en favorisant une culture de la bientraitance et en considérant que tous les membres du personnel peuvent devenir des catalyseurs de bientraitance, s'ils sont bien outillés. Concept mis de l'avant en France depuis plusieurs années, il ressort des écrits de Casagrande, A., & Délivré, O. (2008)^{xxix} qu'une volonté politique, organisationnelle et individuelle sont des prémisses de base au changement de culture et de comportements bientraitants. Des efforts sont nécessaires à tous les niveaux et le MSSS, en faisant la promotion de la bientraitance dans son PAM, en fait la démonstration.

La communication comme véhicule de la bientraitance

Il faut que la communication avec les usagers, leurs proches et les professionnels impliqués soit clairement identifiée comme cible d'action. Entendre et promouvoir la parole de l'utilisateur et respecter sa légitimité, développer des possibilités de relations de réciprocité entre les usagers, créer des environnements favorables aux interactions et propices à la prise de parole individuelle ou collective et ce, jusqu'à la fin de la vie, sont d'ailleurs des éléments mis de l'avant dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles par la Haute Autorité de la Santé (HAS) en France^{xvii}. La capacité de communiquer efficacement est de plus en plus reconnue comme essentielle à la réussite du système de santé. Une communication efficace implique d'arriver à une compréhension commune d'une situation et nécessite une gamme de compétences, y compris l'écoute active et la réponse empathique, ainsi que la capacité d'appliquer ces compétences dans une gamme de contextes et de situations^{vi}. Afin d'écouter activement, le travailleur de la santé doit garder un esprit ouvert, rester concentré sur le message du client et résister au jugement^{vi}.

Toutefois, comment intégrer la communication comme attitude bientraitante lorsqu'il est reconnu que, pour la grande majorité des résidents dans les CHSLD, les habiletés langagières sont touchées sévèrement, affectant ainsi de manière significative leur capacité à communiquer? D'abord et avant tout, des modes de communication adaptés lors des interventions ou un réel accompagnement de l'utilisateur lui permettant d'exercer ou d'exprimer sa liberté de choix doivent être utilisés. Comme rapporté par Ansaldo (2020)ⁱⁱ, il est important de rappeler que la communication s'appuie aussi sur de nombreux éléments non verbaux comme les expressions faciales, les gestes, la posture, le ton de la voix et le traitement de l'espace interpersonnel. La communication non-verbale contribue à

informer les partenaires de communication des états émotionnels respectifs. Dans le contexte de la démence ou d'habiletés langagières déficientes, le partage des émotions s'avère une manière privilégiée d'établir et de maintenir la communication avec autrui et constitue un terreau fertile pour l'expression de l'empathie; une composante essentielle au maintien de la communication.

L'empathie au cœur d'une culture de soins bientraitante

L'empathie qui prend en compte la relation avec l'autre et le contexte dans lequel les interactions se tiennent est considérée par plusieurs comme essentielle à des soins de santé de qualité. L'empathie permet de comprendre l'expérience, les préoccupations et les perspectives d'un patient, ainsi que la capacité de communiquer cette compréhension^{xxx}. En fait, l'empathie est le socle de la communication.

Des études récentes^{vi, xxxi, ix} démontrent que les professionnels de la santé avec des niveaux élevés d'empathie agissent plus efficacement en ce qui concerne l'accomplissement de leur rôle et obtiennent une meilleure adhésion du patient aux changements thérapeutiques ciblés. Le professionnel empathique comprend les besoins des usagers et ces derniers se sentent en sécurité pour exprimer les pensées et les problèmes qui les concernent. Bien que l'importance de l'empathie soit indéniable, un pourcentage significativement élevé de professionnels de la santé semble avoir du mal à adopter un modèle de communication empathique dans leur pratique quotidienne^{xxxii}. Des obstacles à l'adoption d'attitudes et comportements empathiques sont identifiés : charge de cas élevée, manque de temps adéquat, formation académique initiale qui met essentiellement l'accent sur les soins et manque de formation continue sur le sujet^{ix}.

Quels sont les situations particulières ou les milieux de vie où il faut donner priorité au développement de pratiques bientraitantes? Comment?

