

Animer la méditation

Auprès des

personnes âgées

Cahier de formation



MISE EN GARDE

Le contenu de ce document est la propriété intellectuelle de ses auteur.e.s. Le document est sous licence Attribution Creative Common - Utilisation Non commerciale 4.0 Internationale (CC BY-NC 4.0). Il est permis de distribuer et de modifier le document à des fins non commerciales, tant que les auteur.e.s sont crédité.e.s.

Pour citer le document :

Gill, L-N. & Malchelosse, K, 2022. Animer la méditation auprès des personnes âgées : document de formation. *Méditation en zone éducative*. doi.org/ 10.31219/osf.io/hv56r

Table des matières

1. Objectifs de la formation	5
2. Les établissements d’hébergement pour les personnes âgées au Québec	5
CHSLD.....	6
Ressources intermédiaires et Ressource de type familial.	6
Résidence privée.....	7
Caractéristiques de la population en CHSLD :	8
Les défis du déclin cognitif.....	8
Le contexte de CHSLD.....	11
3. Buts des ateliers	12
4. L’animation auprès des personnes âgées	14
Éléments thérapeutiques	14
Principes généraux de communication	15
Interaction adaptative	16
Qualités à cultiver	17
Rôles et responsabilités.....	18
Responsable de l’animation.....	18
Animateur.trice de soutien/ en individuel.....	18
Évaluateur.trice	19
5. Déroulement des ateliers.....	19
Étapes d’un atelier.....	19
Matériel	21
Méditation.....	22



Relaxation basée sur la respiration	22
Suggestions verbales	22
Suggestions non verbales	23
Présence attentive	24
Autres animations.....	25
6. Possibilités d'implication supplémentaire	25
7. Référence	26

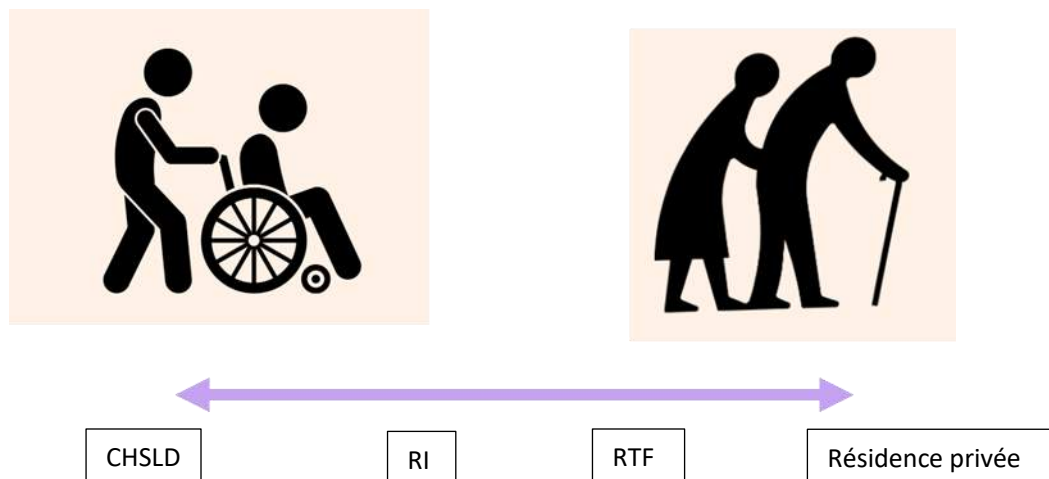


1. Objectifs de la formation

- Comprendre les besoins et les limitations des personnes résidant en CHSLD.
- Maîtriser des techniques d'interaction pour entrer en relation avec des personnes âgées en perte d'autonomie.
- Situer la méditation en contexte de CHSLD en lien avec le modèle tripartite de la méditation.
- Comprendre les principes d'animation de la méditation avec les personnes âgées en perte d'autonomie.
- Être en mesure de réaliser les évaluations des projets de recherche en CHSLD.
- Comprendre comment généraliser ou adapter ses interventions avec des personnes âgées autonomes (résidences).

2. Les établissements d'hébergement pour les personnes âgées au Québec

Au Québec, on distingue quatre types d'établissements spécialisés dans l'hébergement des personnes âgées : les CHSLD, les Ressources intermédiaires (RI), les Ressources de type familial (RTF) et les résidences privées. On retrouve dans les CHSLD les personnes les moins autonomes, aux prises avec des problèmes de santé qui nécessitent des traitements et un suivi régulier. Les résidences privées représentent l'autre extrême du continuum : les personnes qui y habitent sont généralement autonomes et n'ont pas besoin de soins de longue durée. Les RI et RTF offrent de l'hébergement aux personnes qui ont certains problèmes fonctionnels, mais qui demeurent minimalement autonomes.



CHSLD

Le ministère de la Santé définit le CHSLD comme « un **C**entre d'**h**ébergement et de **s**oins de **l**ongue **d**urée pour les personnes âgées en perte d'autonomie sévère dont la condition requiert une surveillance constante, des soins spécialisés et dont le maintien à domicile est devenu impossible et non sécuritaire. Les CHSLD assurent le suivi médical sur place, la gestion des médicaments, les soins d'hygiène, les soins spécialisés. En situation d'urgence, ils peuvent offrir certains soins sur place et assurer rapidement, au besoin, le transport de la personne vers le centre hospitalier le plus près. » (1)

On comprend donc que la population en CHSLD présente des besoins particuliers, puisque les personnes qui y résident ont besoin d'une surveillance quasi constante, qui ne peut plus être assurée par leurs proches. Si on trouve en CHSLD des individus dont l'autonomie cognitive est intacte et qui y sont pour des limitations physiques et médicales, ce n'est pas la norme. La plupart des personnes résidant en CHSLD souffrent de problèmes cognitifs sévères. Le CHSLD est le dernier type d'établissement qu'une personne âgée peut habiter si elle a des problèmes de santé qui nuisent à son autonomie. Dans le continuum de soin, les seules institutions qui offrent des soins plus spécialisés sont les hôpitaux, qui ne sont pas un milieu d'hébergement. Donc, bien que la population en CHSLD soit hétérogène, elle est principalement caractérisée par la présence de déficits fonctionnels lourds et des problèmes de santé importants. Ainsi, la durée moyenne d'hébergement CHSLD est d'environ 30 mois; après quoi les résident.e.s décèdent (ou sont transféré.e.s aux hôpitaux pour y recevoir des soins spécialisés ou des soins palliatifs) (2).

Les CHSLD peuvent être publics ou privés. Les CHSLD privés sont généralement (à 90%) *conventionnés*, c'est-à-dire que les installations et les pratiques doivent correspondre aux normes du ministère de la Santé (3). De plus, les prix sont les mêmes que pour les CHSLD publics et, par ailleurs, Québec subventionne les coûts. À l'inverse, les CHSLD privés non conventionnés ne reçoivent aucune subvention de la part du gouvernement et peuvent fixer leurs propres prix. Bien qu'ils ne soient pas tenus aux mêmes normes que les CHSLD conventionnés, ces établissements doivent quand même se conformer à certains critères en matière de services offerts pour pouvoir utiliser l'expression *soins de longue durée* dans leur appellation.

