

Proche aidance en contexte de vieillissement et de trouble mental grave : état des connaissances et enjeux touchant les pratiques des travailleurs sociaux

Annick Moreau, T.S., Candidate au doctorat, Conseillère en éthique, CIUSSS de la Capitale-Nationale
annik.moreau.1@ulaval.ca

Bernadette Dallaire, Ph.D., Professeure, École de travail social et de criminologie, Université Laval
bernadette.dallaire@tsc.ulaval.ca

RÉSUMÉ :

La proche aidance des personnes âgées aux prises avec un trouble mental grave est une réalité jusqu'ici peu documentée. Étant donné la rareté des écrits portant spécifiquement sur cette problématique, l'analyse que nous proposons s'appuie sur une recherche documentaire qui met en commun les savoirs provenant de quatre champs qui sont rarement considérés en conjonction : (a) la proche aidance auprès des personnes âgées; (b) la proche aidance dans le contexte de la maladie mentale; (c) les particularités de l'intersection vieillissement-maladie mentale et de la proche aidance dans ce contexte, et (d) les enjeux sociopolitiques et relatifs à l'organisation des services et à l'intervention concernant les proches aidants en général. Nous visons ici à dresser un état des lieux sur les savoirs touchant cette problématique émergente, abordés en tant que révélateurs d'enjeux centraux pour la pratique des travailleurs sociaux actifs auprès des proches aidants, y compris ceux qui apportent diverses formes de soutien aux aînés aux prises avec des troubles mentaux graves.

179

MOTS-CLÉS :

Aidant, famille, proche, trouble mental grave, vieillissement

INTRODUCTION

Au Québec, le quart de la population québécoise de 15 ans et plus remplit un rôle de proche aidant (Lecours, 2015) et comble plus de 80 % des besoins des personnes en perte d'autonomie et des personnes touchées par un trouble mental (Kempeneers, Battaglini, Van Pevenage et al., 2015; Lavoie, Guberman et Marier, 2014). Quoique l'écart entre les femmes et les hommes en matière de proche aidance semble s'être atténué (en 2012, 54 % des aidants étaient des femmes), les proches aidantes canadiennes demeurent toujours plus nombreuses que leurs homologues masculins (17 % contre 11 %) à consacrer plus de 20 heures par semaine à de tels soins (Sinha, 2014). Plus particulièrement chez les aînés touchés par un trouble mental, 70 % des aidants sont des femmes (Kempeneers, Battaglini, Van Pevenage et al., 2015). Dans ces tâches essentielles, les aidants côtoient différents professionnels intervenant auprès de la personne aidée. Parmi ces professionnels, les travailleurs sociaux sont ceux qui ont le plus de contacts avec les familles et les proches (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugués et familiaux du Québec, 2012).

Cet article vise à alimenter la pratique réflexive des travailleurs sociaux en regard de leurs interventions auprès des aînés touchés par un trouble mental grave (TMG) et leurs proches aidants. Aux fins de la présente analyse, nous avons effectué une recension des écrits scientifiques, gouvernementaux et cliniques traitant de la proche aide auprès de cette population particulière d'aînés. Tout d'abord, les spécificités des réalités vécues par les personnes âgées touchées par un TMG, ainsi que la situation de leurs proches aidants, seront présentées. Nous porterons ensuite notre attention sur les contextes sociopolitiques et organisationnels entourant la proche aide en vieillissement et santé mentale, ce qui nous amènera à aborder les principaux enjeux d'intervention entourant les pratiques des travailleurs sociaux. Enfin, une discussion mettra en lumière certains ancrages grâce auxquels les travailleurs sociaux peuvent contextualiser leurs pratiques et, ce faisant, les inscrire dans une démarche réflexive et critique.

1. Spécificités du trouble mental grave chez les aînés

Les aînés aux prises avec un TMG (par ex. : trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire, schizophrénie ou autre trouble psychotique) constituent environ 2 % des personnes de 55 ans et plus, et on prévoit que leur nombre doublera d'ici 2030 en raison du vieillissement de la population (Bartels, 2011; Cohen, 2000; Nour, Dallaire, Regenstreif et al., 2010). Or, on sait qu'entre 70 % et 85 % de ces aînés vivent maintenant dans la communauté (Cummings et Kropf, 2011; Cummings et McClure Cassie, 2008; Vahia et Cohen, 2007).

Comparativement aux troubles dits modérés, les TMG amènent davantage d'incapacités dans les différentes sphères de vie, et ce, souvent de façon prolongée (Fleury et Grenier, 2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Il faut comprendre ici que le TMG est à la fois la cause et la conséquence des exclusions vécues : d'une part, le fait d'en être atteint met davantage les individus à risque de vivre des discriminations et exclusions, tant concrètes que symboliques (TMG comme cause); d'autre part, les exclusions elles-mêmes entraînent l'apparition ou l'aggravation des troubles mentaux (TMG comme conséquence) (Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a et 2010b; Dallaire et Desrosiers, 2019). Par exemple, les personnes touchées par un TMG sont souvent soumises à une précarité financière, causée par des difficultés à intégrer le marché du travail et l'obligation de se tourner vers l'aide de dernier recours (les aidants doivent d'ailleurs souvent offrir un soutien financier à leur proche afin de pallier leurs difficultés financières). Le manque de ressources influence nécessairement leurs décisions, que ce soit le choix du milieu de vie ou les habitudes de vie, lesquels ont une incidence sur leur santé physique et mentale (Cummings et Kropf, 2011; Lavoie et Guberman, 2008). Par exemple, les femmes aînées touchées par la schizophrénie sont plus à risque de souffrir d'obésité et moins susceptibles de subir des mammographies comparativement aux autres femmes de leur âge (Cummings et Kropf, 2011). Comme chez les personnes plus jeunes, on constate donc que le TMG est à la fois la source et le résultat de diverses formes d'exclusion vécues par les aînés (Dallaire et Desrosiers, 2019; MacCourt, Wilson et Tourigny-Rivard, 2011).