En CHSLD

Au Québec, très peu d'orthophonistes et d'audiologistes exercent dans ces milieux. Leurs expertises et rôles sont encore méconnus. Pourtant leur apport n'est plus à démontrer surtout lorsqu'on connaît tous les besoins associés aux difficultés de déglutition, audition et communication chez les résidents en CHSLD^{iii, xx}. Cependant, au-delà d'intervenir auprès de la clientèle, il faut reconnaître les compétences de chacun à analyser les échanges communicatifs tant sur le plan verbal que non-verbal, à comprendre les intentions et les fonctions reliées à la communication et à déterminer dans le contexte communicatif analysé les meilleures interventions à mettre en place. L'expertise et le rôle-conseil des orthophonistes et audiologistes permettraient de soutenir les changements souhaités vers une culture bientraitante en CHSLD.

Par ailleurs, l'OOAQ est d'avis que l'alimentation est un aspect essentiel à la qualité de vie. Pour optimiser la bientraitance, il importe de s'assurer de respecter les volontés du résident, et ce, notamment en fin de vie, de n'offrir des textures et consistances modifiées qu'en dernier essor. Il faut offrir suffisamment de temps pour l'attribution des repas aux résidents qui pourraient manger des textures plus régulières si on respectait leurs délais de déglutition, former les intervenants aux stratégies et techniques d'alimentation et rendre conviviale l'heure du repas, en laissant du temps pour établir des échanges communicatifs signifiants^{xxvii}.

Au soutien à domicile

Il faut minimalement consacrer plus de ressources et de professionnels aux services offerts dans les CLSC pour soutenir le maintien à domicile et habiliter les proches dans leur rôle d'aidant. Nous croyons que l'offre de services

ainsi que la coordination de ceux-ci devraient être l'apanage des CLSC. Les cliniciens avec le concours d'organismes communautaires seraient ainsi en mesure d'offrir, en équipe, un service de qualité centré sur les besoins et d'assurer un suivi selon une démarche clinique concertée et bienveillante qui tient compte des choix de l'aîné et ses proches. Toutes les dimensions du problème de la maltraitance sont adressables via des formations conçues pour différents intervenants issus de différents milieux (commerces, bibliothèques, centres communautaires, écoles (du primaire au CEGEP), installations du réseau de la santé (des soins aigus au CHSLD, en passant par les centres de jour et les RPA). En sensibilisant l'ensemble de la population et en démystifiant les concepts et les attentes, on peut faire une grosse partie du travail. Les contenus de ces formations ou activités de sensibilisation doivent être bien identifiés par des experts pour éviter d'induire de l'âgisme dans les propos.

D'autre part, il faut considérer qu'en 2006 plus de 80 % des aînés, tous types de résidences confondus, avaient une compréhension de texte suivie jugée inférieure au seuil souhaité pour pouvoir s'en tirer dans une société du savoir complexe^{xxxii}. Ainsi, on peut facilement en déduire que ces personnes ne seraient pas suffisamment habilitées à bien naviguer dans la société d'aujourd'hui ou d'avoir accès de manière efficace à l'information. Il faut reconnaître ces difficultés qui mènent souvent à l'isolement et s'assurer que les intervenants de tous milieux y soient sensibilisés. Des efforts collectifs et concertés pour reconnaître l'apport de tous les aînés, favoriser leur participation et inclure ceux qui sont défavorisés sur le plan socio-communicatif doivent devenir une réelle priorité pour l'ensemble de la société québécoise.

RECOMMANDATIONS

L'OOAQ est très heureux d'avoir eu l'occasion de présenter ses préoccupations et ses solutions dans le cadre de cette importante consultation. Les notions de communication et d'empathie ressortent clairement comme des éléments clés contribuant à la création d'une culture de bienveillance et réduisant le risque de maltraitance de manière significative. La formation et l'éducation demeurent quant à eux des moyens privilégiés afin d'instaurer cette culture dans l'ensemble des milieux de vie des aînés.

Basé sur l'ensemble des notions, principes et enjeux présentés tout au long de ce mémoire, l'OOAQ émet les recommandations suivantes pour le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (PAM) 2022-2027:

- 1 Reconnaître et considérer, dès maintenant et pour la suite des choses, la communication (audition et langage) et l'empathie comme faisant partie intégrante de la prévention de la maltraitance et de la promotion de la bienveillance.**
- 2 Faire de la bienveillance envers les aînés une priorité sociétale.**
 - a. Mettre sur pied des activités de valorisation des aînés, incluant notamment des projets intergénérationnels et des campagnes de sensibilisation ciblées;
 - b. Offrir des formations portant sur le vieillissement normal, sur les particularités de la communication et ses difficultés (audition, langage, déglutition) pouvant contribuer à l'isolement et à la maltraitance.
 - c. Outiller tous les intervenants avec des stratégies et moyens de communication permettant de préserver une relation empathique avec une personne aînée.