Ressources intermédiaires et Ressource de type familial.

Les Ressources intermédiaires (RI) sont des milieux d'hébergement privés qui travaillent néanmoins de concert avec les services de santé communautaires (les CLSLC) et qui reçoivent une



partie de leur financement du gouvernement. Elles sont destinées à diverses clientèles aux prises avec des problématiques limitant leur capacité à vivre de façon indépendante, mais en même temps capables d'une certaine autonomie. On peut donc comprendre que certaines personnes âgées se retrouvent avec ce type de profil, ce pourquoi certaines RI sont destinées aux personnes âgées. L'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec résume la situation ainsi (4): « Quand il n'est plus possible de vivre à la maison et que la vie en institution n'est pas la solution, l'hébergement en RI répond aux besoins et sécurise les résidents et leur famille. »

Les ressources intermédiaires peuvent prendre différentes formes : appartement supervisé, résidence de groupe ou encore une maison d'accueil. La maison d'accueil est une résidence de type familiale qui accueille une ou plusieurs personnes âgées, dont certain.e.s membres ont des formations en intervention sociale. Il est aussi possible pour un milieu familial d'accueillir des personnes âgées sans qu'aucun.e des membres de la famille n'ait de formation en intervention; on parle alors d'une résidence d'accueil, qui est l'équivalent d'une famille d'accueil, mais pour personne âgée (5).

La présente formation ne traite pas des RI. MenZoÉ n'anime pour l'instant aucun atelier dans ces milieux.

Résidence privée

Les résidences privées sont des établissements qui offrent des logements et différents niveaux de soins et services. Les personnes âgées qui y habitent sont généralement autonomes, autant physiquement que cognitivement. Les résidences *peuvent* bien sûr offrir des soins spécialisés, par exemple des unités de réconfort pour les personnes souffrant d'Alzheimer. Cela dit, la plupart des résidences ciblent des personnes âgées autonomes ou semi-autonomes. La gamme de services offerts est la plupart du temps liée autant aux loisirs qu'aux soins physiques, et les personnes qui y résident ont généralement leur propre appartement comprenant toutes les installations (cuisines, salle de bain). En somme, ces établissements sont comme des « condos » offrant plusieurs services, dont généralement la présence d'infirmières ou même parfois d'un médecin.

MenZoÉ offre un programme pour les résidences privées, destiné aux personnes âgées en pleine autonomie. Ce programme est très similaire à nos ateliers pour adultes.



Caractéristiques de la population en CHSLD :

Les défis du déclin cognitif

Nul besoin d'être un.e expert.e en psychologie du développement pour savoir qu'avec l'âge, la santé physique et l'intégrité de la cognition subit une détérioration. Les changements suivants font partie du vieillissement normal (6) :

- Une plus grande difficulté à garder l'attention soutenue vers un stimulus particulier (autrement dit, difficultés de concentration).
- Diminution de la vitesse de traitement de l'information.
- Difficulté à faire plusieurs tâches en même temps et à garder de l'information en mémoire (*mémoire de travail*).
- Difficulté à trouver certains mots, particulièrement à nommer des objets communs.
- Déclin de certains aspects de mémoire, comme :
 - Le rappel libre, sans indices (par exemple, se souvenir d'une liste d'épicerie)
 - Le contexte lié à la mémoire sémantique (par exemple, se rappeler qu'un fait a été appris dans un livre/à l'école/ à la télévision).
 - La mémoire prospective (se rappeler de faire une tâche dans le futur).
- À l'inverse, certains aspects de la mémoire demeurent intacts, comme :
 - La mémoire de reconnaissance (par exemple, pouvoir dire si un article figurait ou non sur sa liste d'épicerie).
 - L'aspect temporel du quotidien (par exemple, se rappeler que, durant sa journée d'hier, on a d'abord fait les courses, puis qu'on est allé au parc).
 - La mémoire procédurale (mémoire implicite, souvent associée à de tâches physiques comme la calligraphie ou le vélo).

Toutefois, 15% des personnes de plus de 65 ans développeront des symptômes de démence, définie comme des atteintes cognitives dans de multiples domaines et assez graves pour causer des difficultés au niveau social ou occupationnel (7).

Les symptômes de la démence se définissent comme suit (7) :

- Des pertes de mémoire, généralement remarquées par l'entourage. D'ailleurs, c'est là une différence importante entre des manifestations de démence, en comparaison à la détérioration mnésique attendue dans le vieillissement. Chez une personne âgée



en bonne santé cognitive, la personne réalise par elle-même les défaillances de sa mémoire, ce qui est souvent source d'inquiétude. À l'inverse, les personnes atteintes de démence ne se rendent que très peu compte de leurs déficits.

- Difficulté à communiquer et à trouver ses mots. Dans les stades avancés de démence, la personne perd complètement l'usage du langage expressif.
- Des difficultés avec l'orientation visuelle et spatiale. Par exemple, la personne n'est plus capable de s'orienter.
- Des difficultés de raisonnement ou de résolution de problèmes.
- Des difficultés à réaliser des tâches complexes.
- Des difficultés de planification et d'organisation.
- Des difficultés de coordination motrice.
- Confusion et désorientation.

Par ailleurs, les symptômes ne sont pas que cognitifs et peuvent inclure :

- Des changements de personnalité.
- De l'anxiété et de la dépression.
- Des comportements socialement inappropriés.
- De la paranoïa.
- Des hallucinations.

La démence peut être causée par diverses maladies dégénératives ou des troubles de santé (comme des accidents vasculaires cérébraux), qui peuvent survenir à différents âges. Cela dit, pour les personnes âgées, la principale cause de la démence est la maladie d'Alzheimer (8). Cette maladie neurodégénérative débute par des troubles de mémoire, puis par des troubles exécutifs (jugement, organisation) et progresse vers des troubles visuospatiaux et des troubles de langage. Des symptômes psychiatriques comme l'isolement, l'apathie ou la psychose peuvent survenir vers les stades avancés. Lorsque les atteintes sont sévères, la personne devient complètement dépendante de son entourage ou de l'équipe traitante.

Pour illustrer l'effet de la démence, voici un petit test clinique que des médecins ou autres professionnel.le.s de la santé peuvent utiliser pour dépister la présence de démence (qui est évidemment ensuite explorée plus en profondeur) (7)



Quel mois sommes-nous ?
 En quelle année sommes-nous ?
 Donner une phrase comprenant 5 éléments à retenir et à répéter 5 minutes plus tard
 Quelle heure est-il ?
 Demander de compter de 20 jusqu'à 1.
 Dire les mois de l'année à l'envers.

Il faut donc comprendre que la plupart des personnes résidant en CHSLD présenteront des problèmes cognitifs assez graves pour nuire à leur compréhension d'instructions simples. À cela peut s'ajouter...