Étant souvent confrontés à une précarité financière, les aînés touchés par un TMG éprouvent davantage de difficultés à se trouver un milieu de vie adapté lorsque leur autonomie diminue. Ils sont appelés à changer de milieu résidentiel plus souvent que leurs homologues sans TMG, ce qui ajoute une instabilité et accentue leur difficulté à recevoir les services requis (Cummings et Kropf, 2011). Lorsque les aînés touchés par un TMG sont dirigés vers les CHSLD, il appert que ces milieux ne sont pas adaptés à leurs problèmes liés au TMG, et ce, malgré le fait qu'ils y soient proportionnellement plus nombreux que dans la population générale (Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a).

Les risques que nous connaissons tous en vieillissant sont exacerbés par le TMG. Le vieillissement physique, la morbidité et la perte d'autonomie sont davantage marqués et précoces chez les aînés composant avec un TMG (Cummings et Kropf, 2011). Notamment, les taux de diabète, de maladie cardiovasculaire, de problèmes de mobilité, de déficits cognitifs et de certains types de cancer sont plus élevés chez cette catégorie d'aînés comparativement à la population âgée en général. C'est pourquoi les écrits scientifiques concernant les aînés touchés par un TMG devancent l'âge de la vieillesse dans le cas de cette sous-population : plusieurs situent le seuil à 55 ans (et certains même à 50 ans) plutôt que 65 (Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a; Paquet et Ellington, 2013).

Enfin, la maladie mentale et les hospitalisations sont souvent associées à un sentiment de honte et à des stigmates qui contribuent à l'isolement des individus. En raison des hospitalisations et du manque d'habiletés sociales, plusieurs personnes touchées par un TMG verront leur réseau social s'effriter et les membres de leurs familles s'éloigner au fil des ans. Ainsi, le réseau sur lequel elles peuvent s'appuyer en vieillissant est souvent restreint (Cummings et Kropf, 2011; Dallaire, McCubbin et Provost, 2010b).

2. Proche aidance auprès de l'aîné touché par un TMG

Un aspect singulier de la proche aidance en contexte de vieillissement et de TMG est la double demande engendrée par ces deux problématiques (Cummings et Kropf, 2015). Sur le plan de la santé, vieillir avec un TMG est souvent lié à des problèmes physiques, à la consommation de substances licites ou illicites, à des troubles de l'humeur ou à l'usage de benzodiazépines, lesquels peuvent amener une dépendance et des conséquences iatrogéniques, c'est-à-dire des problèmes de santé découlant de la prise de médication. De plus, puisque leur perte d'autonomie tend à être accélérée, l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes et l'exercice de leurs rôles sociaux en sont affectés (Cummings et Kropf, 2011). Ces changements dans leur fonctionnement social ont des répercussions sur leurs proches aidants, qui ont à assumer de nouveaux rôles et responsabilités (Nour, Dallaire, Regenstreif et al., 2010). Notamment, ceux-ci doivent apporter un soutien important pour les activités de la vie domestique (AVD)¹ et activités de la vie quotidienne (AVQ) (Cummings et Kropf, 2011).

181

Un autre aspect important de ce contexte particulier de proche aidance concerne les symptômes du TMG, qui tendent à changer durant le vieillissement. Alors que les proches aidants des jeunes adultes touchés par un TMG se soucient de symptômes comme les hallucinations ou les comportements perturbateurs, les aidants des aînés sont davantage préoccupés par des symptômes tels la léthargie et le retrait social (Cummings et Kropf, 2015; Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a). Ces derniers symptômes peuvent nourrir l'illusion qu'il est plus facile de s'occuper d'un aîné que d'un jeune touché par un TMG, alors que l'aspect le plus problématique pour les proches aidants des aînés réside justement dans le fait de trouver des activités pour leur proche, dans un contexte où celui-ci peut être dans un état apathique (Cummings et Kropf, 2015). Enfin, vu le manque d'habiletés sociales et/ou les difficultés relationnelles des aînés touchés par un TMG, leurs proches aidants ne savent pas nécessairement comment se comporter avec eux, ce qui peut contribuer à des sentiments d'impuissance et d'épuisement (Nour, Dallaire, Regenstreif et al., 2010).

À l'image des autres contextes de proche aidance, le fardeau engendré par le rôle de ces aidants augmente leur niveau de stress ainsi que le risque de présenter des problèmes de santé ou de souffrir de dépression ou d'anxiété. Également, des études soulèvent qu'être l'aidant d'un aîné touché par un TMG engendre des coûts économiques et fait en sorte qu'ils sont plus à risque de se retrouver

1 Les activités de la vie quotidienne (hygiène, habillement, alimentation et transport) se distinguent des activités de la vie domestique (préparation des repas, emplettes, entretien ménager, budget).

avec des difficultés financières (Cummings et Kropf, 2015). De plus, considérant que les proches aidants en santé mentale peuvent vivre la stigmatisation de leur proche « par association » (Fleury et Grenier, 2012), il nous apparaît raisonnable de croire que les aidants des aînés touchés par un TMG sont susceptibles de subir la double stigmatisation engendrée par l'âge conjugué au TMG (Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a; MacCourt, Wilson et Tourigny-Rivard, 2011).

Afin de mettre en lumière les particularités de la proche aidance auprès des aînés aux prises avec un TMG, le tableau qui suit présente une comparaison des expériences de la proche aidance selon différents types de perte d'autonomie. Il fait ainsi ressortir que les proches aidants des aînés touchés par un TMG peuvent connaître des réalités similaires aux autres proches aidants, mais que la perte d'autonomie accélérée et la double demande sont des caractéristiques qui distinguent leur expérience de proche aidance.

