

Université de Sherbrooke

Enjeux associés à l'intervention visant à contrer la maltraitance
envers les personnes aînées à domicile au Québec

par
ANNIE RIENDEAU

Maîtrise en service social

Essai présenté à la Faculté des lettres et sciences humaines
en vue de l'obtention du grade de
maître es arts (M.A.) en service social

(Sherbrooke, mai, 2013)

© Annie Riendeau, 2013

Université de Sherbrooke

Enjeux associés à l'intervention visant à contrer la maltraitance
envers les personnes aînées à domicile au Québec

par
ANNIE RIENDEAU

Cet essai a été évalué par un jury composé
des personnes suivantes :

Marie Beaulieu, directrice d'essai
Nathalie Delli-Colli, conseillère externe

Maîtrise en service social
Faculté des lettres et sciences humaines

TABLE DES MATIERES

1. RÉSUMÉ.....	3
2. REMERCIEMENT	4
3. AVANT-PROPOS	5
4. INTRODUCTION	9
5. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	11
6. ÉTAT GÉNÉRAL DES CONNAISSANCES SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS	13
6.1. Définition de la maltraitance.....	13
6.2. Types de maltraitance.....	14
6.3. Ampleur de la maltraitance	15
6.4. Caractéristiques des aînés maltraités et des personnes maltraitantes	16
6.5. Contexte d'émergence	18
6.5.1. Contextes social, politique et législatif.....	18
6.5.2. Politiques publiques	21
6.5.3. Émergence de la maltraitance envers les aînés dans un contexte de violence familiale	23
6.6. Théories explicatives	25
6.6.1. Théorie de la transmission intergénérationnelle de la violence	25
6.6.2. Théorie situationnelle ou du stress de l'aïdant	26
6.6.3. Approche féministe	27
7. BILAN GÉNÉRAL DE TOUS LES ENJEUX.....	27
8. ANALYSE EN PROFONDEUR DES TROIS ENJEUX MAJEURS	32
8.1. Dilemmes éthiques et psychosociaux en intervention.....	32
8.1.1. Processus d'intervention psychosociale	32
8.1.2. Enjeux éthiques et psychosociaux	34
8.1.3. Impacts des enjeux éthiques et psychosociaux pour la pratique	43
8.1.4. Recommandations pour la pratique	47
8.2. Collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle	49
8.2.1. Collaboration inter et collaboration multi	49
8.2.2. Principes et conditions de la collaboration et ses enjeux	50
8.2.3. Impacts de la collaboration pour la pratique	55
8.2.4. Recommandations pour la pratique	57
8.3. Maltraitance entre conjoints âgés	59

8.3.1.	<i>Maltraitance apparaissant au sein d'un couple âgé</i>	60
8.3.2.	<i>Violence conjugale au sein d'un couple âgé.....</i>	63
8.3.3.	<i>Motifs expliquant la présence des aînées auprès de conjoints violents en violence conjugale.....</i>	66
8.3.4.	<i>Recommandations pour la pratique en violence conjugale.....</i>	67
8.3.5.	<i>Impacts des interventions pour les aînées et pour la pratique</i>	72
8.3.6.	<i>Interventions en maltraitance envers les aînés : Dans quelle mesure s'appliquent-elles aux aînées en situation de violence conjugale?</i>	73
9.	ENJEUX NON COUVERTS PAR LA RECHERCHE.....	75
10.	CE QU'IL FAUT RETENIR POUR LA PRATIQUE EN TRAVAIL SOCIAL GÉRONTOLOGIQUE	81
10.1.	Formation initiale et continue des professionnels sur la maltraitance envers les aînés	82
10.2.	Actions de prévention, d'identification et d'intervention concertées	85
10.3.	Autonomie professionnelle.....	87
11.	CONCLUSION	89
ANNEXE 1	92
ANNEXE 2	94
ANNEXE 3	95
RÉFÉRENCES	96

1. RÉSUMÉ

La maltraitance envers les personnes aînées est une problématique sociale à laquelle les chercheurs et les gouvernements s'intéressent de plus en plus depuis les dernières décennies, notamment au Québec depuis le dépôt du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015*. Dans ce dernier, la prévention, l'identification et l'intervention sont reconnues comme étant des actions concertées incontournables pour lutter efficacement contre la maltraitance. Cet essai pose précisément une réflexion sur les enjeux associés à l'intervention visant à contrer la maltraitance envers les personnes aînées à domicile à travers les propos de chercheurs québécois ayant écrits des articles scientifiques sur le sujet depuis la publication du premier, soit il y a vingt-trois ans. S'appuyant sur une recension systématique de leurs écrits, un tour d'horizon est fait quant à l'état général des connaissances et au contexte d'émergence. Suit un bilan sommaire de l'ensemble des enjeux énoncés par les auteurs. Finalement, le cœur de l'essai porte sur l'analyse des trois enjeux majeurs en intervention auprès des aînés vivant des situations de maltraitance à domicile, soit les dilemmes éthiques et psychosociaux en intervention, la collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle ainsi que la maltraitance entre conjoints aînés. Cet essai porte également une attention sur les enjeux non couverts par la recherche en lien avec les trois enjeux majeurs. Il conclut par une réflexion personnelle quant à ce qu'il faut retenir pour la pratique en travail social gérontologique.

2. REMERCIEMENT

La rédaction de mon essai sur les enjeux associés à l'intervention visant à contrer la maltraitance envers les personnes aînées à domicile au Québec fut pour moi un long processus réflexif et d'écriture qui s'est déroulé sur plusieurs mois. Cette expérience enrichissante sur les plans intellectuel et professionnel m'a permis de mieux comprendre la façon dont les chercheurs québécois envisagent cette problématique au cours des années et de me positionner en tant que future travailleuse sociale. Ce travail de rédaction quotidienne en est un qui s'est exercé de façon solitaire et qui, par instant, pesait lourd sur ma personne. Dans ces moments-là, et tout au cours de mon essai, je pouvais compter sur le soutien indéfectible de mon conjoint Michel et sur sa patience légendaire pour la correction de mes nombreuses pages écrites ainsi que sur les encouragements et les félicitations répétés de ma directrice d'essai, Marie Beaulieu, à chacun de ses courriels et de nos rencontres. Je remercie également Nathalie Delli-Colli en tant que conseillère externe pour ses précieux commentaires. Sans eux, la fierté que je ressens pour la réalisation de cet essai n'aurait pas été la même. Que ce sentiment me porte vers ma pratique future!

3. AVANT-PROPOS

La maltraitance envers les aînés est un sujet tabou, sensible, mais oh combien présent au sein de notre société. Mon intérêt pour ce phénomène remonte à mes expériences professionnelles passées et à mes stages à la maîtrise en service social, où j'ai été à même de constater diverses situations de maltraitance. L'observation de ces situations m'a amenée à me poser de nombreuses questions quant à l'identification des personnes maltraitées et à l'intervention à privilégier auprès d'elles.

Mes premières observations de maltraitance envers les aînés ont été faites dans le cadre de mon emploi à l'Association Coopérative d'Économie Familiale Montérégie-est (ACEF). J'y ai travaillé plus de dix ans en tant que consultante budgétaire auprès de familles et de personnes de tous âges éprouvant des difficultés budgétaires et rencontrant des obstacles dans la défense de leurs droits en tant que consommateurs. À travers les consultations budgétaires que j'offrais aux personnes endettées pour les outiller et les informer sur l'acquisition de saines habitudes en gestion budgétaire, j'ai constaté des situations de maltraitance financière. Les personnes maltraitées financièrement étaient pour la plupart âgées. Mon rôle consistait, dans ces situations, à les aider à résoudre leurs problèmes d'endettement en leur permettant d'identifier et de comprendre les causes des difficultés et problématiques qu'elles rencontraient, à dégager et à établir des pistes de solution adaptées à leurs situations. Bien que mon intervention auprès d'elles devait tenir compte de leur environnement social et familial pour éviter des solutions drastiques comme la faillite, il n'était pas toujours possible de le faire. À titre d'exemple, je me souviens du jour où j'ai rencontré une dame âgée qui venait d'entamer des démarches pour faire faillite. Demeurant avec son fils depuis quelques temps, ce dernier l'accompagnait lors de la consultation. Elle m'avait avoué s'être retrouvée dans cette situation délicate parce que son fils lui demandait beaucoup d'argent pour payer ses nombreuses dépenses. Il s'agissait d'un cas type de maltraitance financière où, au-delà de sensibiliser un tant soit peu la dame et le fils sur la problématique vécue, je n'ai pas su intervenir comme je l'aurais souhaité. C'est à ce moment-là que je me suis demandé quelle aurait été l'intervention à privilégier dans ce genre de situation? Pouvais-je intervenir en présence de l'abuseur? Est-ce que j'aurais été capable de reconnaître la situation de maltraitance vécue par la dame si elle ne me l'avait pas révélée? Est-ce que d'autres

événements de la sorte se sont présentés à moi dans le passé et je n'ai pas su les identifier? C'est à partir de ce moment que mon intérêt pour la maltraitance envers les aînés s'est manifesté et que je souhaitais obtenir des réponses précises aux nombreuses questions qui émergeaient dans mon esprit.

Loin d'avoir élucidé mes nombreuses questions sur la maltraitance envers les aînés lors de ma pratique à l'ACEF, d'autres questions et observations se sont ajoutées à l'égard de cette problématique, particulièrement au cours de mon stage à l'année préparatoire de ma maîtrise en service social. Dans le cadre de mon expérience de stage au Centre hospitalier de Granby auprès de personnes en perte d'autonomie, essentiellement âgées, j'ai été de nouveau témoin d'une situation de maltraitance financière. Cette fois-ci, il s'agissait d'une dame âgée seule qui était abusée financièrement par l'un de ses neveux qui agissait à titre de proche aidant auprès d'elle. Cette situation étant reconnue par certains membres de la famille et niée par d'autres, renforçait la complexité de l'intervention. Il m'a fallu plusieurs semaines pour établir un lien de confiance avec la dame et pour mettre en place des interventions appropriées à sa situation avec la collaboration de sa nièce, qui était une personne signifiante pour elle. La dame a finalement renoncé à toutes actions qui lui étaient proposées, que ce soit à l'hôpital ou lors de son retour à domicile. Encore une fois, j'ai constaté que la détection de ce type d'abus n'était pas toujours facile et, qu'une fois décelé, les intervenants sociaux ne savent pas toujours comment agir et se sentent parfois impuissants face à ce problème. Jusqu'où peuvent-ils intervenir auprès d'une personne aînée maltraitée? Si la situation est jugée à risque, quelle intervention doivent-ils privilégier? Peuvent-ils agir contre le gré de la personne maltraitée? Dans le cas d'une dynamique familiale particulière, quelle approche doivent-ils favoriser? Quelle collaboration les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux doivent-ils entretenir entre eux pour s'assurer que cesse la maltraitance commise ou, qu'à tout le moins, l'intensité en soit réduite pour le bénéfice de l'aîné?