- Des problèmes perceptuels qui viennent avec l'âge, comme une diminution marquée de la vue et de l'audition.
- Des problèmes de santé physique qui génèrent des limitations fonctionnelles (cela dit, l'état doit être stable, autrement la personne sera transférée à l'hôpital). Par exemple, des problèmes de mobilité.
- Des atteintes neurologiques et motrices diverses (par exemple, maladie de Parkinson, qui nuit fortement à la capacité d'initier et de réaliser des mouvements, ou des troubles spécifiques liées à la détérioration de zone cérébrales suite à un AVC).
- Une hostilité, fermeture ou distance, qui s'explique par un sentiment de honte ou de frustration à l'égard de leur propre situation et de leur dépendance à autrui.

Cela dit, la population en CHSLD est très hétérogène. Vous y trouverez donc aussi des personnes en pleine capacité de leurs moyens cognitifs, capables d'échanger verbalement sans problème et d'humeur positive.



Le contexte de CHSLD



L'attitude, l'humeur et l'état cognitif des personnes âgées sont tributaires de plusieurs facteurs, dont l'environnement dans lequel elles se trouvent. Sans embarquer dans une critique politique, il s'avère nécessaire de constater qu'il y a eu plusieurs coupes budgétaires depuis les vingt dernières années, ainsi que d'importants changements découlant des nombreuses réformes du système de santé (comme la fusion des CIUSSS, des CSSS). Ce genre de changement organisationnel demande beaucoup de temps et d'adaptation, autant plus difficile dans un contexte de diminution du financement et de la main-d'œuvre disponible. Ainsi, dans son rapport sur les dommages de la COVID dans les CHSLD, la Commissaire à la santé et au bien-être constate plusieurs faiblesses du réseau de santé. On note par exemple : un manque d'encadrement du personnel, une gouvernance défailante en matière de soins et de services destinés aux personnes âgées et une gouvernance défailante dans le système de santé en général (9).

Sur le terrain, cela se manifeste par des pratiques de soins et des attitudes du personnel qui peuvent être variables d'un centre à l'autre, comme le résume le témoignage d'un intervenant-chercheur (10):

Au fil des ans, nous avons eu l'occasion de voir nous-mêmes des membres du personnel dépersonnaliser les contacts, déshumaniser les soins, hurler, menacer et négliger ou ignorer les besoins variés des personnes âgées. Cependant, nous avons souvent constaté nous-mêmes la passion, l'amour et le respect à l'endroit des personnes âgées par des gestes tendres et des paroles empreintes de respect et d'humour faisant mieux vivre la situation de travail pour tous et le quotidien pour les résidents. Il y a donc une dichotomie intéressante entre les attitudes et les comportements des PAB. Pour plusieurs PAB que nous avons côtoyés sur les unités de vie en CHSLD, les personnes âgées semblent dignes de respect lors des interactions et lors des soins. Par contre, certaines soignantes se sont avérées malhabiles, désintéressées et négligentes face aux besoins des personnes âgées même si elles avaient du temps pour exécuter le travail. Il semble y avoir des écarts importants entre la perception des uns et des autres face aux personnes âgées. Ces écarts de perception ont possiblement un impact sur la dispensation des soins et des services.



Nous reviendrons sur ce qui est attendu des bénévoles de MenZoÉ dans ce contexte. Il importe pour l'instant de bien comprendre la situation : les préposé.e.s aux bénéficiaires (PAB, premier responsable des soins des personnes âgées) n'ont pas nécessairement tous les outils ni l'encadrement ou l'appui nécessaire pour réaliser leurs tâches.

3. Buts des ateliers

Lorsque MenZoÉ anime des ateliers dans les écoles primaires et secondaires, l'objectif poursuivi n'est jamais de simplement promouvoir la méditation. Celui-ci est plutôt d'établir avec les élèves un dialogue et une réflexion vis-à-vis la santé psychologique, notamment en normalisant la souffrance, en présentant différents outils pour y faire face et en encourageant la compassion pour soi et pour autrui.

Parallèlement, en CHSLD, le but des ateliers n'est pas d'apprendre aux personnes à méditer. Cela est de toute façon uniquement possible pour une portion très limitée des résident.e.s. Plutôt, nous cherchons à...

1. Utiliser nos propres capacités de présence attentive et le contexte de l'atelier pour entrer en interaction avec les résident.e.s des CHSLD. Le contact social est malheureusement un élément qui manque cruellement aux personnes âgées en CHSLD.
2. Faire vivre une activité plaisante, à la fois relaxante, mais aussi sociale et stimulante, aux résident.e.s des CHSLD.
3. Apprendre à mieux connaître les résident.e.s et trouver des outils de relaxation et des méthodes d'interaction qui pourront être réutilisés par le personnel.
4. Divertir les résident.e.s. Certain.e.s ne comprendront pas les exercices ou ne voudront pas y participer. C'est néanmoins un changement agréable pour les résident.e.s, même s'ielles ne vivent pas un état particulier de relaxation.
5. Créer un espace pour exprimer la négativité. La vie en CHSLD n'est pas toujours facile. Nous tendons de l'égayer, mais il est aussi important, lorsqu'on en sent le besoin chez des résident.e.s, de créer des espaces pour que les affects négatifs puissent être extériorisés. **ATTENTION, toutefois : si vous commencez ce genre d'intervention, vous devez prendre le temps de bien la finir, nous pour ne pas déclencher une humeur négative que le personnel aurait à gérer.**



Ce sont là les objectifs de MenZoÉ immédiats. Cela dit, à long terme, nous voulons améliorer la qualité de vie des résidents et même réduire la mortalité pouvant être évitée. En ce sens, nous inscrivons en cohérence avec les directives du ministère de la santé pour réduire le risque de **déconditionnement**. C'est un enjeu qui est devenu encore plus saillant depuis la crise sanitaire de la COVID-19, qui provoqué d'énormes pressions sur les Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Outre les vulnérabilités des méthodes de propagation des infections, la COVID-19 aura également mis en lumière les conséquences négatives de l'isolement pour les résidents des CHSLD. Considérant l'association entre mortalité et isolement pour les populations âgées (11), particulièrement celles souffrant de démence (12), plusieurs acteurs se sont inquiétés des conséquences potentiellement mortelles de la réduction drastique des contacts sociaux et des activités (13, 14). En effet, si les mesures d'isolation rigoureuses ont mené à une réduction de mortalité liée à la COVID, ils semblent qu'elles aient malheureusement également causé une augmentation de la mortalité non liée à l'infection (15).

En cohérence avec ces récentes données, le ministère de la Santé a établi nouvelle priorité envers la population ainée : la prévention du déconditionnement, défini comme « l'ensemble des conséquences physiques, mentales et sociales liées à l'inactivité, à une période de sédentarité ou à la sous-stimulation intellectuelle et sociale. » (16). Dans cette optique, les CHSLD ont reçu des directives spécifiques à appliquer pour contrer le déconditionnement (17). Voici quelques exemples, visant l'amélioration de « l'état mental, cognitif, comportemental et psychologique » des résidents :

- Sensibiliser le personnel et les bénévoles à l'importance de la socialisation ;
- Assurer une communication régulière ;
- Offrir des activités individuelles et de groupe permettant le loisir et la stimulation cognitive ou sensorielle ;
- Discuter d'éléments positifs de leur histoire de vie lors des interventions ;

Ces directives sont assurément importantes, non seulement pour réduire la mortalité causée par le déconditionnement, mais aussi pour assurer une qualité de vie décente à l'ensemble des résident.e.s. La socialisation avec le personnel et entre résidents, tout comme les activités et la stimulation cognitive et sensorielle, constituent des facteurs déterminants de l'humeur et de la satisfaction des résident.e.s en CHSLD (18).