Tableau 1 Comparatif des expériences de proche aidance selon différents types de perte d'autonomie

	Perte d'autonomie fonctionnelle	Trouble neurocognitif majeur	Trouble mental grave
Description de la perte d'autonomie	Perte d'autonomie physique progressive liée au vieillissement (altération de la vue et de l'ouïe, diminution des fonctions cognitives ou de la mobilité, etc.)	Perte d'autonomie graduelle liée au trouble neurocognitif	Perte d'autonomie liée aux conséquences du TMG, conjuguée à une perte d'autonomie liée au vieillissement (souvent accélérée)
Manifestations psychologiques et comportementales possibles chez la personne âgée	Dépression liée aux pertes engendrées par les incapacités, diminution de la participation sociale	Dépression, anxiété, humeur instable, apathie, agitation physique ou verbale, comportements d'agressivité verbale ou physique, errance, hallucinations, idées délirantes	Dépression, retrait social, instabilité, léthargie, comportements violents, consommation, hallucinations, idées délirantes, ralentissement cognitif
Actualisation de la proche aidance	Soutien aux AVD et AVQ Coordination des soins et services Accompagnement aux rendez-vous et transports Surveillance de la qualité des soins et services Embauche de personnel Soutien émotif/psychologique	Soutien ou prise en charge complète des AVD et AVQ Gestion financière Accompagnement aux rendez-vous et transports Surveillance et présence constante auprès de l'aîné Gestion de problèmes comportementaux Rupture de l'isolement Soutien émotif/psychologique	Soutien important aux AVD et AVQ Soutien financier Accompagnement aux rendez-vous et transports Contact quotidien ou plusieurs fois par semaine avec l'aîné Gestion des symptômes psychiatriques et des problèmes comportementaux Recherche d'activités pour l'aîné Soutien émotif/psychologique
Spécificités	Charge et temps investi dans l'organisation et la coordination des soins	La charge et le temps investi s'accroissent au fil du temps; deuil de la relation avec l'aidé(e); difficultés financières; détresse liée aux problèmes de comportement	Augmentation des demandes au fil du temps; double demande liée au vieillissement et à la santé mentale; détresse liée aux problèmes de comportement

Sources : Cummings et Kropf, 2011; 2015; Guberman et Lavoie, 2010; Guberman et Maheu, 1994; Nour, Dallaire, Regenstreif et al., 2010; Rote, Angel et Markides, 2015; Vézina et Belzile Lavoie, 2017.

Enfin, notons que malgré la lourdeur du fardeau qui leur incombe, les proches aidants des aînés touchés par un TMG partagent les mêmes points de vue que les autres aidants quant aux aspects positifs de leur expérience, puisque leur rôle peut aussi leur apporter de la valorisation et un sentiment d'accomplissement, en plus de favoriser une relation positive avec l'aîné (Cummins et Kropf, 2015).

3. Enjeux sociopolitiques et organisationnels

Les réalités des proches aidants que nous venons de décrire s'inscrivent au Québec dans un contexte sociopolitique où les individus sont invités à s'engager à prendre soin de leur santé et à demeurer autonomes dans leur milieu de vie. Comme nous le verrons, ce contexte peut exclure les personnes âgées composant avec un TMG de nos politiques et institutions et imposer des responsabilités aux familles et aux proches (Raymond, Grenier et Lacroix, 2016).

3.1 Néolibéralisme, maintien à domicile et rétablissement

Les politiques sociales actuelles concernant la situation des aînés aux prises avec un TMG se rapportent simultanément aux politiques liées aux domaines du vieillissement et de la santé mentale. Nous faisons ici référence à la politique de soutien à domicile (SAD) intitulée « Chez soi, le premier choix » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003), à la politique sur le vieillissement « Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec » (Ministère de la Famille et des Aînés, 2012) et au dernier plan d'action en santé mentale (PASM) nommé « Faire ensemble et autrement » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Ces politiques, qui s'appuient sur des conceptions similaires du maintien à domicile et des proches aidants, peinent à offrir une réponse satisfaisante aux besoins des aînés touchés par un TMG. Elles s'inscrivent dans une idéologie néolibérale (Esping-Andersen, 2007; Guberman et Lavoie, 2012) qui met l'emphase sur les capacités des individus à participer au marché et conçoit la pauvreté comme résultant d'une responsabilité individuelle et d'un manque de volonté, sans prise en compte des facteurs structurels (Raymond, Grenier et Lacroix, 2016). Les assurances privées sont valorisées et l'État n'intervient que lorsque le marché ne peut répondre aux besoins. En raison du fait que l'État considère les individus *a priori* comme étant aptes à participer au marché, les personnes dont la participation est limitée ou inexistante – notamment les personnes âgées ou handicapées – sont considérées comme dépendantes de leur famille. Cette idéologie favorise donc des politiques qui promeuvent, voire exigent que les personnes âgées recourent à leurs proches ou au marché afin de demeurer à domicile, et fait en sorte que le rôle de proche aidant devient central (Esping-Andersen, 2007; Lavoie, 2012; Lavoie, Guberman et Marier, 2014). Concrètement, nous pouvons déceler la tendance néolibérale des politiques québécoises en matière de vieillissement et de santé mentale par la centralité de principes tels le maintien à domicile ou encore une vision réductrice du rétablissement dans la communauté, lesquels s'actualisent par le recours aux proches et aux collectivités ainsi que par un désengagement de l'État (Esping-Andersen, 2007; Guberman et Lavoie, 2012; Morin, 2012).

Le maintien à domicile, la désinstitutionnalisation et la non-institutionnalisation (Morin et St-Onge, 2019) des personnes âgées et de celles touchées par un TMG s'inscrivent dans un souci de favoriser leur rétablissement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015) et de respecter leurs volontés et leur autonomie (Ministère de la Famille et des Aînés, 2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Bien que le fait de demeurer à domicile soit effectivement le souhait de plusieurs aînés, l'emphase mise sur l'autonomie pour atteindre cet objectif peut amener une stigmatisation des personnes ayant des incapacités, lesquelles peuvent être perçues comme dépendantes d'un système qui engendre des coûts élevés (Raymond, Grenier et Lacroix, 2016).

Par ailleurs, l'approche du rétablissement, qui implique que la personne ne s'appuie pas seulement sur les services publics pour répondre à ses besoins, mais qu'elle utilise aussi d'autres « ressources disponibles qu'elle juge pertinentes pour répondre à ses besoins » (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, dans Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015 : 10) peut se concrétiser par un transfert des responsabilités vers les proches (Morin, 2012). Dans le contexte néolibéral actuel, ces derniers deviennent souvent la seule ressource réellement disponible lorsque la personne ayant des incapacités n'est pas en mesure de se tourner vers le marché et qu'il y a un manque de ressources publiques.