Mes observations au cours de ma pratique passée et de mon stage ont suscités plusieurs questions qui m'ont amenée à développer et à implanter une formation sur la maltraitance envers les aînés dans le cadre de mon dernier stage de maîtrise. Plus particulièrement, mon projet visait à améliorer les connaissances des intervenants et des bénévoles des organismes et des associations

membres de la Table de concertation des aînés de la Haute-Yamaska, qui aident et supportent les personnes aînées, afin qu'ils puissent reconnaître les situations de maltraitance et intervenir adéquatement auprès d'elles. Dans le but de construire des ateliers de formation reflétant les préoccupations, les besoins, les intérêts et les questionnements des intervenants et des bénévoles, j'ai constitué des groupes de discussion. Les participants ont eu l'occasion de soulever de nombreux enjeux, défis et limites qu'ils rencontrent lors de leur intervention auprès des aînés maltraités, lesquelles se rapprochent de mes préoccupations. Par exemple, il s'agissait du respect de l'autonomie de la personne et de la confidentialité, de la collaboration souhaitée avec le CSSS, de la dénonciation des situations de maltraitance observées, de l'identification des signes de maltraitance, de la reconnaissance de leur rôle au sein du processus d'intervention, du référencement aux ressources et aux services d'aide disponibles, etc. Tous les enjeux soulevés par les participants n'ont pu être couverts dans le cadre de la formation prévue au sein du stage en raison du nombre limité de semaines dont je disposais pour un tel projet. Néanmoins, j'ai pu, à travers le contenu des sujets développés, répondre à plusieurs interrogations soulevées par les intervenants et bénévoles et, du même coup, à certains de mes questionnements. Entre autres, les principaux sujets touchés étaient liés à la démystification de la maltraitance (formes de maltraitance, facteurs de risque et de vulnérabilité, contexte de maltraitance, stress de l'aîné); à la reconnaissance des signes de maltraitance et des conditions favorisant leur identification; aux principes d'intervention de base à respecter pour tenir compte des besoins, de la réalité et des particularités de l'aîné maltraité et de la situation de maltraitance; à la dénonciation d'une situation de maltraitance; et aux ressources et services d'aide appropriés auxquels les intervenants et les bénévoles peuvent référer les personnes maltraitées et les familles. Pourtant, dans ma quête d'être une future travailleuse sociale plus complète, certaines questions demeuraient entières à mes yeux et méritaient d'être approfondies.

Toutes mes expériences, mes lectures et mes réflexions sur la maltraitance envers les aînés ainsi que mes questions sans réponse m'ont amenée à vouloir explorer ce sujet dans le cadre de mon essai de maîtrise. Désireuse d'intervenir auprès des personnes aînées en tant que travailleuse sociale, il s'avérait donc opportun de le faire sur un sujet pouvant les concerner et auquel je pourrais être confrontée dans ma pratique future. Ainsi, je vise à approfondir ma réflexion et mon

analyse sur les enjeux d'intervention rencontrés par les travailleurs sociaux lors de situations de maltraitance commises à domicile.

Selon ma conception de la maltraitance envers les aînés et des enjeux d'intervention, il s'agit d'un sujet multidimensionnel et complexe qui mérite qu'on s'y attarde en tant que personne, famille, professionnel, organisation et société. Qu'il s'agisse de maltraitance commise à domicile ou en milieu d'hébergement, il n'est pas toujours facile pour l'intervenant de reconnaître une personne aînée maltraitée et d'agir auprès d'elle, car souvent elle a peur d'exprimer ce qu'elle vit comme situation. Cela demande donc à l'intervenant d'exercer son jugement, d'être patient, d'être observateur et d'adopter une posture qui tienne compte du respect de l'autonomie de la personne à faire ses propres choix en tant qu'adulte, à moins qu'elle présente une inaptitude compromettant sa capacité à exprimer son libre choix. Dans un tel cas, cela lui demande d'adopter une approche qui préserve l'équilibre entre le respect de l'autonomie de l'aîné et sa protection. Il doit accompagner la personne dans l'acceptation de l'aide offerte, ce qui parfois pose certains défis et enjeux, afin de faire cesser ou réduire l'intensité de la maltraitance, et ce, en tenant compte du contexte dans lequel celle-ci se produit. Les enjeux auxquels l'intervenant est confronté peuvent être déterminants pour la réussite de l'intervention auprès de l'aîné maltraité et de son entourage, laquelle peut être perçue différemment selon qu'il s'agisse de l'intervenant-pivot, l'aîné maltraité, la famille, les partenaires ou l'organisation. Au risque d'être influencé par ses présupposés et ses valeurs, l'intervenant doit reconnaître que ceux-ci peuvent interférer dans son intervention. Il ne doit pas porter seul l'accompagnement et le suivi d'un cas de maltraitance, mais plutôt s'assurer de travailler en collaboration avec d'autres intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et des services publics ou privés. Les personnes aînées qui demeurent à domicile sont également plus à risque d'être maltraitées du fait qu'elles sont parfois plus isolées et ont un faible réseau social. Ainsi, des actes désobligants et d'une grave conséquence peuvent être commis à l'insu de l'entourage et des intervenants, ce qui pose comme défi à ces derniers de rejoindre les aînés maltraités avant qu'il ne soit trop tard. Comment est-il possible pour l'intervenant de prendre en compte ces différents enjeux dans sa pratique?

4. INTRODUCTION

Les personnes aînées représentent une richesse collective et sociale en raison de leurs grandes expériences. Elles ont su façonner le Québec d'aujourd'hui par leurs idées, leurs implications et leur travail acharné. Apprécier leur contribution passée, présente et future représente un enrichissement qui ne doit pas être ignoré par la société. Leur participation et leur apport à la collectivité doivent demeurer présents, car leurs savoirs méritent d'être partagés afin que tous puissent en profiter. Pourtant, nombre d'entre elles ne sont pas reconnues à leur juste valeur, sont confrontées à divers stéréotypes, préjugés et attitudes négatives, et doivent tolérer des situations de maltraitance que leurs proches ou que d'autres leur font vivre, et ce, en gardant le silence.

La maltraitance envers les personnes aînées est une problématique sociale reconnue qui préoccupe le gouvernement du Québec, les chercheurs et les praticiens, particulièrement au cours des dernières années. Prise au sérieux par la société québécoise, divers travaux ont fait ressortir la nécessité de lutter plus efficacement contre elle et ont attiré l'attention pour que tous assurent le respect des aînés et leur bien-être. Le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015* est la première politique publique québécoise qui favorise des interventions plus efficaces afin de soutenir un plus grand nombre de ces aînés (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

Les professionnels en collaboration avec les chercheurs se sont aussi penchés sur la maltraitance envers les aînés. Les premiers se sont intéressés à des situations spécifiques de maltraitance vécues par ceux qu'ils accompagnent ainsi qu'aux conséquences qui en résultent. Les seconds se sont notamment attardés à développer leurs connaissances théoriques et empiriques sur la maltraitance chez les aînés en général, sur certains types de maltraitance, sur celle exercée à domicile ou en milieu d'hébergement et sur les actions possibles visant à la contrer, comme la prévention, l'identification et l'intervention. Les recherches et les travaux des chercheurs ont pu affirmer que cette problématique sociale complexe et multidimensionnelle pose un certain nombre d'enjeux devant être pris en compte par les professionnels au cours de leur processus d'intervention auprès des personnes maltraitées. Quels sont ces enjeux d'intervention auxquels les intervenants peuvent être confrontés?

Pour répondre à cette question, en apparence simple, cet essai a pour but d'identifier et de discuter des enjeux d'intervention psychosociale dans les situations de maltraitance envers les personnes aînées vivant à domicile, tels qu'ils furent documentés dans les écrits scientifiques produits par des Québécois. Il vise ainsi à tracer un bilan de tous les enjeux à partir d'une recension systématique des articles scientifiques publiés par des chercheurs québécois et à discuter de façon approfondie de trois enjeux majeurs qui sont pertinents à la pratique du travail social gérontologique.

Le choix de faire mon essai sur l'intervention à domicile plutôt qu'en milieu d'hébergement est lié à la perception que j'ai quant à la plus grande proportion de personnes aînées touchées par une situation de maltraitance, à leur probabilité d'être plus isolées et au fait qu'un plus grand nombre puissent bénéficier d'un accompagnement ou d'un soutien psychosocial. Puisque je souhaite que ma pratique future puisse se diriger en contexte de soutien à domicile auprès d'aînés rencontrant certaines pertes liées au vieillissement, ayant une déficience physique ou étant atteints de maladies chroniques, il est susceptible que j'aie à accompagner certains d'entre eux qui vivent une telle situation.

Il s'agit donc, à travers cet essai, d'identifier, de discuter et de commenter les enjeux, les défis et les limites que soulève l'intervention auprès des aînés maltraités vivant à domicile, essentiellement à partir de textes scientifiques produits par des auteurs québécois. Au préalable, la démarche méthodologique utilisée est expliquée, suivi d'une description de l'état général des connaissances sur la maltraitance envers les aînés relativement à la définition de maltraitance retenue, aux types de maltraitance, à son ampleur, aux caractéristiques des personnes maltraitées et maltraitantes, au contexte d'émergence ainsi qu'aux théories explicatives utilisées pour comprendre cette problématique. Un bilan général de tous les enjeux énoncés par les auteurs québécois fait également l'objet de quelques pages, avant de poursuivre sur les trois enjeux d'intervention majeurs en contexte de maltraitance auprès de ces personnes. Pour les dilemmes éthiques et psychosociaux en intervention, la collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle, et la maltraitance entre conjoints âgés, une analyse de chacun d'eux y est faite en précisant les propres enjeux qu'ils soulèvent, de même que les impacts et les recommandations

pour la pratique. Pour conclure, les enjeux non couverts par la recherche sont exposés en regard de ceux analysés en profondeur ainsi qu'une réflexion personnelle sur ce qu'il faut retenir pour la pratique en travail social gérontologique. Pour faciliter la compréhension de mon essai, une petite précision lexicale s'impose. Le terme maltraitance, mauvais traitement et abus sont employés en tant que synonyme, tel que retenu par les auteurs québécois.

5. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Certains diront qu'il n'est pas usuel de retrouver la démarche méthodologique à cet endroit-ci d'un essai. Toutefois, il m'apparaissait important qu'elle y soit afin de bien camper le sujet de mon essai. Il s'intéresse aux enjeux associés à l'intervention visant à contrer la maltraitance envers les aînés demeurant à domicile à partir d'une recension systématique des articles scientifiques publiés par des chercheurs québécois. Quatre-vingt-deux articles ont été recensés par la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées (où je suis engagée comme étudiante et assistante de recherche). Publié entre 1990 et avril 2013, en français et en anglais, ils font état de la maltraitance à l'endroit des aînés à domicile ou en milieu d'hébergement. La lecture des résumés de tous les articles a d'abord été faite. Une fois ce processus complété, 52 d'entre eux ont été retenus sur la base des concepts définis et en raison de leur pertinence. Par exemple, l'*intervention* auprès des aînés maltraités se rapporte à l'identification de situations de maltraitance, à leur évaluation, en passant par l'intervention directe et le suivi de cas. Selon cette définition, dès qu'un intervenant est en contact avec une personne aînée, on peut dès lors dire qu'il intervient auprès d'elle, qu'elle soit potentiellement ou effectivement maltraitée. Quant au *domicile*, il se définit comme étant un « lieu où quelqu'un habite en permanence ou de façon habituelle » (Larousse, en ligne). Il peut donc s'agir, dans ce contexte, d'une maison, d'un appartement, d'un HLM, d'une coopérative d'habitation et d'une résidence d'hébergement privée. Les articles traitant des interventions visant la prévention et la promotion de la santé, de l'identification des aînés maltraités ou des personnes maltraitantes et des outils utilisés ont quant à eux été rejettés. Il en fut de même pour ceux traitant des pratiques d'intervention, des approches prometteuses, des enjeux et de la qualité des soins en établissement de soins de longue durée ainsi que de la violence institutionnelle.

Par la suite, une seconde lecture plus complète des textes sélectionnés a été faite à l'aide d'une grille de lecture et d'analyse inductive et déductive (annexe 1) afin d'identifier l'ensemble des enjeux soulevés par les auteurs, les interventions décrites et leurs impacts, les recommandations soulevées par les chercheurs quant à la recherche et la pratique ainsi que les aspects non couverts par les articles qui, à mes yeux, seraient pertinents d'aborder. Ensuite, une relecture de toutes les grilles de lecture et d'analyse a été faite pour ressortir les enjeux énoncés par les auteurs québécois. Certains d'entre eux ont été regroupés et, au total, vingt enjeux distincts ont été identifiés (annexe 2). Il s'agit principalement d'enjeux rencontrés dans la pratique psychosociale, car le corpus des articles choisis est composé en grande partie de textes produits par des auteurs du champ du travail social, qu'ils soient diplômés ou professeurs dans cette discipline.

Loin de moi l'idée de couvrir l'ensemble des enjeux abordés par les chercheurs québécois sur l'intervention visant à contrer la maltraitance envers les aînés à domicile, j'ai opté de poser une réflexion plus approfondie sur trois d'entre eux qui m'apparaissent importants dans le cadre de ma pratique future, sans nécessairement être ceux auxquels je serai le plus confrontée : les dilemmes éthiques et psychosociaux en intervention; la collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle; et la maltraitance entre conjoints âgés.

Le premier enjeu qui suscite mon attention, soit les dilemmes éthiques en intervention psychosociales auprès des aînés maltraités, m'interpelle particulièrement, car dans ma pratique future, il y a de forte chance que je sois confrontée à des problèmes et à la prise de décisions éthiques lorsque j'aurai à identifier et à intervenir auprès d'aînés maltraités (Giasson et Beaulieu, 2004). Les travailleurs sociaux doivent respecter le « principe d'autonomie de la personne et le principe d'autodétermination » et ils doivent reconnaître le « droit de tout individu en danger de recevoir assistance et protection selon ses besoins » (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012 : 7). Le respect de ces valeurs peut poser des questions d'ordre éthique et influencer le choix du type de pratique selon la situation de maltraitance rencontrée. Quelles valeurs doivent-ils privilégier dans leur intervention psychosociale ? Doivent-ils prioriser l'autonomie ou la bienfaisance lorsque l'aîné maltraité présente certaines incapacités physiques ou cognitives? Quels défis soulèvent le choix de l'un ou l'autre des types d'intervention? Jusqu'où doivent-ils aller dans leur pratique psychosociale

(Beaulieu et Leclerc, 2006)?

Le deuxième enjeu sur lequel je compte porter une réflexion plus approfondie est celui soulevant l'importance d'adopter des approches interprofessionnelles, interdisciplinaires ou intersectorielles. Comment les intervenants peuvent-ils penser pouvoir lutter contre la maltraitance envers les aînés s'ils travaillent chacun de leur côté, en vase clos? La collaboration avec des professionnels de diverses disciplines et de divers organismes est nécessaire pour bâtir une intervention plus riche et plus efficace pour le bien-être de l'aîné maltraité. Malgré tout, il ne faudrait pas croire qu'adopter une telle pratique se fait sans heurts (Beaulieu et Brunet, 2011).

Le troisième enjeu que j'ai retenu concerne la maltraitance entre conjoints âgés. La littérature sur la maltraitance envers les aînés souligne que les conjoints sont souvent impliqués dans ce genre de situation (Ministère de la famille est des Aînés, 2010). La dynamique de maltraitance au sein du couple peut être due à des antécédents de violence conjugale ou bien apparaître avec l'âge (Straka et Montminy, 2006), entre autres en raison de la perte d'autonomie du partenaire qui maltraite ou de celui maltraité. Évidemment, selon les dynamiques qui sous-tendent ces situations de maltraitance, les interventions à privilégier de la part des travailleurs sociaux ne seront pas les mêmes (Gravel, Beaulieu et Lithwick, 1997). Les modèles génériques d'intervention utilisés dans le cas de maltraitance s'avèrent peu appropriés et insuffisants dans le cas de violence conjugale entre conjoints âgés (Straka et Montminy, 2008). Cela demande donc de la part des intervenants d'être capables d'identifier et d'utiliser les approches privilégiées et d'en saisir leurs limites.

6. ÉTAT GÉNÉRAL DES CONNAISSANCES SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS

6.1. Définition de la maltraitance

Il n'existe pas de définition universellement acceptée de la maltraitance envers les aînés (Beaulieu et Giasson, 2005; Gravel et al., 1997; Santé Canada, 2000). Cette difficulté réside dans le fait que les définitions tiennent compte de différentes perspectives liées aux professionnels, aux législateurs, aux chercheurs et aux aînés eux-mêmes. Alors que certaines définitions renvoient aux causes, aux moyens et aux conséquences (National Initiative for the Care of the

Eldery [NICE], 2012; Santé Canada, 2000), d'autres portent sur les critères et les comportements maltraitants (Santé Canada, 2000). Une définition appropriée devrait-elle tenir compte de l'intentionnalité des gestes, de la vulnérabilité et de l'âge de la personne maltraitée, de la fréquence, de la gravité et de la durée de la maltraitance (Anetzberger, 2005)? Il peut être pertinent de se poser la question, car ce manque d'uniformité dans les concepts utilisés engendre une confusion tant chez les chercheurs que chez les professionnels. Pourtant, une définition appropriée et acceptée par tous aurait des effets bénéfiques à plusieurs niveaux. Elle permettrait de déterminer qui sont les aînées maltraitées ou non, ceux visés par la législation, ceux admissibles aux services offerts ainsi que les interventions leur étant le plus appropriées (Santé Canada, 2000).

Cela étant dit, la définition retenue le plus universellement est celle adoptée par la Déclaration de Toronto sur la prévention globale des mauvais traitements envers les aînés, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2002 : « Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée. » (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010 : 17).

6.2. Types de maltraitance

La maltraitance revêt différentes formes, ce qui rend la classification exhaustive difficile (Anetzberger, 2005; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Par exemple, certains auteurs incluent la maltraitance de type sexuelle dans la maltraitance physique (Gravel et al., 1997; Lithwick, 1992; Nahmias, 1995; Vida, 1994), alors que d'autres la considèrent de façon distincte (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010; Wiseman, 2008). Quant à l'abandon, quelques-uns la classe comme une forme particulière de maltraitance (National Center on Elder Abuse [NCEA], 2011), tandis que d'autres estiment plutôt qu'il s'agit d'une forme extrême de négligence (Anetzberger, 2005; Vida, 1994). De façon plus spécifique, la plupart des chercheurs classent la maltraitance sous cinq principales formes, soit la maltraitance physique, psychologique ou émotionnelle, sexuelle, financière ou matérielle et la négligence (Anetzberger, 2005; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010; NCEA, 2011; Wiseman, 2008). Certains considèrent également la

violation des droits (Buzgova et Ivanova, 2009; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010) et la maltraitance organisationnelle ou systémique (Buzgova et Ivanova, 2009).