4. L'animation auprès des personnes âgées

Éléments thérapeutiques

Voici les six éléments clés que MenZoÉ met de l'avant pour d'écrire nos ateliers auprès des acteurs cliniques :

- 1) Multiplicité des contacts sociaux individualisés. Les animations sont guidées par des animateurs salariés, mais complémentés par une équipe de bénévoles. La participation de bénévoles permet de maximiser les contacts sociaux de façon flexible, par exemple par le déroulement simultané d'animations de groupe dans les lieux communs et d'animations individualisées.
- 2) La présence attentive des animateurs et des bénévoles. La présence attentive (ou pleine conscience/mindfulness) se définit comme un ensemble d'habiletés attentionnelles et émotionnelles résultant à une attention sans jugement au moment présent (19, 20). Dans des contextes de soins et de relation d'aide, ces attitudes favorisent l'empathie, la compassion l'écoute, l'attention aux détails (p. ex., expressions non verbales), la patience, l'accueil de la souffrance d'autrui (21-25).
- 3) L'échange social. Avant et après l'exercice de méditation, les animateurs ou bénévoles cherchent à établir une communication bidirectionnelle avec chaque résident.e, afin que ces dernier.e.s puissent prendre part à un échange où ils ont l'opportunité de s'exprimer et où ils sont encouragés à partager des souvenirs heureux ou déterminants. Ce type d'interaction aide à prévenir le déclin cognitif des personnes atteintes de démence (26). Pour les résident.e.s qui présentent des atteintes verbales, l'échange social suit les principes de l'adaptation interactive, une approche communicative développée spécialement pour les populations gériatriques ayant perdu l'usage du langage verbal (27, 28).
- 4) La suggestion hypnotique. Bien que de nombreuses études suggèrent que la présence attentive est une pratique méditative bénéfique pour la santé psychologique et cognitive des personnes âgées (29-32) pouvant même prévenir ou ralentir le déclin cognitif (33, 34), il n'est pas évident qu'elle peut être comprise et pratiquée par tous les résident.e.s. Même pour des adultes en bonne santé cognitives, la méditation de type présence attentive comporte des défis importants (35). C'est pourquoi les méditations comportent quelques éléments de présence attentive, mais sont surtout guidées à travers par des suggestions hypnotiques (36-39). La suggestion hypnotique est utilisée pour :
 - i. Créer un cadre apaisant et rassurant



- ii. Amener un état de calme et de relaxation
 - iii. Stimuler l'imaginaire des résident.e.s et leur capacité de représentation visuelle, particulièrement en lien avec des souvenirs significatifs et plaisants. Ce faisant, les résident.e.s exercent mémoire épisodique et leur sens de l'identité, un autre élément clé de la Thérapie par la Stimulation Cognitive (26)
 - iv. Encourager des réponses émotionnelles plaisantes et adaptatives (joie, lâcher prise, acceptation, autocompassion)
- 5) Stimulations sensorielles (40). Pour attirer et garder l'attention des résident.e.s présentant les atteintes les plus importantes et pour favoriser leur compréhension des instructions de méditation, des ensembles de stimulations sensorielles (lumières, odeurs, et musique, textures à toucher) sont présentés. Les séquences des stimulations sont élaborées de façon à créer une expérience cohérente facilitant l'immersion. Par exemple, l'animateur.trice suggèrera de s'imaginer une plage alors que des sons de vagues et de mouettes se feront entendre, que du sable kinesthésique sera présenté pour toucher et qu'une odeur rappelant la mer sera diffusée (note : cet aspect est en développement).
- 6) Mouvements doux pouvant être accomplis sur une chaise.

Principes généraux de communication

En CHSLD, la communication avec les personnes âgées comporte son lot de complexité, car il n'existe pas d'interlocuteur.trice typique. Toutes et tous ont des troubles fonctionnels, mais la population demeure hétérogène, chacun.e ayant des limitations et des forces qui leur sont propres. Vous pouvez vous retrouver face à une personne réactive, confuse, ou alors tout à fait présente et joyeuse, mais dont l'ouïe est complètement défaillante. On peut parfois vivre des surprises; par exemple, une personne peut vous comprendre parfaitement même alors qu'elle ne s'exprime pas verbalement. Par ailleurs, de jour en jour, l'état cognitif et émotionnel des personnes en CHSLD varie grandement, surtout chez celles atteintes de démence. Une bonne communication demande une certaine forme d'adaptation (surtout si vous devez porter un masque)! Toutefois, nul besoin de se mettre de la pression. Il n'est pas possible de communiquer parfaitement avec cette population. Nous vous demandons simplement de garder les points suivants à l'esprit et de faire de votre mieux pour les appliquer.

1. Considérer la possibilité que votre interlocuteur puisse avoir des capacités cognitives extrêmement limitées... ou relativement intactes. Même si vous pensiez connaître la



personne, considérez aussi que son état et sa réceptivité à interagir avec vous peuvent varier dans le temps.

2. Peu importe leur niveau d'autonomie cognitive, traitez les personnes âgées avec respect, en faisant de votre mieux pour écouter et comprendre leurs besoins, et en respectant leurs décisions. Cela ne vous empêche pas de faire parfois preuve d'une certaine insistance, par exemple pour inviter les résident.e.s à participer à l'atelier. Parfois, leur réponse est claire et il est facile de déterminer s'ielles veulent ou non participer à l'atelier. Souvent, toutefois, les résident.e.s hésitent. Dans ce cas, à vous de vous montrer convaincant.e et enthousiaste.
3. Parlez fort, lentement, en articulant et en utilisant des gestes.
4. N'hésitez pas à répéter. Souvent, les personnes qui ont des déficits de langage apprennent à faire comme si elles comprenaient. En répétant, vous maximisez les chances d'être véritablement compris.e.
5. Ne laissez pas les résident.e.s non verbaux ou non réactif.ve.s pour compte. Interagissez avec elles et eux et persistez dans vos tentatives de communications, à moins de faire face à des signaux qui vous indiquent que votre présence est irritante.

Interaction adaptative

Nous soulignerons dans la partie sur la méditation l'importance de la communication non verbale, étant donné que ce ne sont pas toutes et tous les résident.e.s qui peuvent encore communiquer verbalement. Nous vous encourageons à utiliser les gestes et à continuer à parler même si la personne ne vous répond pas. Il existe toutefois des techniques plus adaptées et développées pour entrer en interaction avec des personnes non verbales. La méthode que nous vous présentons ici est très récente et se nomme « l'interaction adaptative » (41). Son fondement est simple : essayer de répéter des gestes ou vocalisations émis par la personne et utiliser les gestes qui provoquent une réaction pour créer une interaction.