Des études mettent en évidence que plus de 80 % du soutien apporté aux personnes âgées serait offert par les proches et que l'État assumerait environ 10 % des services de soutien à domicile (Audy, Couturier, Guay et al., 2017; Kempeneers, Battaglini, Van Pevenage et al., 2015; Lavoie, Guberman et Marier, 2014). Les intervenants sociaux sont à même de constater dans leur quotidien que sans la présence des proches, les services formels n'arriveraient pas à eux seuls à permettre un maintien à domicile satisfaisant (Audy, Couturier, Guay et al., 2017). Les plus récentes réformes québécoises ayant permis un pas de plus vers la privatisation des services, notamment par la création de structures comme les super-cliniques et le transfert de services dans les groupes de médecine familiale (Benoit, 2015; Bourque et Lachapelle, 2018; Plourde, 2017), cela pourrait avoir comme effet de placer encore davantage la responsabilité sur les personnes, leurs familles et leurs proches ainsi que d'accentuer le désengagement de l'État.

Enfin, l'idéologie néolibérale et sa responsabilisation des personnes a aussi des impacts sur les conceptions du vieillissement dans notre société. Par exemple, à la lecture de la politique « Vieillir et vivre ensemble » (Ministère de la Famille et des Aînés, 2012), on note que le « vieillissement actif » et l'autonomie des personnes âgées sont centraux. Bien que ces principes soient appropriés et louables, le poids qu'on leur accorde peut contribuer à l'exclusion sociale des personnes âgées malades ou en perte d'autonomie (Comité national d'éthique sur le vieillissement, 2017; Raymond, Grenier et Lacroix, 2016), dont les aînés composant avec un TMG. Par exemple, l'apathie entraînée par certains troubles mentaux est certainement éloignée des standards du « vieillissement actif » et de l'autonomie. Ainsi, par l'emphase mise sur la responsabilité individuelle dans l'accomplissement d'un vieillissement actif, voire même « réussi », il y a risque de faire abstraction des facteurs environnementaux et structureaux ayant une influence sur les conditions dans lesquelles les personnes vivent leur vieillissement.

3.2 Des politiques mutuellement exclusives

En procédant à l'étude des politiques sociales en matière de vieillissement et de santé mentale, force est de constater que celles-ci ne sont pas en mesure d'intégrer simultanément les deux phénomènes. Par exemple, bien que la politique de SAD se veuille inclusive et dise s'adresser à une « très large clientèle » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003 : 1), dont les personnes avec des incapacités psychiques ou psychosociales, nous constatons que les services qui leur sont destinés sont restreints, puisque la politique mentionne ne pas couvrir le « vaste champ de l'intégration sociale » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003 : 3). Pareillement, dans le dernier PASM, la place des aînés est minimale, l'emphase étant plutôt mise sur les jeunes et les adultes, l'implication sociale et l'intégration socioprofessionnelle. Sa description de l'intégration sociale étant restreinte aux expériences des études, du travail, du bénévolat et des stages, le dernier PASM paraît donc éloigné des réalités des aînés (Nour, Hébert, Lavoie et al., 2013). Ainsi, les personnes âgées touchées par un TMG ne semblent pas avoir d'espace au sein des politiques en place, en raison de leur âge (par rapport aux politiques de santé mentale) ou de leur trouble mental (par

rapport aux politiques touchant le vieillissement et le soutien à domicile) (Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a; MacCourt, Wilson et Tourigny-Rivard, 2011). Comme nous le verrons plus loin, ces exclusions politiques peuvent avoir des effets directs sur les proches aidants, qui sont appelés à pallier le manque de services découlant de ces lacunes, sans que les besoins liés à leur rôle soient pris en compte (MacCourt, Wilson et Tourigny-Rivard, 2011).

4. Enjeux organisationnels : inaccessibilité et inadéquation des services

L'organisation des services étant tributaire des politiques en place, il ressort des recherches québécoises que l'administration des programmes psychosociaux pourrait être un obstacle à l'accessibilité des services et générer des situations d'exclusion, en raison de leurs critères d'admissibilité. Par exemple : qui prendra en charge la personne âgée schizophrène présentant des difficultés de mobilité (Nour, Hébert, Lavoie et al., 2013; Paquet et Ellington, 2013)? Également, des aînés touchés par un TMG mais ne présentant pas de perte d'autonomie physique marquée (par exemple, telle que mesurée à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle, un outil largement utilisé au Québec) peuvent être exclus des services de soutien à domicile, étant considérés physiquement aptes à réaliser leurs AVQ et AVD, bien que leur état de santé mentale en entrave l'accomplissement (MacCourt, Wilson et Tourigny-Rivard, 2011). Enfin, les aînés touchés par un TMG sont aussi à risque d'être exclus des services en raison de leurs comportements (consommation de substances licites ou illicites, tabagisme, comportements dérangeants), par souci d'assurer la sécurité du personnel (MacCourt, Wilson et Tourigny-Rivard, 2011). Ces difficultés d'accès aux services font en sorte que les besoins de ces aînés ne sont pas comblés, ce qui peut contribuer au fardeau des proches aidants, qui ont à répondre autant aux besoins découlant des incapacités liées à la maladie mentale qu'à celles entraînées par le vieillissement. Les aidants deviennent donc la première et principale ressource pour répondre aux besoins de la personne âgée (Cumplings et Kropf, 2011; Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a).

185

L'intégration des services constitue un autre défi de taille en ce qui concerne les aînés touchés par un TMG et leurs proches. Ces aînés étant suivis soit dans les services généraux de santé mentale, soit dans les services de Soutien à l'autonomie des personnes adultes (SAPA), il appert que les intervenants de ces deux programmes ont des visions divergentes du rétablissement et que leurs modes d'intervention diffèrent, bien qu'ils travaillent au sein du même établissement (Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a; Paquet et Ellington, 2013). Conséquemment, les services destinés aux aînés peuvent être soumis à des tensions ou mal coordonnés, amenant des proches aidants à se sentir mal préparés et isolés dans l'exercice de leur rôle (Cumplings et Kropf, 2015). Ce contexte organisationnel semble donc amener des conséquences négatives pour les proches aidants, lesquelles peuvent compromettre leur capacité à actualiser leur rôle (MacCourt, Wilson et Tourigny-Rivard, 2011).