La maltraitance physique est l'utilisation de la force physique qui entraîne des douleurs physiques, des blessures et une détérioration de la santé de l'aîné (Anetzberger, 2005; Buzgova et Ivanova, 2009; Lithwick, 1992; NCEA, 2011; NICE, 2012; Santé Canada, 2000; Vida, 1994). La maltraitance psychologique ou émotionnelle consiste en des actes verbaux ou non verbaux qui causent des inquiétudes, de la détresse, de l'angoisse et de la peur (Buzgova et Ivanova, 2009; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010; NCEA, 2011; Santé Canada, 2000). L'exploitation financière ou matérielle est une utilisation illégale, abusive ou sans autorisation des biens, de l'argent, des avoirs ou de documents légaux de l'aîné (Buzgova et Ivanova, 2009; Lithwick, 1992; NCEA, 2011; NICE, 2012; Santé Canada, 2000; Vida, 1994). La maltraitance sexuelle réfère à des actes sexuels directs ou indirects sans consentement de la personne et contre son gré (NCEA, 2011; NICE, 2012; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). La négligence correspond à l'omission de poser certains gestes, de fournir des soins et des services nécessaires pour le bien-être de l'aîné. Elle peut être involontaire ou bien volontaire (Anetzberger, 2005; Centre québécois de ressources en promotion de la santé et en prévention de la criminalité [CRPSPC], en ligne; Gravel et al., 1997; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010; Nahmiash, 1995; Vida, 1994). La violation des droits est l'atteinte des droits et des libertés de l'aîné qui se manifeste par la privation de consentir ou non à des soins ou de prendre ses propres décisions, la discrimination et la dépersonnalisation (Buzgova et Ivanova, 2009; CRPSPC, en ligne; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010; Nahmiash, 1995; Vida, 1994). La maltraitance organisationnelle ou systémique est liée à l'environnement, les pratiques et les règles des institutions et des établissements (Buzgova et Ivanova, 2009).

6.3. Ampleur de la maltraitance

L'ampleur de la maltraitance envers les aînés varie d'une étude à l'autre et d'un pays à l'autre en raison du caractère tabou de cette problématique et des limites méthodologiques des enquêtes faites par les chercheurs (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Au Canada, aucune étude récente ne mesure précisément le taux de prévalence de la maltraitance. Il faut remonter à la fin

des années 1980 et au début de 1990, où deux grandes études populationnelles pancanadiennes ont permis d'évaluer l'ampleur de ce phénomène à domicile. D'abord, l'étude de Podnieks et Pillemer estime à 4 % le nombre d'aînés aux prises avec une ou plusieurs formes de maltraitance infligées par leurs proches (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010), particulièrement celle de nature financière (Santé Canada, 2000). La seconde étude, de Statistique Canada, dans le cadre de l'enquête sociale générale, avait des critères de mesure plus raffinés et a plutôt démontré un taux de prévalence de 7 % (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Pourtant, certains auteurs mentionnent qu'il ne s'agit que de la pointe de l'iceberg et que l'ampleur de cette problématique pourrait être doublée et même voire triplée (Beaulieu, 2007).

Bien que la réalité du Québec fût mesurée à travers les deux études pancanadiennes, aucune étude populationnelle spécifique à cette province n'a été faite pour mesurer l'ampleur de la maltraitance auprès des aînés vivant à domicile ou en milieu d'hébergement. Les données recueillies permettant d'estimer sa prévalence proviennent essentiellement d'organismes ou d'institutions qui offrent des services directs aux aînés (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). À cet effet, il est pertinent de savoir qu'une étude pilote de mesure de la prévalence a été complétée en 2012 (NICE, 2012) et a permis de valider de nouveaux outils de collecte de données. Une équipe de chercheurs pancanadiens (Beaulieu, M., Gutman, G., Hirst, S., Lowenstein, A., McDonald, L. et Thomas, L.) va procéder à une nouvelle collecte de données au cours de l'été 2013.

Les taux de prévalence observés dans les différentes études réalisées jusqu'à ce jour doivent être considérés comme des taux estimatifs. En effet, selon les chercheurs, il est difficile de quantifier ce problème en raison des limites méthodologiques des enquêtes populationnelles et du concept de maltraitance qui n'est pas uniforme (Conseil des aînés, 1995; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

6.4. Caractéristiques des aînés maltraités et des personnes maltraitantes

Parmi les différentes études recensées, le portrait des aînés maltraités et des personnes maltraitantes diffère quelque peu selon le type de mauvais traitements. Aucune étude n'arrive aux mêmes résultats puisque les critères de mesure, la population et les services observés divergent d'une à l'autre (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

Plusieurs auteurs ont tenté de dresser le portrait de la personne aînée maltraitée. Ces états de la situation doivent être considérés avec prudence, car certains chercheurs stipulent clairement que le portrait de la personne maltraitée dépend non seulement du type de maltraitance en cause, mais aussi de la nature du lien qui l'unit à la personne maltraitante. Une fois cette nuance posée, il ressort qu'en général, les aînés maltraités dans la communauté pourraient présenter certaines caractéristiques communes, soit être une femme âgée de plus de 75 ans, le plus souvent veuve ou célibataire (Conseil des aînés, 1995; Nahmiash, 1995; Table de concertation aux aînés de la MRC Memphrémagog, 2003), dépendante physiquement ou émotionnellement à l'endroit des personnes qui leur prodiguent des soins (Cohen-Lithwick, 2003; Conseil des aînés, 1995; Lithwick, 1992; Nahmiash, 1995; Plamondon, 2000; Sauvageau et Racette, 2006; Table de concertation aux aînés de la MRC Memphrémagog, 2003; Wiseman, 2008) et isolée socialement (Conseil des aînés, 1995; Nahmiash, 1995; Sauvageau et Racette, 2006; Table de concertation aux aînés de la MRC Memphrémagog, 2003). Les aînés maltraités peuvent présenter une détérioration récente de leur état de santé, des déficits cognitifs, des facultés mentales affaiblies ou de la démence (Conseil des aînés, 1995; Nahmiash, 1995; Table de concertation aux aînés de la MRC Memphrémagog, 2003). Certains auraient des antécédents de violence familiale (Cohen-Lithwick, 2003; Conseil des aînés, 1995; Lithwick, 1992; Table de concertation aux aînés de la MRC Memphrémagog, 2003; Wiseman, 2008; Vida, 1994) et de la difficulté à s'affirmer, alors que d'autres pourraient adopter des comportements d'une personne qui démissionne, appartenir à un milieu socio-économique défavorisé ou croire qu'ils méritent les mauvais traitements qu'ils subissent (Conseil des aînés, 1995; Table de concertation aux aînés de la MRC Memphrémagog, 2003). Ils peuvent également éprouver des problèmes de toxicomanie (Cohen-Lithwick, 2003; Lithwick, 1992; Nahmiash, 1995), avoir des symptômes dépressifs (Nahmiash, 1995; Vida, 1994), manquer de soutien social, avoir des attentes irréalistes à l'égard du proche aidant (Nahmiash, 1995) ou avoir une faible estime de soi (Lithwick, 1992; Sauvageau et Racette, 2006).

Les personnes maltraitantes peuvent être un conjoint, un proche, un ami, un voisin ou une personne qui est rémunérée pour prodiguer des soins aux aînés maltraités. La plupart des situations de maltraitance à domicile impliquent un enfant adulte ou un conjoint (Ministère de la

famille est des Aînés, 2010). Il est difficile de cerner les caractéristiques communes des personnes qui maltraitent. Pourtant, certaines sont soulevées plus souvent par les auteurs (Ministère de la famille est des Aînés, 2010). Entre autres, elles peuvent parfois être dépendantes de l'aîné maltraité ou en perte d'autonomie. Elles peuvent avoir des problèmes de toxicomanie et des troubles mentaux ou affectifs. Certaines ont été maltraitées dans leur enfance, n'ont pas de soutien social approprié et vivent un grand stress dû à des problèmes financiers, familiaux, conjugaux ou professionnels (Lithwick, 1992; Nahmiash, 1995; Table de concertation aux aînés de la MRC Memphrémagog, 2003). Les personnes qui maltraitent manquent parfois d'expérience quant aux soins à donner, peuvent ne pas aimer les offrir ou souffrent de démence et d'épuisement (Nahmiash, 1995). Elles peuvent aussi offrir beaucoup de soins à l'aîné, cohabiter avec lui (Table de concertation aux aînés de la MRC Memphrémagog, 2003) ou présenter certains comportements agressifs (Sauvageau et Racette, 2006; Wiseman, 2008).

6.5. Contexte d'émergence

6.5.1. Contextes social, politique et législatif

Comme partout dans le monde, la maltraitance envers les aînés a été reconnue tardivement comme une problématique sociale par la société québécoise. Ce n'est que depuis le début des années 1980 qu'elle suscite davantage l'attention (Giasson et Beaulieu, 2004) des professionnels, qui furent les premiers à rapporter l'expérience de leurs clients (Beaulieu, 1992), et des chercheurs (Cohen-Lithwick, 2003) du fait que les aînés sont perçus comme des êtres fragiles, ayant des capacités limitées et présentant des pertes cognitives et physiques (Harbison et al., 2012). Elle suscite également un intérêt particulier en raison du vieillissement accéléré de la population du Québec, d'une plus grande considération du mieux-être et de la qualité de vie des aînés ainsi que du respect et de la reconnaissance de la participation de ceux qui ont bâti la société (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

Avec le vieillissement démographique anticipé de sa population (9,8 % en 1986 à 25,6 % en 2031) (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010), le Québec risque de voir augmenter le nombre d'aînés maltraités au cours des prochaines années dû au simple fait qu'ils seront plus

nombreux. Les professionnels risquent donc d'être confrontés de plus en plus à des situations de maltraitance. Aussi, dans un contexte démographique où la part des personnes aînées est de plus en plus importante, ceci peut conduire les individus et la collectivité à adopter des attitudes négatives envers elles ou bien des préjugés menant à de la discrimination (Lévesque et Beaulieu, 2011). Ainsi, la manifestation de comportements âgistes à leur endroit risquent qu'elles soient peu reconnues socialement, qu'elles intérieurisent leur statut de personne fragile et inutile à la société, que leur estime de soi en soit affectée et qu'elles s'isolent davantage (Gouvernement du Québec, 2012). Dans un tel cas, il est pertinent de s'intéresser à cette problématique et de mettre en place des actions qui sauront répondre aux besoins des aînés maltraités, des proches, des intervenants et de toutes autres personnes afin d'y faire face (Bergeron Patenaude, 2010).