Par exemple :

- La personne amène sa main à son visage. Vous amenez aussi votre main à votre visage.
- La personne vous touche les cheveux. Vous touchez ses cheveux en retour.
- La personne émet un son particulier. Vous essayez de reproduire le son.



La logique est simple : les personnes démentes qui ont perdu la capacité de communiquer verbalement n'ont pas nécessairement complètement perdu l'envie d'être en interaction, mais les moyens à leur disposition sont limités. En reproduisant leurs comportements, vous ouvrez la porte à une forme de communication. Une fois cette communication établie, il sera plus facile pour la personne de garder son attention sur vous, ou même de *vous imiter*, de telle sorte que vous pourrez encourager, par exemple, une respiration douce et contrôlée. Notez qu'il est important de porter attention au rythme des gestes ou vocalisations et d'essayer de soit reproduire le même (être synchronisé.e) ou alors d'établir une dynamique « chacun son tour ».in

Attention toutefois à ne pas reproduire des signaux qui vous semblent venir d'une frustration ou d'une anxiété (cri de détresse, geste répété rapidement ou associé à une expression faciale de colère ou de tristesse). Après quelques essais, vous devrez être en mesure de remarquer si la réaction est positive, négative ou s'il n'y a aucune réaction.

Qualités à cultiver

Lorsque vous participez aux ateliers de MenZoÉ en CHSLD, voici des attitudes et qualités que nous vous demandons d'incarner au meilleur de vos capacités.

- Chaleur et empathie. La plupart du temps, les personnes âgées ne vont pas comprendre le sens de ce que vous communiquez par la parole. C'est par le timbre de votre voix, votre attitude positive et amicale, vos expressions faciales et même par votre toucher que vous communiquerez vos belles intentions.
- Enthousiasme. La condition des résident.e.s en CHSLD est parfois touchante et même bouleversante. Toutefois, notre rôle n'est pas de s'apitoyer sur leur sort, mais au contraire d'amener des émotions positives, de faire vivre une expérience agréable. Amenez votre bonne humeur avec vous et faites votre mission de faire naître des sourires et des rires sur les visages des résident.e.s.
- Écoute attentive. Vous devrez porter une grande attention à toute forme de communication non verbale et à tout signaux que vous enverront les résident.e.s, afin de pouvoir adapter vos interventions.
- Respect et patience, autant envers les personnes âgées que le personnel. Bien que nos ateliers soient bienvenus, qu'ils amènent une belle ambiance pour les résident.e.s comme pour l'équipe traitante, notre présence perturbe la routine et peut rendre



plus difficile le travail déjà éreintant des PAB et du personnel infirmier. Soyons sensibles à cette réalité.

- Authenticité et autoréflexion. Il y a de grandes chances que vos passages en CHSLD génèrent certaines émotions en vous. Cela est tout à fait naturel et sain. Pour que vous continuiez à apprécier cette expérience unique et à grandir à travers celle-ci, vous devrez accepter de faire face à ces émotions, qui peuvent être d'intensité variable selon votre personnalité et votre vécu.

Rôles et responsabilités

Lors des ateliers de méditation, il existe trois rôles différents : le ou la responsable de l'animation, les animateur.trice.s de soutien/animateurs.trices individuelles et les évaluateur.trice.s. En tant que bénévole, vous alternerez entre le rôle de soutien et d'évaluation.

Responsable de l'animation

Ce rôle sera principalement assumé par un.e employé.e rémunéré.e de MenZoé, mais vous pourrez avoir à l'incarner. La personne responsable de l'animation prend en charge la direction de l'animation. C'est elle qui guide l'exercice, qui choisit le matériel de support à utiliser qui communique les instructions de méditation. Elle s'adresse au groupe entier ou en alternant différentes parties du groupe, si les résident.e.s qui assistent à la méditation sont nombreux.euses. Bien que le ou la responsable puisse parfois prendre certains moments pour donner un peu plus d'attention à un.e résident.e.s en particulier, elle cherche d'abord et avant tout à établir et à maintenir un climat et une ambiance sereine et positive dans l'ensemble de la pièce où la méditation a lieu.

Animateur.trice de soutien/ en individuel

L'animation de méditation en CHSLD comporte son lot de défis. Comme nous l'avons vu, il n'est pas évident que les résident.e.s comprennent du premier coup les instructions. Par ailleurs, la plupart n'entendront pas si on leur adresse la parole sans être directement à côté d'elles et eux. C'est pourquoi des bénévoles sont présents en soutien pour faire des interactions en un.e à un.e. En se rapprochant et en établissant un contact visuel et parfois même un contact physique, les bénévoles peuvent expliquer et mimer plus facilement les instructions. Ce contact privilégié est aussi l'occasion d'observer les résident.e.s pour essayer de comprendre ses besoins ou de les stimuler. Parfois, vous pourrez même avoir une conversation avec les résident.e.s, ce qui est fortement encouragé. Essayez toutefois de ne pas simplement discuter pour discuter : une fois le contact établi et que quelques échanges ont lieu, faites de votre mieux pour recentrer la ou le résident.e vers l'animation.



Évidemment, après la méditation, nous vous encourageons vivement à poursuivre toute discussion auprès d'une personne âgée qui voudrait bavarder avec vous!

De plus, les résident.e.s sont rarement toutes et tous prêt.e.s à faire l'activité à notre arrivée. Il faut souvent aller les chercher dans leur chambre et surtout, les saluer individuellement et leur expliquer l'activité. Également, à la fin de l'atelier, il faudra raccompagner certain.e.s résident.e.s à leur chambre. Le soutien est aussi « technique » : il y a du matériel à mettre en place et à distribuer ou utiliser pendant les ateliers. Les animateur.trice.s aident à la distribution et au déploiement du matériel de support.

Finalement, les animateur.trice.s peuvent aussi animer des méditations dans les chambres des résident.e.s, surtout si de nombreux.euses bénévoles sont présent.e.s.

Évaluateur.trice

Nous cherchons à évaluer l'effet des ateliers sur la santé psychologique des résident.e.s, ce pourquoi nous avons réalisé un court questionnaire, qui comprend des items pré et post méditation (https://uqamfsh.ca1.qualtrics.com/jfe/form/SV_42warneb94XyHf8). Nous vous demandons de le remplir pour au moins un.e résident.e.s à chaque atelier, à l'aide de votre téléphone cellulaire. Il est parfois également possible d'avoir accès à un iPad, et des versions papiers sont également disponibles.

Ces évaluations pilotes nous aident à améliorer constamment les ateliers. Elles nous permettent aussi d'individualiser les ateliers et de cibler les résident.e.s qui en profitent le plus. À noter, comme le nom des résident.e.s y figure, ces évaluations sont de nature confidentielle et les version papiers peuvent pas sortir de l'établissement.

5. Déroulement des ateliers

Étapes d'un atelier

Chaque séance complète d'animation en CHSLD dure entre 2h30 et 3h, ce qui implique que plusieurs ateliers sont animés dans différentes sections de l'établissement. Voici les différentes étapes, de votre arrivée à l'établissement jusqu'à votre départ.