Bien que l'ensemble de ces données apporte un meilleur éclairage sur la situation des proches aidants des aînés touchés par un TMG, notons aussi qu'elles datent du début des années 2010; par conséquent, elles ne tiennent pas compte de la dernière réforme du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) lancée en 2015. Celle-ci a amené une fusion des établissements, d'où la création des CISSS et des CIUSSS. En dépit de cette fusion, les programmes en place demeurent structurés selon les clientèles (personnes âgées, santé mentale et dépendance, etc.) et peinent à répondre de façon adaptée à la complexité des besoins des aînés (Audy, Couturier, Guay et al., 2017; Bourque et Lachapelle, 2018). Cette situation laisse donc présager que les aînés composant avec un TMG et leurs proches vivent toujours à ce jour des exclusions institutionnelles au sein du RSSS québécois.

5. L'intervention sociale auprès des proches aidants et ses enjeux

Le fait que des personnes aux prises avec un TMG vieillissent dans leur communauté est un phénomène relativement récent, ce qui fait en sorte que les expériences de ces aînés peuvent être moins bien connues (Cummings et Kropf, 2015). À ce sujet, des écrits relèvent que les professionnels manquent de connaissances sur ces réalités (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011; Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a). Ce manque d'information favoriserait parfois les préjugés, lesquels peuvent se manifester par des attitudes fatalistes chez les intervenants (Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a). Par exemple, ceux-ci peuvent avoir un manque d'espoir face aux aînés touchés par un TMG et vivre un sentiment d'impuissance à leur égard, ou encore craindre de faire naître de faux espoirs chez les aînés et leurs proches en intervenant selon une approche axée sur le rétablissement (Aubin et Dallaire, 2019; Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a). Les idées entretenues par des intervenants peuvent donc aller à l'encontre du principe d'autodétermination et ainsi influencer le processus d'intervention (Bergeron-Leclerc, Cormier, Dallaire et al., 2019; Morin et St-Onge, 2019), et ce, malgré l'efficacité démontrée des interventions fondées sur le rétablissement auprès des aînés touchés par un TMG (MacCourt, Wilson et Tourigny-Rivard, 2011).

Parce que leurs schémas d'analyse intègrent toujours l'environnement social de leurs clients, les travailleurs sociaux sont sensibilisés à l'importance de faire participer les familles. Toutefois, ils doivent trouver un équilibre en intervention, afin d'éviter d'adopter une approche familialiste² (Mongeau, Asselin et Roy, 2013), laquelle peut contribuer au fardeau qui leur incombe déjà. À ce sujet, des études québécoises nous permettent de relever des divergences de perspective entre les intervenants sociaux et les proches aidants quant au soutien que doivent offrir ces derniers. Entre autres, Lavoie et Guberman (2009) expliquent que des intervenants du réseau sociosanitaire entretiennent des valeurs plus familialistes que les aidants, promeuvent leur engagement et s'attendent à ce que l'État n'intervienne que dans les situations complexes ou lorsque les aidants sont dépassés. Concrètement, les intervenants attendent de la part des aidants des personnes âgées qu'ils assument la majorité des soins et acquièrent des connaissances en entretien des équipements, soins infirmiers, etc. En contrepartie, les aidants perçoivent que leur rôle consiste principalement à protéger l'identité de leurs proches et comptent sur le soutien des professionnels pour les soins instrumentaux, afin de préserver leurs multiples identités (parent, travailleur, etc.). Ainsi, les familles et les proches posent des questions et revendiquent des services rapides, qu'ils considèrent comme un droit puisqu'ils les financent en tant que contribuables. Dans ce contexte, certains professionnels jugent que les proches aidants peuvent être exigeants, tandis que ces derniers déplorent les difficultés d'accès aux services, ainsi que le manque de collaboration et de reconnaissance de la part des professionnels (Lavoie et Guberman, 2009; Morin et St-Onge, 2019). Les professionnels, toutefois, apprécient au contraire la collaboration des aidants lorsqu'ils leur apportent des informations, laquelle peut aussi être perçue comme un partenariat (Bonin, Chicoine, Fradet et al., 2014; Lavoie et Guberman, 2009).

Lavoie et Guberman (2009) soulignent l'importance de garder à l'esprit le contexte sociopolitique néolibéral dans lequel s'inscrivent ces différentes positions chez les aidants et les professionnels. Ces derniers, étant dans les faits les porteurs des politiques sociales, ne sont pas nécessairement conscients du système de croyances implicites qui guide leurs pratiques auprès des proches aidants, lesquelles peuvent être imprégnées par l'idéologie néolibérale responsabilisant les familles et les proches (Esping-Andersen, 2007; Lavoie et Guberman, 2009). Néanmoins, il ne faudrait pas non plus, à la lumière de

2 Dans une perspective familialiste, la famille et les proches sont vus comme l'unique source de bonheur ou de malheur. Ainsi, lorsqu'un problème se présente, ils en sont tenus responsables sans que l'on tienne compte des autres facteurs pouvant influencer la situation (Mongeau, Asselin et Roy, 2013).

ces analyses, généraliser les pratiques et conclure que la majorité des intervenants sociaux exercent aveuglément de la pression sur les aidants. D'autres études soulignent la sensibilité des intervenants face aux revendications et limites des proches aidants et signalent que le manque de services publics (à l'origine de la charge des aidants) est décrié par les intervenants (Audy, Couturier, Guay et al., 2017).

Enfin, un enjeu incontournable en intervention sociale dans le réseau sociosanitaire québécois est l'utilisation d'outils standardisés, qui font partie intégrante des pratiques des travailleurs sociaux. Bien que des instruments comme l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) permettent d'évaluer les besoins et l'autonomie de la personne âgée, il appert qu'ils mettent surtout l'emphase sur les capacités fonctionnelles, au détriment des facteurs psychosociaux. Si l'on s'attarde spécifiquement à l'OEMC, cet outil ne serait pas en mesure d'intégrer la complexité des réalités des aînés en vue d'obtenir une compréhension globale de leur situation. Par exemple, une personne âgée pourrait paraître relativement fonctionnelle selon les critères de l'OEMC, mais ne pas l'être en raison d'un trouble mental ou d'un problème de toxicomanie. Dans de telles situations, la mise en place de services repose sur les épaules des intervenants sociaux, qui doivent revendiquer du soutien pour l'aîné auprès de leurs supérieurs. Notons aussi que la présence des proches peut soulever des enjeux dans l'utilisation de l'OEMC. Les proches étant considérés comme une ressource de soutien, l'OEMC aurait du mal à tenir compte du fait que les intentions et capacités des aidants peuvent évoluer, ou encore que leur soutien n'est pas adapté aux besoins de l'aîné (Gilbert, Leibing et Marier, 2018; Guberman et Lavoie, 2012). Ainsi, vu la complexité des parcours de vie et des besoins des aînés touchés par un TMG et leurs proches, l'utilisation d'un outil standardisé tel l'OEMC apparaît peu compatible avec la pratique des travailleurs sociaux, laquelle est fondée sur l'analyse des problèmes sociaux et l'interaction entre les personnes et leur environnement social (OTSTCFQ, 2012).