3

Mettre en place dans les CHSLD, des environnements favorables aux interactions et propices à la prise de parole individuelle ou collective pour permettre des échanges positifs et du fait même, contribuer à diminuer le sentiment d'isolement et à améliorer la qualité de vie.

- a. Offrir en collaboration avec des experts, une formation à tous les intervenants incluant les gestionnaires en CHSLD qui traiterait des notions suivantes:
 - L'importance de l'histoire de vie, le contenu émotionnel et personnalisé des échanges et la reconnaissance de l'autre et de son identité.
 - L'importance de mettre en place des opportunités permettant aux résidents d'exprimer leur désir et leur besoin de communiquer, et ce, jusqu'à leur dernier souffle.
- b. Instaurer un programme de santé auditive afin d'améliorer la qualité de vie et la sécurité des usagers des CHSLD qui présentent une déficience auditive, en favorisant l'écoute de ces usagers ainsi que la communication avec leurs proches, les autres usagers, et le personnel œuvrant dans ces milieux.

4

Intégrer les orthophonistes et les audiologistes comme professionnels pouvant contribuer au Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées.



Remerciements

L'Ordre tient à remercier Dre Ana Inés Ansaldo, directrice du laboratoire de plasticité cérébrale, communication et vieillissement du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et professeure titulaire à l'École d'orthophonie et d'audiologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Sa grande expertise et sa contribution à toutes les étapes de la rédaction a permis la production d'un document rigoureux reflétant bien les réalités, enjeux et besoins des aînés et particulièrement pour ceux ayant des difficultés à faire entendre leur voix.

Bibliographie

- ⁱ Ansaldo, A. I. (2020). Préserver la communication en situation d'isolement extrême dans le contexte de pandémie Covid-19: l'importance de la composante émotionnelle. *Revue de neuropsychologie*, 12(2), 158-160.
- ⁱⁱ Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. (2016). *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec. Mémoire sur les meilleures pratiques des orthophonistes et des audiologistes en CHSLD et en soutien à domicile*. https://www.ooaq.qc.ca/media/2uyho4zw/m%C3%A9moireooaq_meilleurespratiquesorthoaudio-enchsls-soutiendomicile.pdf
- ⁱⁱⁱ Moguen-Boudet, N., Courtois, S., & Mate, M. C. (2003). Maltraitance des personnes âgées et communication. *Empan*, (4), 134-138.
- ^{iv} Arai, H., Ouchi, Y., Yokode, M., Ito, H., Uematsu, H., Eto, F., Oshima, S., Ota, K., Saito, Y., Sasaki, H., Tsubota, K., Fukuyama, H., Honda, Y., Iguchi, A., Toba, K., Hosoi, T., Kita, T., & Members of Subcommittee for Aging (2012). Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatrics & gerontology international*, 12(1), 16- 22. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2011.00776.x>
- ^v Dean, S., Foureur, M., Zaslawski, C., Newton-John, T., Yu, N., & Pappas, E. (2017). The effects of a structured mindfulness program on the development of empathy in healthcare students. *Nursing plus open*.
- ^{vi} Vieillesse et qualité de vie. OMS <https://www.who.int/ageing/features/faq-ageism/fr/>
- ^{vii} Finset, A., & Ørnes, K. (2017). Empathy in the clinician–patient relationship: The role of reciprocal adjustments and processes of synchrony. *Journal of patient experience*, 4(2), 64-68.
- ^{viii} Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukoulis, S. (2020, March). The role of empathy in health and social care professionals. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 1, p. 26). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- ^{ix} Bonvicini, K. A., Perlin, M. J., Bylund, C. L., Carroll, G., Rouse, R. A., & Goldstein, M. G. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient education and counseling*, 75(1), 3-10.
- ^x Lubinski, R. (2006). Professionalism in long-term care settings. *J Commun Disord.*, 39(4):292-300.
- ^{xi} Pan, Y., Chan, S. H., Xu, Y., & Yeung, K. C. (2019). Determinants of life satisfaction and self-perception of ageing among elderly people in China: An exploratory study in comparison between physical and social functioning. *Archives of gerontology and geriatrics*, 84, 103910.
- ^{xii} Gouvernement du Canada (2017) Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard? Une revue de la littérature sur l'isolement social de différents groupes d'âinés. <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2017/revue-isolement-social-aines.html#h2.8-h3.2>
- ^{xiii} Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM) <http://www.criugm.qc.ca/fr/la-recherche.html>
- ^{xiv} Sorenson, H. (2006). Verbal abuse and communication neglect in the elderly. In R. W. Summers and A. M. Hoffman (eds.), *Elder Abuse: A Public Health Perspective* (pp. 117–129). Washington, DC: American Public Health Association