- Arrivée au point de rendez-vous (devant l'établissement, à l'accueil ou dans un local spécifique, qui vous sera communiqué au préalable). **Assurez-vous de bien désinfecter vos mains à l'arrivée et de prendre un nouveau masque!**



- Déshabillage et habillage avec des vêtements de rechange ou l'uniforme fourni par le CIUSSS (pour l'instant facultatif, mais pourrait revenir nécessaire si des éclosions surviennent dans le CHSLD).
- Préparation à l'atelier. La personne responsable de l'animation vous expliquera le plan de match, les étages à visiter et, selon les informations disponibles (tributaires des évaluations précédentes), des indications spécifiques pour certain.e.s résident.e.s. Selon le nombre de bénévoles présent.e.s, une certaine division des tâches pourra être proposée (par exemple, animation individuelle et chambre pour celles et ceux qui le veulent).
- Arrivée en milieu de vie. Saluez le personnel et les résident.e.s, et engagez une conversation ou une interaction avec ces dernier.ère.s.
- Allez chercher les résident.e.s dans leur chambre pour les amener dans le lieu où l'animation aura lieu. Expliquez-leur l'atelier et encouragez-les à participer. **Note** : les résident.e.s alité.e.s ne peuvent participer à l'animation de groupe, mais peuvent recevoir une animation individuelle en chambre.

ATTENTION! Vous ne pouvez en aucun cas aider un.e résident.e.s à se lever de son lit. Cette opération peut être plus délicate qu'elle n'y paraît, surtout que vous ne connaissez pas les limitations de la personne. Il y a un risque de blessure, pour vous et la ou le résident.e.s, mais surtout, ce n'est pas votre responsabilité. Ne demandez pas non plus aux préposé.e.s de lever un.e résident.e.s, il existe souvent une certaine planification (p. ex., madame X doit être levée avant monsieur Y pour recevoir un certain soin). Les personnes alitées peuvent seulement recevoir une animation individuelle en chambre.

- Essayez d'obtenir le nom d'au moins un.e résident.e.s avec qui vous échangez. Au besoin, demander à l'animateur.trice ou à un.e membre du personnel. Si vous allez chercher un.e résident.e en chambre, son nom figure à côté de sa porte.
- Une fois que vous avez un nom et que vous avez eu le temps d'interagir un peu, commencez l'évaluation pré-méditation. Celle-ci ne devrait pas prendre plus qu'une minute.



- Durant ce temps, l'animateur.trice responsable devrait avoir réparti son matériel et commencé l'atelier. Vous devrez peut-être donner un coup de main avec le matériel si l'installation n'est pas finie.
- Durant l'atelier, promenez-vous dans la salle pour soutenir l'animation en interaction un.e à un.e. Dépendamment de la salle disponible, il est possible qu'il n'y ait pas beaucoup d'espace pour plusieurs bénévoles. Si tel est le cas, vous pouvez alors vous promener sur l'étage pour interagir avec les résident.e.s. N'hésitez pas à emporter un peu de matériel avec vous pour faciliter vos animations.
- Durant l'atelier ou lorsque l'atelier tire à sa fin, il faut prendre un moment pour remplir l'évaluation post-méditation. Notez bien que cette évaluation porte sur la façon dont la ou le résident.e.s réagit *pendant* la méditation, donc vous pouvez la remplir à tout moment durant l'atelier ou après l'atelier.
- On raccompagne les résident.e.s en chambre, on prend un moment pour leur dire au revoir.
- Le tout est répété sur un autre étage ou une autre aile. On se désinfecte les mains et on désinfecte le matériel entre chaque déplacement.
- Moment de rétroaction, de question et de partage de notre expérience.

Finalement, après votre expérience, vous devez remplir le formulaire de rétroaction : https://uqamfsh.ca1.qualtrics.com/jfe/form/SV_9YTVCMxiVwjLA2y. Notez que c'est grâce à ce formulaire que vos heures seront comptabilisées.

Matériel

Pour favoriser la stimulation cognitive et l'établissement de calme, nous avons plusieurs outils de soutien:

- La musique et des sons.
- Des petits « aquariums » avec de la lumière, des objets flottants et du courant.
- De la fibre optique.
- Des balles « thérapeutiques ».
- Des parfums d'huile essentielle.
- Des bols tibétains.
- ...et, bien d'autres à venir! Vos suggestions sont bienvenues.



Cependant, nous travaillons à mettre en place des méditations qui seront beaucoup plus cohérentes avec le matériel utilisé. D'ici trois mois, nous aurons une panoplie d'autre matériel.

Méditation

Adapter la méditation à une clientèle gériatrique en perte d'autonomie comporte son lot de défis. Toutefois, sous certains aspects, les principes de l'animation sont bien plus simples que ceux qui sous-tendent la méditation avec une population adulte usuelle. En CHSLD, les exercices sont fortement guidés et axés sur des techniques simples de relaxation par la respiration, ainsi que des suggestions. La présence attentive est très peu utilisée, sinon qu'en soutien.

Relaxation basée sur la respiration

L'élément clé de la méditation avec les personnes âgées en perte d'autonomie est de les encourager à respirer de façon lente et volontaire. Contrairement à ce qui a été présenté dans la formation sur le développement et l'approfondissement de la pratique de méditation, il n'est pas nécessaire de compter la respiration. On cherche simplement à ce que les résident.e.s prennent de grandes et lentes respirations. Évidemment, les difficultés respiratoires peuvent compliquer l'exercice, c'est pourquoi on insiste sur la lenteur plutôt que la profondeur.

Dans de nombreux cas, il faudra mimer de façon exagérée la respiration et le faire avec les résident.e.s pour qu'ielles l'essayent. Les parfums sont un excellent moyen d'encourager les exercices de respiration.

Suggestions verbales

Le deuxième élément clé des ateliers est les suggestions verbales. Ici, le ton de voix, le timbre de voix et le non verbal demeurent néanmoins essentiels : on cherche à communiquer une attitude calme, sereine, relaxante et rassurante. On veut développer une présence enveloppante, chaleureuse, pour suggérer...

- Du laisser-aller. *Laissez-vous porter par ma voix et par la musique. Tranquillement, nous allons nous diriger vers un stade calme, un stade où vos tracas et vos inconforts vont diminuer, diminuer, peut-être même jusqu'à disparaître. Vous n'avez pas besoin de tout comprendre, de bien saisir le sens de chacun de mes mots. Vous pouvez simplement laisser ma voix, ma musique, les sons et les odeurs vous amener vers un état paisible.*



- De la détente physique. *Vous pouvez porter attention à votre visage et sentir vos muscles qui se détendent. Les muscles de vos yeux, de vos joues, de votre mâchoire... tout ça se détend. Vos épaules, votre corps entier se détendent.*
- De la détente mentale. *On a tous des pensées stressantes, désagréables. On a tous des journées difficiles, où on ne se sent pas bien. Si c'est votre cas en ce moment, c'est correct. Je vous invite à laisser toute pensée ou toute émotion désagréable là où elles sont et de porter attention à ma voix, à la musique. Ça aider votre esprit à se relaxer, à oublier un peu le négatif, déjà, vos pensées peuvent devenir plus paisibles et sereines.*
- De l'attention envers le matériel. *Vous pouvez regarder les petites méduses. Leurs mouvements nous aident à nous relaxer, à oublier nos soucis. Remarquez comme la lumière change... rouge, bleu, vert... c'est un petit spectacle apaisant.*