6. Discussion

187

Cette analyse documentaire nous a permis de constater que les parcours des aînés touchés par un TMG présentent des particularités, notamment les exclusions et inégalités sociales découlant du TMG, et que celles-ci teintent le vieillissement des aînés et l'expérience de leurs aidants. À l'instar des autres catégories d'aidants, ceux-ci ont à composer avec de multiples enjeux ainsi qu'avec les conséquences physiques, psychologiques et sociales liées à l'exercice de leur rôle (Cummings et Kropf, 2011; 2015; Dallaire, McCubbin et Provost, 2010b). Deux aspects distinguent toutefois ce groupe de proches aidants : la double demande et la double stigmatisation par association engendrées par la conjonction des réalités liées au vieillissement et au TMG (Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a; MacCourt, Wilson et Tourigny-Rivard, 2011). L'interaction de ces deux phénomènes amène des exclusions politiques et institutionnelles affectant les aînés et leurs proches, dont des difficultés d'accès à des services adaptés aux besoins, ce qui contribue au fardeau des proches et accentue le manque de soutien dans leur rôle d'aidant (Cummings et Kropf, 2015; Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a). Les travailleurs sociaux doivent composer avec ces contextes politique et organisationnel, lesquels peuvent favoriser des pratiques qui responsabilisent à outrance les familles et les proches dans la prise en charge de l'aîné (Esping-Andersen, 2007; Lavoie et Guberman, 2009).

À l'instar de Lavoie et Guberman (2009), nous considérons que les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ne sont pas toujours conscients de la présence et des impacts de leurs croyances sur leur pratique auprès des aînés composant avec un TMG. Si de telles croyances sont courantes, c'est qu'elles sont liées aux politiques sociales en place, lesquelles favorisent implicitement la productivité (par un vieillissement « actif » et « réussi ») et laissent donc moins d'espace pour nourrir l'espoir face aux personnes âgées qui ne répondent pas à ces standards élevés (Aubin et Dallaire, 2019; Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a). Cette situation met en lumière la possibilité

que l'âgisme ait imprégné nos politiques, intégré nos institutions et nécessairement influencé les pratiques des professionnels, dont les travailleurs sociaux (Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a). Sortir de ces dynamiques et impasses en intervention exige de la part des travailleurs sociaux de solliciter leur réflexivité : d'une part pour prendre du recul face à leurs croyances et l'espoir qu'ils entretiennent à l'égard des aînés touchés par un TMG et, d'autre part, afin de pouvoir se dégager des discours sociaux dominants pouvant influencer leurs attentes et leurs pratiques à l'égard des familles et des proches (Morin et St-Onge, 2019; OTSTCFQ, 2012). En mobilisant leur réflexivité, les travailleurs sociaux sont en mesure de développer une posture critique quant à leur rôle et à l'intervention sociale dans le cadre de leurs contextes de pratique (OTSTCFQ, 2012), ce qui ouvre la porte à des possibilités de changements dans leurs pratiques au quotidien (ex. : savoir-être vis-à-vis des aînés composant avec un TMG, intégration des proches dans le processus d'intervention) et sur le plan social (ex. : revendiquer des services ou politiques mieux adaptés aux besoins de leurs clients).

Cela étant dit, nos analyses dans le cadre du présent article doivent être considérées en tenant compte de certaines limites. Ainsi, en raison du faible nombre d'écrits québécois concernant la situation des aînés touchés par un TMG et leurs proches, nous avons dû nous tourner vers les écrits à l'international, notamment vers des sources américaines qui nous ont permis de documenter notre travail. Bien que ces recherches aient apporté un éclairage pertinent, nous devons garder en tête les différences de contexte entre le Canada/Québec et les États-Unis. En outre, les impacts de la dernière réforme du réseau de la santé et des services sociaux québécois ne sont pas encore documentés spécifiquement par rapport aux aînés touchés par un TMG. Néanmoins, en intégrant des écrits traitant de la dernière réforme, ou s'inscrivant dans ce contexte, nous avons été en mesure de constater des points de convergence qui laissent supposer une continuité des exclusions et enjeux documentés antérieurement à l'égard des aînés touchés par un TMG et leurs proches.

CONCLUSION

L'objectif de cet article était de présenter une autre facette de la proche aidance, soit celle qui se vit auprès des personnes âgées touchées par un TMG. En abordant les particularités des conditions et cheminements de vie des personnes composant avec un TMG, nous avons constaté que leurs parcours sont parsemés de situations d'exclusion, lesquelles tendent à perdurer durant leur vieillissement (Raymond, Grenier et Lacroix, 2016).

Les politiques sociales actuelles en matière de vieillissement et de santé mentale contribuent aux exclusions vécues par les aînés composant avec un TMG et leurs proches. Autant le vieillissement que les incapacités découlant du TMG vont à l'encontre des attentes de productivité, d'activité et d'autonomie désormais adressées aux aînés québécois (Dallaire et McCubbin, 2008; Raymond, Grenier et Lacroix, 2016). Par ailleurs, ces politiques n'étant pas en mesure d'intégrer simultanément les réalités du vieillissement et de la maladie mentale, les services psychosociaux publics sont offerts en silo et les aînés composant avec un TMG et leurs proches sont confrontés à un trou de services (Dallaire, McCubbin et Provost, 2010a; Paquet et Ellington, 2013). Le manque de ressources adaptées favorise donc une proche aidance vécue comme un non-choix et comme une nécessité « imposée » par une absence, un manque (Esping-Andersen, 2007; Raymond, Grenier et Lacroix, 2016). Cette situation interpelle directement les travailleurs sociaux, qui sont appelés à intégrer la dimension des déterminants sociaux de la santé dans leurs interventions (OTSTCFQ, 2012). Enfin, ces contextes sociopolitique et organisationnel peuvent influencer les croyances et pratiques des travailleurs sociaux, qui parfois se retrouvent à porter des valeurs familialistes en intervention (Lavoie et Guberman, 2009), au détriment d'une réelle collaboration et d'un partenariat avec les familles et les proches (Bonin, Chicoine, Fradet et al., 2014; Lavoie et Guberman, 2009; Morin et St-Onge, 2019).