- ^{xv} Lin M. C. (2020). Communication neglect, caregiver anger and hostility, and perceptions of older care receivers' cognitive status and problem behaviors in explaining elder abuse. *Journal of elder abuse & neglect*, 32(3), 235–258. <https://doi.org/10.1080/08946566.2020.1741054>
- ^{xvi} Tremblay, J., Petit, M., Larfeuille, C., & Le Dorze, G. (2002). Malgré l'aphasie et l'institutionnalisation... renouer avec soi et avec sa famille. *Gérontophile (Sainte-Foy)*, 24(2), 19-25.
- ^{xvii} Lin, M. C., & Giles, H. (2013). The dark side of family communication: a communication model of elder abuse and neglect. *International psychogeriatrics*, 25(8), 1275.
- ^{xviii} Simmons-Mackie, N., & Damico, J. S. (2001). Intervention outcomes: A clinical application of qualitative methods. *Topics in language disorders*, 22(1), 21-36.
- ^{xix} Speech Pathology Australia's Submission to the Australian Law Reform Commission Elder Abuse Discussion Paper, February 2017. https://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/Resources_for_the_Public/Advocacy/Submissions_prior_2018.aspx?WebsiteKey=fc2020cb-520d-405b-af30-fc7f70f848db
- ^{xx} MSSS. (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002029/#:~:text=L'objectif%20premier%20du%20MSSS,pratiques%20organisationnelles%20ainsi%20que%20de>
- ^{xxi} Yorkston, K. M., Bourgeois, M. S., & Baylor, C. R. (2010). Communication and aging. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 21(2), 309–319. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2009.12.011>
- ^{xxii} Bonvicini, K. A., Perlin, M. J., Bylund, C. L., Carroll, G., Rouse, R. A., & Goldstein, M. G. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient education and counseling*, 75(1), 3-10.
- ^{xxiii} Laboratoire Ansaldo: <https://www.laboansaldo.com/compas.html>
- ^{xxiv} Cohen-Mansfield, J. and J.W. Taylor, Hearing aid use in nursing homes. Part 1 : Prevalence rates of hearing impairment and hearing aid use. *J Am Med Dir Assoc*, 2004. 5(5): p. 283-8.
- ^{xxv} Lim, D. J. H., Mulkerrin, S. M., Mulkerrin, E. C., et O'Keeffe, S. T. (2016). A randomised trial of the effect of different fluid consistencies used in the management of dysphagia on quality of life: a time trade-off study, *Age and Ageing*, 0, 1-4.
- ^{xxvi} Colodny, N. (2005). Dysphagic independent feeders' justifications for noncompliance with recommendations by a speech-language pathologist, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14, 61-70.
- ^{xxvii} Zelwietro, S. (2016). What are the factors that contribute to patient non-compliance of SLP swallowing recommendations in the treatment of dysphagia? Ontario Western University. https://www.uwo.ca/fhs/lwm/teaching/EBP/2015_16/Zelwietro.pdf
- ^{xxviii} Collaboration inter-ordres (2016) *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD, Collaboration interprofessionnelle*. [8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf](https://www.ordres.org/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf) ([collaborationinterprofessionnelle.ca](https://www.ordres.org/collaborationinterprofessionnelle.ca))
- ^{xxix} Casagrande, A., & Délivré, O. (2008). La bientraitance: définition et repères pour la mise en oeuvre. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf
- ^{xxx} Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., Veloski, J. J., Erdmann, J. B., ... & Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical education*, 36(6), 522-527.



^{xxx} Heidke, P., Howie, V., & Ferdous, T. (2018). Use of healthcare consumer voices to increase empathy in nursing students. *Nurse education in practice*, 29, 30-34.

^{xxx} Statistiques Canada (2006) Un portrait des aînés au Canada https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.pdf?st=8h_U_Oxs