Suggestions non verbales

Le dernier élément clé est d'introduire des suggestions qui font appel à l'imagination et à la visualisation. Il s'agit, en fin de compte, de décrire des paysages ou des scènes apaisantes, ou même de faire une petite narration, une toute petite histoire qui peut mettre en scène différents personnages ou les résident.e.s elles-même ou eux-mêmes. Ces suggestions peuvent être utilisées seules ou pour renforcer les suggestions verbales. Idéalement, elles s'arriment avec le matériel utilisé. Par exemple, si on entend de vagues dans l'une des musiques relaxantes, on pourrait alors dire :

Entendez-vous le bruit des vagues ? Les vagues qui vont et viennent... fermez les yeux ou regardez les méduses et imaginez-vous l'océan, bleu et immense, devant vous. Les vagues s'échouent tranquillement, paresseusement. Sous vos pieds, une plage de sable doré, qui s'étend sur des kilomètres et des kilomètres. Peut-être même que vous pouvez imaginer le soleil qui se couche à l'horizon et le ciel qui se colore de rose et d'orangé. Des enfants rient et jouent, courant dans les vagues. Dans le ciel, des formes colorées et chatoyantes dansent, alors que d'autres enfants jouent avec des cerfs-volants.

Il peut aussi être intéressant d'essayer de passer de la suggestion à l'autosuggestion, en encourageant les résident.e.s à compléter elles-mêmes et eux-mêmes les images, par leur propre imagination ou même en faisant appel à des souvenirs. Toutefois, il est important de souligner que les souvenirs sont des manifestations éphémères et qu'il faut éviter de s'y accrocher.



Peut-être même que cette image vous rappelle un souvenir. Un voyage que vous avez fait, un moment où vous avez vu la mer. Si jamais un souvenir se manifeste, tant mieux! Profiter de la saveur, de la couleur et de l'émotion qu'il apporte. Laissez votre cœur se réchauffer par son apparition. Mais n'oubliez pas que les souvenirs vont et viennent, c'est normal. Ne cherchez pas à garder en tête un souvenir. Parfois, les souvenirs durent, parfois ils sont comme des éclairs. Ouvrez-vous à leur va-et-vient, laissez-les venir et partir et vous vous sentirez bien, paisible et tranquille.

Utiliser les suggestions non verbales est un exercice de créativité qui se rapproche de la poésie ou de la rédaction. Selon notre personnalité et notre expérience, c'est quelque chose qui peut-être plus ou moins facile. Si vous souhaitez guider une partie de la méditation, mais ne savez pas comment guider des suggestions verbales, préparez-les à l'avance. Pour trouver de l'inspiration, rendez-vous sur des sites avec des photographies (par exemple, unsplash.com), trouvez des clichés qui vous parlent et imaginez des scènes qui s'y dérouleraient. Concentrez-vous à décrire les détails visuels de la scène. Autrement, vous pouvez simplement répéter des suggestions que l'animateur.trice.s en charge utilise.

Présence attentive

Avec les personnes âgées en CHSLD, la présence attentive est utilisée comme support à la relaxation par la respiration et en support aux suggestions. En début de méditation, on cherche à évoquer une conscience de sensation physique et de l'état affectif, qu'on pourra contraster avec différents changements induits par la relaxation et les suggestions. On encourage donc un petit travail d'observation de soi (par exemple : « Comment on se sent en ce moment ? Est-ce qu'on se sent un peu plus calme, un peu plus serein.e que tout à l'heure? »).

La présence attentive sera aussi utilisée si l'on sent que les résident.e.s vivent des expériences négatives. Peu importe que celles-ci précèdent notre arrivée ou même, dans de rares cas, qu'elles aient été provoquées par nos instructions, ces expériences sont valables. On veut les supporter et non les invalider. Par exemple, le fait de se remémorer certains évènements peut amener une tristesse, ce qui n'est pas nécessairement une mauvaise chose : vivre ce genre d'émotion représente une forme de travail émotionnel important, mais pas toujours possible en CHSLD.

Face à une réaction émotive, l'important est de reconnaître que la personne semble vivre une émotion particulière, d'assurer que celle-ci est bienvenue, d'encourager une forme de lâcher-prise et, surtout, de rester à proximité de la personne, à moins qu'elle manifeste une irritation face à notre présence. Vous pouvez utiliser une formule toute simple comme : « Ça n'a pas l'air facile pour vous en ce moment. C'est correct, on est aussi là pour vous aider avec ces émotions. Ne vous en faites pas,



vous n'avez pas à lutter contre ce que vous ressentez, je vais rester avec vous ». Si la personne est capable d'échange verbal, n'hésitez pas à écouter et à refléter ce qu'elle vit. Si elle est non-verbale, parlez-lui quand même, en partageant des paroles rassurantes, d'une voix douce. Utiliser le contact physique (prendre sa main, caresser l'épaule) si vous êtes à l'aise (d'où l'importance de bien se désinfecter les mains!)

Autres animations

Il se peut que vous ne soyez pas immédiatement à l'aise d'utiliser la méditation, surtout si vous n'avez pas suivi la formation « les bases de la méditation ». Vous avez beaucoup d'autres options devant-vous pour interagir avec les résidents. Avec les résident.e.s qui ont des capacités verbales, vous pouvez engager une discussion, en essayant de découvrir quel genre de personne se trouve devant vous (ce que la personne aime, ce qui est déterminant pour son identité, des beaux souvenirs, etc.). Même si la discussion semble avoir ni queue ni tête, ce sont des moments précieux d'échange humain. Vous pouvez aussi utiliser les objets à votre disposition : les présenter, faire une démonstration, les tendre aux résident.e.s. Avec des résident.e.s présentant des atteintes verbales, vous pouvez utiliser

6. Possibilités d'implication supplémentaire

Nous avons pour l'instant des ententes avec trois CHSLD et deux autres devraient s'ajouter en janvier 2023. Une certaine rotation des horaires est à prévoir. Chaque atelier a lieu de façon hebdomadaire et dure environ 3h. Nous vous demandons également de vous préparer à l'atelier en maintenant une pratique d'au moins 30 minutes de méditation et/ou de journaling et/ou révision du présent document. Nous vous reconnaissons 1h30 d'implication de plus pour le transport, pour un total de cinq heures par atelier. MenZoÉ vous demande un minimum de trois ateliers par session, mais nous vous en encourageons bien sûr à en faire plus. Le maximum d'heures d'implication est de trois ateliers (15h) par semaine.

Si vous souhaitez vous impliquer davantage avec MenZoÉ, vous avez trois options :

- Écrire des témoignages de votre expérience.
- Nous aider à développer du matériel audio (ou d'autre type de matériel).
- Faire un stage, qui vous demandera de remplir chaque semaine une page d'autoréflexion sur votre atelier et de remettre un court rapport de recherche qui comportera une revue de la littérature portant sur la psychologie gériatrique.