Bien que ce texte nous ait permis de mettre en lumière les principaux enjeux interpellant les travailleurs sociaux en matière de proche aidance en contexte de vieillissement et de TMG, il aurait été intéressant d'aborder d'autres défis rencontrés par les intervenants, dont les contraintes organisationnelles qui misent sur le rendement du personnel clinique (par exemple au moyen d'un contrôle serré du nombre et de la durée des actes cliniques, ou encore d'une augmentation du nombre de dossiers attribués aux intervenants), au détriment du temps nécessaire pour intervenir dans les situations complexes. Il importe donc que les professionnels du travail social poursuivent la réflexion sur la proche aidance et les contextes dans lesquels elle s'inscrit. Les travailleurs sociaux sont des acteurs clés en ce qui concerne la connaissance des réalités du quotidien des aidants, ce qui les place dans une position stratégique pour contribuer à des changements sociaux et politiques indispensables en matière de proche aidance.

ABSTRACT:

Providing care to elderly persons with serious mental illness is a reality that has not heretofore been well documented. Given the shortage of writings on this specific issue, the analysis we propose relies on documentary research pooling knowledge from four fields that are rarely considered in conjunction with each other: (a) caregiving to senior citizens; (b) caregiving within the context of mental illness; (c) particular nature of the aging/mental health intersection and caregiving within that context, and (d) socio-political issues relating to the organization of services and interventions involving caregivers in general. Here, we are striving to establish the “lay of the land” as it relates to knowledge of this emerging problem and how it reveals key issues for the practice of social workers actively involved with caregivers, including those offering various forms of support to seniors in the grips of serious mental problems.

KEYWORDS:

Caregiver, immediate family, serious mental problems, aging

189

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011). *Santé mentale et vieillissement. Constats et recommandations concernant l'offre de service* : Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Aubin, G. et B. Dallaire (2019). « Les personnes âgées qui vivent avec un problème de santé mentale : « il ny a plus rien à faire avec elles » : 117-124, dans V. Billette, P. Marier et A.-M. Séguin (sous la dir.), *Les vieillissements sous la loupe. Entre mythes et réalités*, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Audy, A., Couturier, Y., Guay, J.-F., Béliveau, S. et N. René (2017). *Comprendre l'articulation des réseaux autour d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) pour renforcer les liens sociaux avec les personnes âgées vulnérables*, rapport de recherche.
- Bartels, S. J. (2011). « Commentary; The forgotten older adult with serious mental illness: The final challenge in achieving the promise of Olmstead? », *Journal of Aging and Social Policy*, vol. 23, n° 3, 244-257.
- Benoit, J. (2015). « La réforme Barrette : cap sur le privé en santé », *Relations*, n° 781, 35-37.
- Bergeron-Leclerc, C., Cormier, C., Dallaire, B. et M.-H. Morin (2019). « Le rétablissement en santé mentale : représentations, compétences et stratégies d'intervention à privilégier » : 61-80, dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire et C. Cormier (sous la dir.), *La pratique du travail social en santé mentale. Apprendre, comprendre, s'engager*, Québec : Presses de l'Université du Québec, coll. « Problèmes sociaux, interventions sociales ».
- Bonin, J.-P., Chicoine, G., Fradet, H., Larue, C., Racine, H., Jacques, M.-C., et al. (2014). « Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec ». *Santé mentale au Québec*, vol. 39, n° 1, 159-173.
- Bourque, D. et R. Lachapelle (2018). « Les ravages de la réforme Barrette », *Relations*, n° 798, 20-21.