La violence commise à l'égard des aînés est reconnue pour la première fois comme une problématique sociale en 1979, alors que le ministère de la Justice organise des colloques régionaux sur la violence (Beaulieu et Crevier, 2010). À ce moment-là, elle est considérée de la même façon que la violence faite aux femmes et aux enfants (Beaulieu, 1992). Cette perception de la maltraitance envers les aînés conduira à envisager cette problématique dans le champ de la violence familiale et à songer à la nécessité de les protéger contre de tels abus. En réponse à cela, diverses formes de législation pour protéger les aînés seront implantées dans certaines provinces canadiennes telles la déclaration obligatoire des abus envers les aînés (Cohen-Lithwick, 2003). Au Québec, aucune loi de protection des aînés n'est mise en place (Beaulieu et Giasson, 2005), hormis une disposition sur l'exploitation contenue dans la *Charte des droits et libertés de la personne* depuis 1976 (Beaulieu et Leclerc, 2006).

En 1987, le Comité sur les abus à l'endroit des personnes âgées, mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010), documente la question de la maltraitance et mentionne la nécessité d'une action gouvernementale coordonnée et structurée. Il produira le rapport *Vieillir... en toute liberté* (1989) (Beaulieu et Crevier, 2010). Bien qu'accueilli favorablement, peu de ses recommandations seront implantées (Beaulieu, 1992).

À partir des années 1990, le gouvernement québécois, des chercheurs, des praticiens, des experts ainsi que divers groupes se sont penchés plus activement sur la question de la maltraitance envers les aînés et l'ont documentée. De plus en plus de consultations et de rapports en font état et s'en préoccupent (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). D'ailleurs, en 1992, le MSSS produira le rapport Pelletier *Vers un nouvel équilibre des âges* (Beaulieu, 2011). En 1995, le Conseil des Aînés produira l'*Avis sur les abus exercés à l'égard des aînés*, dans lequel il accorde une attention particulière au bien-être des aînés plus vulnérables dont ceux abusés et négligés. Il conclut qu'il s'agit d'un problème social qui nécessite un plan d'action, qu'il faut lever le voile sur cette cruelle réalité, qu'il faut agir en s'inspirant des expériences pertinentes réalisées dans divers milieux et qu'il faut miser sur la concertation de l'ensemble des intervenants concernés et des aînés eux-mêmes (Conseil des aînés, 1995). En 2000, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) a initié une consultation sur l'exploitation des aînés qui l'amènera à publier, en 2001, le rapport *L'exploitation des personnes âgées. Vers un filet de protection resserré*. Elle y souligne, entre autres que le développement d'un véritable plan d'action gouvernemental en matière de vieillissement est nécessaire pour la protection des aînés contre l'exploitation et les abus. Selon la Commission, le plan doit prévoir des actions d'information et de formation, des services accessibles et continus répondant aux besoins des personnes ainsi que des interventions adaptées à leurs besoins et fondées sur la concertation (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse [CDPDJ], 2001).

Par la suite, d'autres plans d'action, politiques et travaux ont vu le jour sans s'attaquer particulièrement à la problématique de la maltraitance envers les aînés. Ils ont tout de même créé des conditions propices pour en réduire la portée et pour se doter d'une vision en matière de vieillissement actif (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010) L'annexe 3 fait d'ailleurs mention d'un certain nombre de ces documents où plusieurs furent produits par le MSSS, jouant ainsi un rôle de phare et faisant implicitement la promotion de la bientraitance, laquelle exprime la volonté d'encourager de bonnes pratiques et de bonnes attitudes dans une visée éthique (Beaulieu et Crevier, 2010).

À la fin des années 2000, le contexte socio-politique fut favorable à une meilleure prise en charge et à une plus grande place du dossier « personne âgée » au niveau du gouvernement québécois.

D'abord, en 2007, une ministre uniquement responsable des Aînés sera nommée (Beaulieu, 2011), alors qu'avant ce dossier était confié à des ministres cumulant d'autres responsabilités. Elle initiera une consultation publique sur les conditions de vie des aînés, qui amènera la publication du rapport *Préparons l'avenir avec nos aînés*. Ce dernier soulignera, entre autres, que la lutte aux abus et à la maltraitance est l'une des dix priorités pour améliorer les conditions de vie des aînés (Ministère de la Famille et des Aînés, 2008). Puis, ce rapport pavera la voie au *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015* en révélant que le silence sur les situations de maltraitance doit être brisé, que les mentalités doivent changer pour mieux dépister les abus, que les connaissances doivent être améliorées (Beaulieu, 2012a) et que des actions structurantes et concertées doivent être mises en place par l'entremise d'une politique gouvernementale sur les personnes aînées (Ministère de la Famille et des Aînés, 2008).

6.5.2. Politiques publiques

Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015

Suite aux consultations et aux rapports faisant ressortir la nécessité de lutter contre la maltraitance envers les aînés de façon plus efficiente, le gouvernement québécois fait de cette problématique une priorité sociopolitique lorsqu'en 2010, le ministère de la Famille et des Aînés dépose un *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015*. Avec le dépôt de ce plan d'action, le Québec s'engage dans un tournant majeur (Beaulieu et Crevier, 2010) où les enjeux importants sont mis en lumière (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

Il conclut que les principaux enjeux sont la méconnaissance et la complexité du phénomène de la maltraitance ainsi que le renforcement du continuum de services concertés et complémentaires en matière de prévention, de dépistage et d'intervention. Le plan d'action vise ainsi à mettre en place les conditions nécessaires pour que la maltraitance ne soit plus présente dans les milieux en documentant davantage cette problématique multidimensionnelle et en assurant une meilleure concertation entre les acteurs impliqués. En vue de renforcer la lutte contre la maltraitance faite aux aînés et les pratiques promues des différents acteurs, quatre actions structurantes sont mises

en œuvre : diffuser une campagne de sensibilisation nationale, créer une chaire de recherche universitaire sur la maltraitance, créer une ligne téléphonique d'aide et de référence et mettre en place des coordonnateurs dans les régions du Québec (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

Plus précisément, la campagne de sensibilisation grand public a pour but de démythifier et de déconstruire le tabou entourant la problématique de la maltraitance envers les aînés. La chaire de recherche sur la maltraitance vise à développer les connaissances des chercheurs et des praticiens en termes de prévention, de dépistage et d'interventions. Quant à la ligne téléphonique Aide Abus Aînés (LAAA), des professionnels spécialisés en matière de maltraitance écoutent, informent et réfèrent les aînés maltraités ou leurs proches vers les services ou ressources appropriées à leur situation. En ce qui concerne la mise en place de coordonnateurs régionaux, elle consiste à favoriser la concertation et la complémentarité des interventions dans le domaine de la maltraitance entre les acteurs institutionnels, communautaires ou privés, au niveau régional ou local, tout en tenant compte des aînés appartenant à des communautés culturelles ou autochtones (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

Le gouvernement mise aussi sur l'engagement de divers partenaires pour mettre en place des mesures complémentaires aux actions structurantes prévues. Il s'agit de mieux cerner la maltraitance par le développement de connaissances sur ce sujet; d'offrir davantage d'information sur les services et les recours dédiés aux aînés maltraités; de mieux former et outiller les intervenants par de la formation initiale et continue; d'intensifier et d'appliquer plus largement des actions permettant de contrer la maltraitance; et de renforcer la concertation pour favoriser la prévention, le dépistage et l'intervention (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

Ce plan d'action est donc un puissant levier pouvant assurer une lutte efficace contre cette problématique sociale, car il est sous l'égide de plusieurs ministères et organismes gouvernementaux imputables de son contenu, de l'application des différentes actions ainsi que de divers dispositifs de suivi et d'évaluation permettant de rendre compte des améliorations observables (Beaulieu, 2012b).

Vieillir et vivre ensemble. Chez-soi, dans sa communauté, au Québec

La première politique gouvernementale sur le vieillissement, *Vieillir et vivre ensemble. Chez-soi, dans sa communauté, au Québec*, a été adoptée au printemps 2012. Elle s'inscrit en continuité et en complémentarité avec les actions faites précédemment par le gouvernement en termes de fiscalité, de soutien à domicile, de maltraitance envers les aînés, de solidarité et d'inclusion sociale. Cette politique et son plan d'action visent la mise en place de stratégies adaptées au vieillissement accéléré de la population du Québec et à l'équité intergénérationnelle, à l'amélioration des conditions de vie des aînés et à la possibilité pour les aînés de demeurer à domicile en sécurité. Pour ce faire elle interpelle les divers acteurs à une collaboration intersectorielle pour assurer le mieux-être des aînés, tout en cherchant à atteindre un équilibre entre les responsabilités individuelles, familiales, communautaires et gouvernementales (Gouvernement du Québec, 2012).

La politique et le plan d'action s'inspirent de la vision du vieillissement actif prônée par l'OMS. « Vieillir en restant actif est un processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse. » (Gouvernement du Québec, 2012 : 41). Pour y arriver, la politique s'appuie sur trois grandes orientations, soit vieillir et vivre ensemble, c'est participer dans sa communauté; c'est vivre en santé dans sa communauté; et c'est créer des environnements sains, sécuritaires et accueillants dans sa communauté. En termes de sécurité des aînés, elle souligne qu'ils doivent pouvoir vivre dans des milieux de vie sécuritaires, où leur sentiment de sécurité physique ou psychologique et leur bien-être résultent d'une combinaison d'actions menées et partagées par le gouvernement et par les acteurs de la communauté. Divers choix stratégiques sont prévus tels que la poursuite d'actions existantes et le soutien de nouveaux projets visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés par l'investissement de sommes additionnelles (Gouvernement du Québec, 2012).

6.5.3. Émergence de la maltraitance envers les aînés dans un contexte de violence familiale

La violence familiale est un problème social qui est devenu de plus en plus reconnu au cours des dernières décennies (Montminy, 2005). Elle se produit lorsqu'il y a une relation d'intimité, de

parenté, de dépendance ou de confiance. Elle revêt trois formes différentes, où chacune a évolué dans des champs distincts. La première forme reconnue fut la violence commise envers les enfants dans les années 1960 (Straka et Montminy, 2008). La préoccupation grandissante pour leur bien-être a amené les praticiens et les chercheurs à mettre en place des interventions dont les résultats ont influencé le traitement de toutes les autres formes de violence familiale, y compris celle perpétrée à l'endroit des aînés (Cohen-Lithwick, 2003). Par la suite, dans les années 1970, la violence conjugale fut déclarée en tant que problème de société grâce à l'apport des groupes de femmes qui levèrent le voile sur un phénomène longtemps caché et considéré comme une affaire privée (Gouvernement du Québec, 1995). Le silence sur la violence commise envers les femmes était ainsi brisé (Cohen-Lithwick, 2003). La maltraitance envers les aînés fut la dernière forme de violence familiale reconnue en tant que problématique sociale dans les années 1980 grâce aux recherches sur le vieillissement et la violence familiale, lesquelles supportèrent les revendications des praticiens. Chercheurs et praticiens amenèrent les médias à s'intéresser à la maltraitance envers les personnes aînées (Cohen-Lithwick, 2003).