Finalement, vous pouvez multiplier vos contacts CHSLD en indiquant vos intérêts sur la feuille d'inscription du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

7. Référence

1. Ministère de la Santé du Québec. CENTRES D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD) 2022 [Available from: <https://santemontreal.qc.ca/population/ressources/chslid/#:~:text=Il%20existe%2060%20CHSLD%20%C3%A0,CHSLD%20priv%C3%A9s%20et%20priv%C3%A9s%20conventionn%C3%A9s%20.>
2. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX L. Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Direction des travaux parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec; 2016.
3. Convntionnés AdÉP. Foire aux quesitons 2022 [Available from: <https://aepc.qc.ca/foire-aux-questions/>].
4. Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec. LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES : UNE FORMULE D'HÉBERGEMENT SOUHAITÉE PAR LE QUÉBEC 2022 [Available from: <https://www.arihq.com/les-ressources-intermediaires/definition/>].
5. Lanaudière Cd. Les ressources d'héberbement 2022 [Available from: <https://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/liste-de-soins-et-services/liste-par-clientele/partenaires/ressources-dhebergement/devenir-responsable-dune-ressource-dhebergement/les-ressources-de-type-familial-et-les-ressources-intermediaires/>].
6. Harada CN, Love MCN, Triebel KL. Normal cognitive aging. Clinics in geriatric medicine. 2013;29(4):737-52.
7. Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and management of dementia. Jama. 2019;322(16):1589-99.
8. Kumar A, Sidhu J, Goyal A, Tsao JW. Alzheimer disease. 2018.
9. Commissaire à la santé et au bien-être. Mandat sur la performance des soins et services aux aînés - COVID19: Le devoir de faire autrement. 2022.
10. Riendeau Y. LA QUALITÉ DES SOINS OFFERTS AUX PERSONNES ÂGÉES EN CHSLD : L'OPINION DES PRÉPOSÉ(E)S AUX BÉNÉFICIAIRES: Université du Québec à Montréal; 2006.
11. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2013;110(15):5797-801.
12. Dyer AH, Murphy C, Lawlor B, Kennelly SP. Social networks in mild-to-moderate Alzheimer disease: longitudinal relationships with dementia severity, cognitive function, and adverse events. Aging & Mental Health. 2021;25(10):1923-9.
13. Aronson L. For older people, despair, as well as Covid-19, is costing lives. New York Times. 2020;8.
14. Montgomery A, Slocum S, Stanik C. Experiences of nursing home residents during the pandemic. ALTARUM; 2020.
15. Cronin CJ, Evans WN. Nursing home quality, COVID-19 deaths, and excess mortality. Journal of Health Economics. 2022;82:102592.
16. Gourvenement du Québec. Prévenir le déconditionnement chez les aînés en contexte de pandémie 2022 [Available from: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/prevenir-deconditionnement-chez-aines-en-contexte-de-pandemie>].
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie. REV2 ed2022.



18. David I, Raymond M-H, Tessier A, Desmarais SA, Michèle. Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux,=; 2018.
19. Tang Y-Y, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*. 2015;16(4):213-25.
20. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*. 2004;11(3):230.
21. Bentley PG, Kaplan SG, Mokonojho J. Relational mindfulness for psychiatry residents: a pilot course in empathy development and burnout prevention. *Academic Psychiatry*. 2018;42(5):668-73.
22. Knowles P. What is trying to happen here? Using mindfulness to enhance the quality of patient encounters. *The Permanente Journal*. 2008;12(2):55.
23. Beckman HB, Wendland M, Mooney C, Krasner MS, Quill TE, Suchman AL, et al. The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine*. 2012;87(6):815-9.
24. Chen H, Liu C, Zhou F, Cao X-Y, Wu K, Chen Y-L, et al. Focused-Attention Meditation Improves Flow, Communication Skills, and Safety Attitudes of Surgeons. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(9):5292.
25. Parameshwaran R. Theory and practice of chaplain's spiritual care process: A psychiatrist's experiences of chaplaincy and conceptualizing trans-personal model of mindfulness. *Indian Journal of Psychiatry*. 2015;57(1):21.
26. Rai H, Yates L, Orrell M. Cognitive Stimulation Therapy for Dementia. *Clin Geriatr Med*. 2018;34(4):653-65.
27. Ellis M, Astell A. Communicating with people living with dementia who are nonverbal: The creation of Adaptive Interaction. *PLoS One*. 2017;12(8):e0180395.
28. Ellis MP, Astell AJ. The urge to communicate in severe dementia. *Brain and Language*. 2004;91(1):51-2.
29. Reangsing C, Rittiwong T, Schneider JK. Effects of mindfulness meditation interventions on depression in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*. 2021;25(7):1181-90.
30. Malinowski P, Moore AW, Mead BR, Gruber T. Mindful aging: the effects of regular brief mindfulness practice on electrophysiological markers of cognitive and affective processing in older adults. *Mindfulness*. 2017;8(1):78-94.
31. Lenze EJ, Hickman S, Hershey T, Wendleton L, Ly K, Dixon D, et al. Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction. *International journal of geriatric psychiatry*. 2014;29(10):991-1000.
32. Sevinc G, Rusche J, Wong B, Datta T, Kaufman R, Gutz SE, et al. Mindfulness training improves cognition and strengthens intrinsic connectivity between the hippocampus and posteromedial cortex in healthy older adults. *Frontiers in aging neuroscience*. 2021.
33. Wong WP, Coles J, Chambers R, Wu DB-C, Hassed C. The effects of mindfulness on older adults with mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's disease reports*. 2017;1(1):181-93.
34. Gard T, Hölzel BK, Lazar SW. The potential effects of meditation on age-related cognitive decline: a systematic review. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2014;1307(1):89-103.
35. Brewer JA, Davis JH, Goldstein J. Why is it so hard to pay attention, or is it? Mindfulness, the factors of awakening and reward-based learning. *Mindfulness*. 2013;4(1):75-80.
36. Häuser W, Hagl M, Schmierer A, Hansen E. The efficacy, safety and applications of medical hypnosis: a systematic review of meta-analyses. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2016;113(17):289.
37. Lang EV, Jackson W, Senn P, Aroni DKK, Finkelman MD, Corino TA, et al. Efficacy of a self-hypnotic relaxation app on pain and anxiety in a randomized clinical trial: Results and considerations on the design of active and control apps. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2021;69(2):277-95.
38. Maehle A-H. The powers of suggestion: Albert Moll and the debate on hypnosis. *History of Psychiatry*. 2014;25(1):3-19.
39. Vickers A, Zollman C, Payne DK. Hypnosis and relaxation therapies. *Western Journal of Medicine*. 2001;175(4):269.



40. Backman C, Demery-Varin M, Cho-Young D, Crick M, Squires J. Impact of sensory interventions on the quality of life of long-term care residents: a scoping review. *BMJ open*. 2021;11(3):e042466.
41. Astell AJ, Shoaran S, Ellis MP. Using adaptive interaction to simplify caregiver's communication with people with dementia who cannot speak. *Frontiers in Communication*. 2022;6.