- Cohen, C. I. (2000). « Directions for research and policy on schizophrenia and older adults : Summary of the GAP Committee report », *Psychiatric Services*, vol. 51, n° 3, 299-302.
- Comité national d'éthique sur le vieillissement (2017). *Une approche éthique de l'habitat : avis du Comité national d'éthique sur le vieillissement*. Extrait du site de l'IVPSA, https://www.ivpsa.ulaval.ca/sites/ivpsa.ulaval.ca/files/une_approche_ethique_de_lhabitat_-_avis_cnev_-_mai_2017_0.pdf
- Cummings, S. et N. Kropf (2011). « Aging With a Severe Mental Illness: Challenges and Treatments », *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 54, n° 2, 175-188.
- Cummings, S. et N. Kropf (2015). « Predictors of Depression Among Caregivers of Older Adults With Severe Mental Illness », *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 58, n° 3, 253-271.
- Cummings, S. et K. McClure Cassie (2008). « Perceptions of biopsychosocial services needs among older adults with severe mental illness: Met and unmet needs », *Health & Social Work*, vol. 33, n° 2, 133-143.
- Dallaire, B. et M. Desrosiers (2019). « Au cœur des compétences de contextualisation : la prise en compte des déterminants sociaux de la santé et de la maladie mentale » : 81-103, dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire et C. Cormier (sous la dir.), *La pratique du travail social en santé mentale. Apprendre, comprendre, s'engager*, Québec : Presses de l'Université du Québec, coll. « Problèmes sociaux, interventions sociales ».
- Dallaire, B. et M. McCubbin (2008). « Parlons d'inclusion sociale. La théorie et la recherche à propos des personnes aux prises avec des handicaps psychosociaux » : 251-266, dans E. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard (sous la dir.), *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion*, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Dallaire, B., McCubbin, M. et M. Provost (2010a). « Vieillesse et trouble mental grave : questions de représentations, questions d'intervention » : 175-197, dans M. Lagacé (sous la dir.), *L'âgeisme. Comprendre et changer le regard social sur la vieillesse*, Presses de l'Université Laval.
- Dallaire, B., McCubbin, M., Provost, M., Carpentier, N. et M. Clément (2010b). « Cheminement et situations de vie des personnes âgées présentant des troubles mentaux graves : perspectives d'intervenants psychosociaux », *La revue canadienne du vieillissement*, vol. 29, n° 2, 267-279.
- Esping-Andersen, G. (2007). *Les trois mondes de l'État-providence : essai sur le capitalisme moderne*, Paris : Presses de l'Université de France.
- Fleury, M.-J. et G. Grenier (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec : Commissaire à la santé et au bien-être.
- Gilbert, N., Leibing, A. et P. Marier (2018). « Multiples autonomies : naviguer dans l'univers du soutien à domicile » : 249-256, dans V. Billette, P. Marier et A.-M. Séguin (sous la dir.), *Les vieillissements sous la loupe. Entre mythes et réalités*, Québec : Presses de l'Université Laval, 249-256.
- Guberman, N. et J.-P. Lavoie (2010). « Pas des superhéros. Des réalités et expériences des proches aidants », dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (sous la dir.), *Vieillir au pluriel : Perspectives sociales*, Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Guberman, N. et J.-P. Lavoie (2012). « Politiques sociales, Personnes Âgées et Proches-Aidant-e-s au Québec », *Les cahiers de la femme*, vol. 29, n° 3, 61-70.
- Guberman, N. et P. Maheu (1994). « Au-delà des soins : un travail de conciliation », *Service social*, vol. 43, n° 1, 87-104.
- Kempeneers, M., Battaglini, A., Van Pevenage, I., Gagnon, A., Audy, E. et J. Gerlash (2015). « Chiffrer les solidarités familiales », *Carnet synthèse*, n° 4, 16 p.
- L'Appui pour les proches aidants d'âinés (2016). *Portrait statistique des proches aidants des personnes de 65 ans et plus au Québec, 2012*, Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Extrait du site de L'APPUI, lappui.org/Organisations/content/download/14806/file/Portrait%20statistique.pdf.
- Lavoie, J.-P. (2012). « Entre État, famille, tiers secteur et marché. Les politiques québécoises à l'égard des personnes âgées ayant des incapacités » : 129-151, dans P. Marier (sous la dir.), *Le vieillissement de la population et les politiques publiques : enjeux d'ici et d'ailleurs*, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lavoie, J.-P. et N. Guberman (2008). « Vieillesse, exclusions sociales et solidarités. Pour une analyse du vieillissement sous l'angle de l'exclusion sociale », *Cahiers du CREGES*, n° 4, 14 p.
- Lavoie, J.-P. et N. Guberman (2009). « Le partenariat professionnel-famille dans les soins aux personnes âgées. Un enjeu de reconnaissance », *Lien social et Politiques*, n° 62, 137-148.
- Lavoie, J.-P., Guberman, N. et P. Marier (2014). « La responsabilité des soins au Québec : du secteur public au privé », *Études IRPP*, n° 48, 40 p.

- Lecours, C. (2015). *Portrait des proches aidants et les conséquences de leurs responsabilités d'aidants*, Québec : Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- MacCourt, P., Wilson, K. et M. Tourigny-Rivard (2011). *Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation des services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*, Calgary : Commission de la santé mentale du Canada.
- Ministère de la Famille et des Aînés (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*, Québec : Bibliothèque nationale du Québec. Extrait du site vieilliretvivreensemble.gouv.qc.ca.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2003). *Chez soi : le premier choix. Politique de soutien à domicile*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Bibliothèque nationale du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble autrement*, Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Mongeau, S., Asselin, P. et L. Roy (2013). « L'intervention clinique avec les familles et les proches en travail social : pour une prise en compte de la complexité – prise deux » : 191-221, dans E. Harper et H. Dorvil (sous la dir.), *Le travail social, théories, méthodologies et pratiques*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Morin, M.-H. (2012). « D'agent causal... à famille compétente : un regard sur la transformation du rôle des membres de famille dans les pratiques en santé mentale », *Le partenaire*, vol. 20, n° 4, 4-9.
- Morin, M.-H. et M. St-Onge (2019). « L'intervention familiale dans la pratique du travail social en santé mentale » : 161-186, dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire et C. Cormier (sous la dir.), *La pratique du travail social en santé mentale : apprendre, comprendre, s'engager*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Nour, K., Dallaire, B., Regenstreif, A., Hébert, M. et N. Moscovitz (2010). « Santé mentale et vieillissement. Problèmes, répercussions et services », dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (sous la dir.), *Vieillir au pluriel : perspectives sociales*, Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Nour, K., Hébert, M., Lavoie, J., Moscovitz, N., Billette, V. et A. Regenstreif (2013). « Les services spécialisés en santé mentale pour des personnes âgées du CSSS Cavendish-CAU : déjà 10 ans », *Le partenaire*, vol. 21, n° 2, 12-15.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux* : Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Paquet, S. et L. Ellington (2013). « Enjeux et perspectives entourant le suivi en CSSS des personnes âgées aux prises avec un trouble de santé mentale grave : le point de vue des intervenants de la première ligne », *Le partenaire*, vol. 21, n° 2, 4-7.
- Plourde, A. (2017). « CLSC ou GMF? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources », *IRIS*.
- Raymond, É., Grenier, A. et N. Lacroix (2016). « La participation dans les politiques du vieillissement au Québec : discours de mise à l'écart pour les aînés ayant des incapacités? », *Revue Développement humain, handicap et changement social*, vol. 22, n° 1, 5-21.
- Rote, S., Angel, L. J. et K. Markides (2015). « Health of Elderly Mexican American Adults and Family Caregiver Distress », *Research on Aging*, vol. 37, n° 3, 306-331.
- Sinha, M. (2014). « Rapport des canadiens avec les membres de leurs familles et leurs amis, *Mettre l'accent sur les Canadiens : résultats de l'Enquête sociale générale*.
- Vahia, I. et C. Cohen (2007). « Psychosocial interventions and successful aging: New paradigms for improving outcome for older schizophrenia patients? », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 15, n° 12, 987-990.
- Vézina, J. et M. Belzile Lavoie (2017). « Les proches aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté : défis et pistes de solutions » : 93-118, dans S. Grondin (sous la dir.), *La psychologie au quotidien*, n° 3, Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.