Selon la construction sociale de la maltraitance envers les aînés, ces derniers sont vus comme des personnes vulnérables, au même titre que les enfants, ils sont blâmés et tenus responsables de ce qu'ils vivent, de la même façon que les femmes victimes de violence conjugale, et ils représentent un fardeau pour ceux qui leur prodiguent des soins. Ce construit social des aînés maltraités a influencé les solutions mises en place pour faire cesser ce phénomène. Ainsi, plusieurs provinces canadiennes ont adopté une législation pour protéger les aînés et offert des services de santé et des sociaux additionnels pour aider les proches aidants épuisés. Ce n'est qu'après l'adoption de ces lois que la perception de cette problématique a changé peu à peu et qu'il n'était plus possible de les considérer de la même façon que les enfants abusés (Cohen-Lithwick, 2003).

Pour chacune des formes de violence familiale, il y a eu le développement d'un champ propre de connaissances empiriques et théoriques ainsi que des politiques, des législations et des réponses sociales distinctes. Les multiples séparations de ces formes de violence (Montminy, 2005) et le manque de dialogue entre elles peuvent être problématique pour les praticiens, notamment lorsqu'une situation de violence touche plus d'une catégorie (Montminy, 2005; Straka et

Montminy, 2008) ou glisse entre deux d'entre elles (Straka et Montminy, 2008). C'est d'ailleurs le cas lorsqu'il s'agit d'une situation de violence qui est apparue entre conjoints âgés ou d'une situation de violence conjugale qui a vieilli avec le couple (Straka et Montminy, 2006). La question se pose : Peut-on dire que les femmes âgées sont maltraitées ou battues par leur conjoint violent (Montminy, 2005)? Malgré ces différences, elles ont certains points en commun : le pouvoir et le contrôle exercés par la personne maltraitante envers la personne maltraitée jouent un rôle important; la violence se reproduit au sein de toute la structure familiale; et la maltraitance psychologique est plus importante que certaines formes de mauvais traitements en raison des préjudices causés qui sont plus graves et plus durables (Straka et Montminy, 2008).

6.6. Théories explicatives

Les chercheurs ont tenté d'expliquer et de saisir les causes de la maltraitance commise envers les aînés en développant diverses théories. La lecture des articles scientifiques a permis de constater que les auteurs québécois ont abordé certaines théories explicatives dans leur quête d'une meilleure compréhension de la maltraitance à domicile. Sur l'ensemble des théories soulevées, je me contenterai d'exposer brièvement celles qui sont le plus souvent citées par les auteurs afin de bien situer l'idée qu'ils se font de cette problématique sociale. Il s'agit de la théorie de la transmission intergénérationnelle de la violence, de la théorie situationnelle ou du stress de l'aïdant et de l'approche féministe.

6.6.1. *Théorie de la transmission intergénérationnelle de la violence*

Cette théorie est fréquemment utilisée pour expliquer que la maltraitance résulte de dynamiques familiales de violence transmises d'une génération à l'autre ou de comportements appris durant l'enfance (Beaulieu et Brunet, 2011; Cohen-Lithwick, 2003; Lithwick, 1992). Par exemple, un enfant ayant été exposé à de la violence à la maison pourrait reproduire des comportements violents envers son conjoint à l'âge adulte (Montminy, 2000). Dans certains cas, un enfant abusé par ses parents pourrait devenir maltraitant envers eux une fois qu'ils auront atteints un âge avancé (Cohen-Lithwick, 2003).

Cette théorie permet de mieux comprendre de quelle façon la dynamique de la maltraitance est

présente au sein d'un couple âgé et pour quelle raison un enfant adulte peut devenir maltraitant envers son parent âgé. Toutefois, l'utilisation d'une telle théorie pose certaines limites pour la pratique psychosociale, car la maltraitance n'est pas liée qu'à une transmission de violence d'une génération à une autre. Au contraire, elle naît plus souvent qu'autrement de dynamiques relationnelles complexes entre proches. Ainsi, comprendre la maltraitance sous cet angle peut amener les praticiens à constater que des situations peuvent être dues simplement à un retour du balancier, que ce soit l'enfant adulte envers son parent âgé ou la femme âgée envers son conjoint, ou bien à l'indifférence de l'enfant adulte face à son parent considéré inadéquat. Cela étant dit, l'enjeu pour les intervenants est de savoir intervenir adéquatement dans des situations de maltraitance impliquant un enfant adulte et son parent âgé (Beaulieu et Brunet, 2011), mais également entre deux conjoints âgés où la violence est présente de longue date.

6.6.2. Théorie situationnelle ou du stress de l'aidant

La théorie situationnelle ou du stress de l'aidant est celle qui est la plus souvent utilisée pour expliquer la violence entre les conjoints âgés (Montminy, 2000). Selon elle, un aidant qui donne des soins à une personne aînée atteinte de démence ou de pertes d'autonomie physiques ou cognitives est plus à risque de la maltraiter en raison du stress que cette tâche lui occasionne (Gravel et al., 1997; Straka et Montminy, 2008). D'autres facteurs liés à l'aidant, à la personne aînée et au contexte peuvent aussi susciter un plus grand stress chez l'aidant (Montminy, 2000; Nahmiasch, 1995; Vida, 1994), tels que l'âge, l'état de santé, le lieu de résidence, les événements stressants de la vie, les tensions familiales et les conditions environnementales (Montminy, 2000).

D'après cette théorie, le stress serait la cause des situations de violence au sein des couples âgés (Montminy, 2000). Pourtant, d'autres facteurs que le stress peuvent être à l'origine des comportements violents entre conjoints âgés. Le fait pour un intervenant de porter son attention que sur le stress et les facteurs pouvant y contribuer occulte toutes autres considérations pouvant expliquer la violence commise. Ainsi, ses interventions peuvent se voir réduites à offrir des rencontres de formation ou du counseling individuel pour supporter les aidants maltraitants (Nahmiasch et Reis, 2000). Cela peut aussi l'amener à identifier des situations qui pourraient être potentiellement maltraitantes, alors qu'il s'agit d'un facteur ne contribuant pas nécessairement à

la situation de maltraitance (Reis et Nahmiash 1998a).

6.6.3. Approche féministe

Plus récemment, l'approche féministe a été appliquée au champ de la maltraitance envers les aînés (Cohen-Lithwick, 2003; Montminy, 2005), où les notions de genre et de pouvoir seraient les causes de cette violence familiale (Cohen-Lithwick, 2003). Ainsi, l'abuseur exercerait un plus grand pouvoir et contrôle sur la personne qu'il maltraite (Straka et Montminy, 2008) en raison de la socialisation des genres qui est maintenue par les construits sociaux et intériorisées par les deux sexes (Straka et Montminy, 2006). Appliquée à la violence conjugale au sein des couples âgés, cette théorie permet de comprendre la façon dont les dynamiques de pouvoir et de contrôle peuvent évoluer au grand âge (Straka et Montminy, 2008) malgré les pertes cognitives ou les pertes d'autonomie physique du conjoint qui maltraite (Gravel et al., 1997).

Selon cette approche, les dynamiques de pouvoir et de contrôle exerçaient donc un rôle majeur dans les situations de violence entre conjoints âgés, mais également dans presque toutes les formes de maltraitance commise envers les aînés. Il s'avère donc essentiel que l'intervenant comprenne ces dynamiques pour éviter de blâmer inutilement l'aîné maltraité, de mal cerner les causes de ces situations, de faire des interventions inappropriées et, dans le pire des cas, de laisser la personne maltraitée dans une situation dangereuse (Straka et Montminy, 2008). Voir les causes de la maltraitance qu'à travers cette lunette peut faire oublier que ce ne sont pas seulement les femmes qui sont soumises au pouvoir des hommes et qui sont en position de dépendance. Les femmes peuvent également avoir du pouvoir et maltraiter leurs conjoints qui les ont faites souffrir autrefois (Cohen-Lithwick, 2003) ou qui n'ont jamais été violents envers elles.

7. BILAN GÉNÉRAL DE TOUS LES ENJEUX

Tel qu'énoncé précédemment, la lecture des articles scientifiques publiés par des chercheurs québécois sur l'intervention visant à contrer la maltraitance envers les aînés à domicile m'a permis d'identifier vingt enjeux distincts. Étant donné la richesse d'information dont font preuve ces articles, il m'est apparu important de faire un bilan global en excluant les trois enjeux majeurs

qui seront traités en profondeur. Les enjeux reconnus sont variés et touchent tant la personne aînée maltraitée que la personne maltraitante, les professionnels qui interviennent auprès d'elles, les organisations dans lesquelles ceux-ci travaillent ainsi que le contexte social et législatif.

Selon les recherches faites sur la maltraitance envers les aînés, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les personnes maltraitées ou maltraitantes peuvent présenter des facteurs de risque et de vulnérabilité qui sont susceptibles d'accroître la probabilité que ces situations se produisent. Les changements associés au vieillissement sont entre autres l'une des conditions les plus souvent énoncées (Beaulieu et Brunet, 2011; Beaulieu et Spencer, 2001; Nahmias, 1995; Plamondon et Nahmias, 2006; Straka et Montminy, 2006, 2008; Vida, Monks et Des Rosiers, 2002). La dynamique relationnelle présente entre l'aîné maltraité, la personne maltraitante, l'entourage de celles-ci ainsi que les professionnels actifs au dossier peut aussi influencer la présence de situations de maltraitance ainsi que les stratégies d'intervention mises en place pour faire cesser ou réduire l'intensité de ces dernières (Beaulieu, 1992; Beaulieu et Spencer, 2001; Giroux, 2001; Goergen et Beaulieu, 2010; Gravel et al., 1997; Lithwick, Beaulieu, Gravel et Straka, 1999; Matsuoka et al., 2013; Montminy, 2000, 2005; Nahmias, 1995, 2002; Straka et Montminy, 2006, 2008; Vida, 1994).

Certains auteurs ont aussi mentionné que la maltraitance n'est pas toujours l'œuvre d'une personne mal intentionnée envers une autre. Au contraire, un aîné bénéficiant de soins de la part d'un proche aidant peut être maltraité et négligé par de dernier, alors qu'il n'a pas du tout l'intention de lui nuire. Cela s'explique, entre autres, par le fait qu'il ne sait pas comment prodiguer les soins à offrir et qu'il n'a pas les compétences et les ressources nécessaires. Pourtant, les conséquences qui en résultent peuvent lui être très préjudiciables. Dans d'autres cas, la négligence peut être commise de façon intentionnelle de la part du proche aidant en se limitant à une situation particulière ou en se poursuivant dans le temps à travers une gamme de circonstances pouvant, à la limite, entraîner la mort (Goergen et Beaulieu, 2010; Gravel et al., 1997; Sauvageau et Racette, 2006; Straka et Montminy, 2008).

Un autre enjeu soulevé par les chercheurs se rapporte à la peur du crime ou au sentiment d'insécurité lié à la victimisation. Les aînés constituent le groupe de personnes qui serait le plus

inquiet d'être victime de crime. Cette inquiétude s'expliquerait par de nombreux facteurs d'ordre sociodémographique, environnemental, personnel et psychologique. Ainsi, leurs perceptions quant au risque perçu pourraient prédire leurs inquiétudes face au crime et influencer, par le fait même, les comportements qu'ils adopteraient. Par exemple, le fait qu'ils s'isolent par peur d'être victimes d'un acte criminel ou de violence les poussent à adopter des comportements les mettant plus à risque d'être maltraités (L'Espérance, Dubé, Beaulieu, Cousineau et Alain, 2011; Lachance, Beaulieu, Dubé, Cousineau et Paris, 2010).

Par ailleurs, un certain nombre d'enjeux touchent le respect et la protection des droits et des libertés des personnes aînées qui sont en situation de maltraitance. Il s'agit notamment des obstacles liés à la dénonciation de ces situations et des mécanismes de recours existants pouvant être utilisés par elles pour faire valoir leurs droits, pour les protéger et pour que les préjudices dont elles sont la cible soit réparés (Beaulieu, 1992, 2002, 2012b; Beaulieu et Crevier, 2010; Lebel, 2011; Tremblay, 2011). Cela passe aussi par la mise en place de mesures législatives visant la protection des aînés, par l'ouverture de régimes de protection et par la divulgation obligatoire ou non, selon les provinces, des cas de maltraitance qui peuvent être identifiés par certains professionnels (Beaulieu, 2002; Beaulieu et Crevier, 2010; Cohen-Lithwick, 2003; Giroux, 2001; Harbison et al., 2012; Vida, 1994; Wiseman, 2008). Dans le même ordre d'idée, des auteurs mentionnent également que des politiques sociales, des politiques publiques ou des orientations gouvernementales visant à contrer la maltraitance ou à promouvoir la bientraitance cherchent à orienter les services et à promouvoir des pratiques efficaces (Beaulieu, 2002, 2012b; Beaulieu et Crevier, 2010; Beaulieu et Vandal, 1990). Les politiques sociales dans les domaines de l'immigration, de l'emploi/sécurité du revenu, de l'éducation, du logement et de la santé et des services sociaux se fondent sur l'idéologie du familialisme, laquelle suppose que la famille doit être solidaire avec les parents âgés en difficulté en les prenant en charge. Ainsi, la solidarité de la famille remplace les intérêts de la personne qui y ait membre et rend propice l'apparition de situation de maltraitance, particulièrement auprès des femmes aînées immigrantes. Ces politiques doivent donc évoluer afin de rendre ces femmes moins vulnérables face à la maltraitance et de les soutenir dans leur processus de résilience (Matsuoka et al., 2013).

Très peu de chercheurs québécois s'intéressent à la réalité des aînés vivant des réalités

particulières, soit les gais, les lesbiennes et les personnes appartenant à une communauté culturelle. Ceux s'y étant penchés ont souligné que les homosexuels et leur famille éprouvent de la difficulté à accéder aux services de santé et aux services sociaux des établissements publics, mais également des organismes présents dans leur communauté. Ils sont victimes de discrimination, ils passent invisibles aux yeux des intervenants et de la société, ils sont méfiants face aux services qu'ils leur sont proposés et ils éprouvent de la crainte à les utiliser (Brotman et al., 2007; Brotman, Ryan et Cormier, 2003). Quant aux aînés issus d'autres cultures, les enjeux soulevés sont plutôt en termes de tolérance culturelle, de perception face à la maltraitance, de la nécessité d'ajuster les interventions aux attentes et aux besoins de ces aînés (Beaulieu et Brunet, 2011; Nahmias, 2002) et d'approches qui doivent être adaptées aux particularités culturelles et linguistiques (Matsuoka et al., 2013).

Un autre enjeu soulevé par les auteurs québécois touche, cette fois-ci, les valeurs, les positions et les représentations sociales des professionnels. Elles peuvent être en opposition avec celles des personnes impliquées dans la situation de maltraitance, avec celles de l'organisation pour laquelle ils travaillent et avec celles portées par la société. Leur intervention, leur jugement clinique et leur niveau de tolérance face à la situation rencontrée sont donc influencés (Beaulieu, 2004; Beaulieu et Giasson, 2005; Beaulieu et Leclerc, 2006; Lithwick et al., 1999). Dans d'autres circonstances, c'est plutôt l'exercice de l'autonomie professionnelle des intervenants psychosociaux qui s'en trouve réduite en raison de leurs réalités professionnelles et organisationnelles. Par exemple, sous la pression des demandes et des contraintes budgétaires, ils peuvent se voir imposer des modèles d'intervention (Beaulieu et Giasson, 2005). Par ailleurs, des auteurs rapportent que les contraintes et les considérations organisationnelles peuvent influencer l'efficacité des interventions psychosociales envers les aînés maltraités (Beaulieu, 2004; Beaulieu et Giasson, 2005; Giasson et Beaulieu, 2004).

Un seul auteur fait mention du non-traitement de la douleur comme étant une forme de violence en gériatrie. Cette négligence qui contribue à la victimisation des aînés est étroitement liée aux comportements et aux attitudes qui ne sont pas adoptés par les professionnels et par la société en termes de reconnaissance et de soulagement de la douleur. Les conséquences pour la personne qui la subit sont importantes (Plamondon, 2000).

La question intergénérationnelle est également posée comme un enjeu de la pratique par la dynamique des rapports entre les individus, par les représentations âgistes des professionnels (Beaulieu et Brunet, 2011) et par la solidarité intergénérationnelle (Beaulieu et Brunet, 2011; Beaulieu et Vandal, 1990; Lévesque et Beaulieu, 2011). Les relations entre les générations qui sont favorisées permettent de lutter contre l'âgisme dont les aînés sont la cible (Lévesque et Beaulieu, 2011). L'âgisme peut entraîner des conséquences néfastes au niveau juridique, politique, économique, social et personnel (Beaulieu et Spencer, 2001; Cohen-Lithwick, 2003; Lévesque et Beaulieu, 2011) qui sont davantage marquées pour certains individus, tels les femmes plus âgées, les aînés vulnérables, (Plamondon, 2009), les gais et les lesbiennes (Brotman et al., 2003). L'adoption de comportements âgistes de la part de toute personne envers les aînés est le symptôme d'une société malade qui peut les amener à être privés de leurs droits et à être maltraités (Pellissier, 2009; Tremblay, 2011).

Pour terminer, plusieurs chercheurs concluent leurs articles en énonçant que la formation adéquate des divers professionnels intervenant auprès des aînés vivant à domicile est un enjeu important pour lutter plus efficacement contre la maltraitance. Les thématiques identifiées touchent, entre autres, le processus normal du vieillissement, la prévention, l'identification, l'intervention, le suivi (Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011; Beaulieu et Vandal, 1990; Giasson et Beaulieu, 2004; Goergen et Beaulieu, 2010; Lévesque et Beaulieu, 2011; Lithwick, 1992; Lithwick et al., 1999; Nahmias, 1995; Vetere, 2011) et les personnes aînées immigrantes, notamment les femmes (Matsuoka et al., 2013). Cela demande de la part des organisations de mettre en place les conditions nécessaires pour maximiser l'implantation de programmes de formation et pour bonifier les changements de pratique (Brunet et Beaulieu, 2011). Les intervenants doivent aussi pouvoir bénéficier d'une formation intra et interdisciplinaire pour améliorer leur pratique (Beaulieu et Brunet, 2011). Les connaissances professionnelles acquises par la pratique auprès des aînés maltraités peuvent également être transférables à la vie personnelle des intervenants psychosociaux (Beaulieu, 2004). Une meilleure formation leur assure ainsi une meilleure compréhension et évaluation du contexte d'aide dans lequel ils sont amenés à intervenir (Nahmias, 1995).

8. ANALYSE EN PROFONDEUR DES TROIS ENJEUX MAJEURS

8.1. Dilemmes éthiques et psychosociaux en intervention

Le premier enjeu que je décrirai et sur lequel je porterai une réflexion plus poussée touche les dilemmes éthiques et psychosociaux en intervention auprès des aînés maltraités à domicile. Certains auteurs québécois ayant écrits des articles sur ce sujet ont souligné que les intervenants psychosociaux se heurtent à des défis et à des difficultés dans leur pratique quant à l'exercice de leur jugement clinique et à la prise de décision éthique (Beaulieu et Giasson, 2005; Beaulieu et Leclerc, 2006; Giasson et Beaulieu, 2004). La chercheure Marie Beaulieu est d'ailleurs celle s'étant le plus penché sur cette question au Québec. En quoi consiste le processus d'intervention psychosociale auprès des aînés maltraités? Quels sont les enjeux éthiques et psychosociaux soulevés par l'intervention en contexte de maltraitance envers les aînés? Quels sont les impacts de ces dilemmes pour la pratique des intervenants œuvrant auprès d'eux? Quelles recommandations les auteurs énoncent-ils pour favoriser l'efficacité des interventions psychosociales auprès de ces personnes?

8.1.1. *Processus d'intervention psychosociale*

L'intervention psychosociale auprès des aînés maltraités est une pratique professionnelle complexe où les intervenants des organismes publics ou communautaires jouent un rôle essentiel en termes d'identification, d'évaluation, d'intervention et de suivi (Beaulieu et Giasson, 2005; Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011; Giasson et Beaulieu, 2004). Ils doivent adopter une approche psychosociale spécifique où plusieurs éléments doivent être pris en compte. Pour mieux comprendre cette pratique et les enjeux qui en découlent, il m'apparaît nécessaire de faire un bref survol des étapes qui constituent cette approche et des types d'intervention à privilégier selon la situation de maltraitance rencontrée.

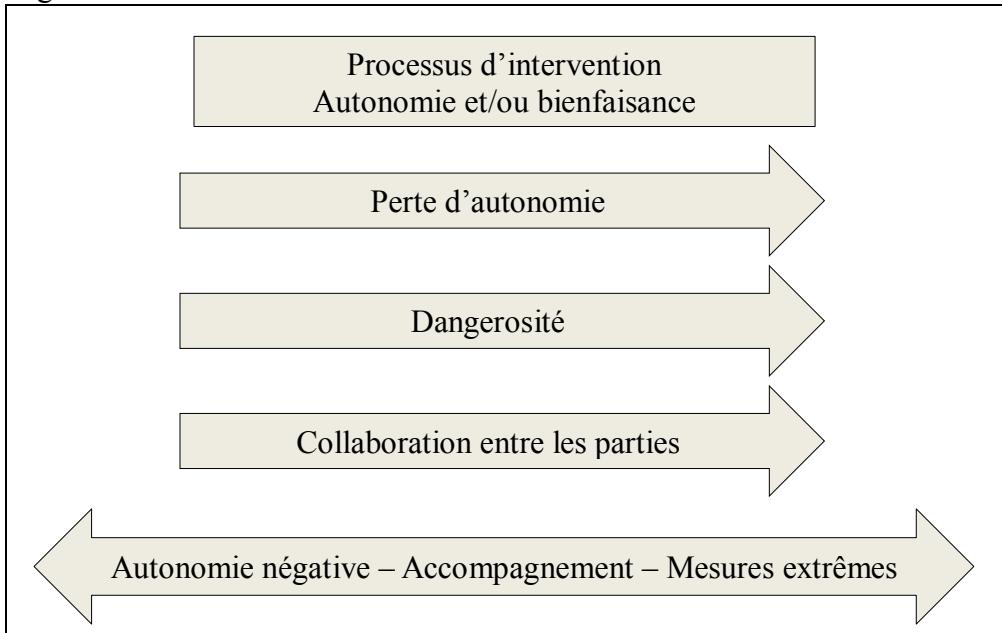
En contexte de maltraitance envers les aînés, les intervenants doivent adopter une intervention psychosociale appropriée qui assure la prise en charge clinique de ces situations, laquelle comporte cinq étapes interrelées. D'abord, ils doivent pouvoir reconnaître les situations de

maltraitance qu'ils rencontrent à l'aide d'outils d'identification validés. Ensuite, ils doivent être en mesure d'évaluer les signes et les facteurs de risque associés en assurant la confidentialité des informations transmises et en suivant le rythme de la personne concernée. Ils doivent également planifier les actions nécessaires pour assurer le respect de l'autonomie des aînés maltraités et pour promouvoir leur sécurité. Aussi, ils doivent être en mesure de mettre en place des services coordonnés (Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011), des procédures et des recours aux plans législatif, médical, social (Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011; Lithwick et al., 1999; Nahmiash et Reis, 2000), psychologique, éducatif et préventif auprès de la personne maltraitée et maltraitante. Enfin, ils doivent assurer un suivi des interventions faites auprès des aînés en évaluant l'efficacité de celles-ci, en réévaluant leurs besoins et en surveillant l'évolution des situations de maltraitance pour prévenir les récidives (Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011).

Le processus d'intervention psychosociale en contexte de maltraitance envers les aînés peut se décrire en trois scénarios distincts se situant sur un continuum commençant avec la suspension de suivi (autonomie négative), passant par l'accompagnement et se terminant avec des interventions visant plus de protection (mesures extrêmes) (Giasson et Beaulieu, 2004; Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011). Ainsi, la suspension de suivi est présente lorsque l'aîné maltraité refuse l'intervention, l'aide et les services offerts parce qu'il a des réticences face à ceux-ci. L'intervenant doit donc accepter la décision et se retirer du dossier pour le volet maltraitance. Dans le cas de l'accompagnement, il s'agit du scénario idéal en intervention. Cependant, les décisions doivent être prises graduellement en fonction de l'évaluation de la situation et de la relation de confiance qui existe entre l'intervenant, l'aîné maltraité et la personne maltraitante. Quant à l'intervention visant plus de protection, l'intervenant cherche à appliquer des lois, des recours, des procédures légales dans un court laps de temps, et ce, parfois sans le consentement complet de l'aîné maltraité et sans la participation complète de la personne maltraitante (Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011). Sur quoi dépend précisément le choix du type de pratique? Si l'on se fie à certains auteurs, l'intervention est liée à l'évolution de trois variables, soit la perte d'autonomie de l'aîné, la dangerosité de la situation de maltraitance et la collaboration entre l'aîné maltraité, la personne maltraitante et l'intervenant (Figure 1) (Beaulieu et Leclerc, 2006). Aussi, le choix du scénario repose sur l'aptitude de l'aîné maltraité, sur sa capacité à se prendre en charge et à défendre ses droits ainsi que sur le fait

d'accepter ou non une aide, un accompagnement (Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011). Bien que la réponse à cette question paraisse en soi fort simple, elle ne l'est pas forcément dans la pratique. En fait, l'intervenant peut être appelé à conjuguer avec des incertitudes et des conditions qui peuvent progresser lentement ou rapidement selon les circonstances. Ainsi, le changement ou la détérioration de l'une ou l'autre de ces variables peut l'amener à modifier son processus d'intervention mis en place (Beaulieu et Leclerc, 2006), et ce, parfois de façon précipitée.

Figure 1 : Processus d'intervention



Source : Beaulieu et Leclerc (2006), traduction libre

8.1.2. Enjeux éthiques et psychosociaux

Au cours de leur pratique auprès des aînés maltraités, les intervenants psychosociaux sont confrontés à des enjeux et à des dilemmes éthiques et cliniques difficiles à résoudre qui entraînent certains malaises, des sentiments d'impuissance et des insatisfactions quant à leur pratique et aux résultats qu'ils y obtiennent (Beaulieu et Giasson, 2005; Beaulieu et Leclerc, 2006; Giasson et Beaulieu, 2004). Ces enjeux peuvent être rencontrés aux différentes étapes du processus d'intervention, que ce soit lors de l'identification des cas de maltraitance, de leur évaluation ou de l'intervention en tant que telle (Giasson et Beaulieu, 2004).

Avant de décrire plus en profondeur les enjeux éthiques et psychosociaux que soulèvent l'intervention en contexte de maltraitance envers les aînés, sur quels principes éthiques les auteurs s'appuient-ils pour expliquer ces dilemmes (Beaulieu et Leclerc, 2006; Canuel, Couturier et Beaulieu, 2010; Giasson et Beaulieu, 2004) et pour comprendre la façon dont les intervenants se questionnent et réfléchissent sur le sens de leur orientation, sur leurs actions et sur la finalité de leur agir (Giasson et Beaulieu, 2004)? Les valeurs mises de l'avant en intervention sont le respect de l'autonomie de la personne (autodétermination) qui renvoie à une prise de décision favorisant le respect des droits, de l'indépendance, de l'intimité et de la liberté quant à ses opinions, ses choix et ses actions (Giasson et Beaulieu, 2004) en accord avec ses valeurs et ses croyances (Beaulieu, n.d.). Le principe de bienfaisance, qui est associé à la protection de la personne, réfère plutôt à une obligation morale d'agir pour le bénéfice de celle-ci (Beaulieu, n.d.; Beaulieu et Leclerc, 2006; Giasson et Beaulieu, 2004) en minimisant les torts et en maximisant les bénéfices pour elle (Beaulieu, n.d.; Beaulieu et Leclerc, 2006). La non-malfaisance cherche à éviter que la personne soit exposée à des risques qui pourraient lui causer du tort (Beaulieu, n.d.; Giasson et Beaulieu, 2004), alors que le principe de justice vise l'équité en répondant à leurs besoins sans discrimination et avec impartialité (Beaulieu, n.d.; Beaulieu et Leclerc, 2006). Les valeurs ne sont pas en concurrence les unes avec les autres en intervention, mais elles tentent plutôt de se compléter. Pourtant, certains auteurs soulignent que les intervenants sont davantage préoccupés par le respect de l'autonomie de l'aîné maltraité et par sa protection, et ce, en étant constamment soucieux de l'atteinte d'un équilibre entre celles-ci (Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011).

Les auteurs québécois, qui se sont penchés sur les enjeux éthiques et psychosociaux en intervention auprès des aînés maltraités, les ont surtout abordés suivant le type de scénario possible : la suspension de suivi, l'accompagnement et les interventions visant plus de protection. Le tableau suivant fait d'ailleurs état des principaux enjeux rencontrés par les intervenants selon la pratique d'intervention psychosociale (tableau 1) (Beaulieu, 2010; Beaulieu et Leclerc, 2006; Giasson et Beaulieu, 2004).

Tableau 1 : Enjeux éthiques et psychosociaux soulevés selon le continuum des pratiques d'intervention psychosociale

Suspension de suivi
<ul style="list-style-type: none"> - Éprouver un malaise lorsque l'aîné résiste ou refuse les services et lorsque des doutes subsistent sur ses capacités ou sur son autonomie cognitive - Être conscient qu'il existe un certain niveau de risque qui peut s'aggraver avec le temps - Suspendre trop rapidement l'intervention ou sans une réflexion en profondeur du fait que l'aîné maltraité est autonome, apte et qu'il peut faire un choix libre et éclairé - Se questionner si cela provient d'un manque de soutien administratif, du mandat organisationnel, de l'organisation des services (contexte volontaire pour une demande d'aide), du manque de temps, de la surcharge de travail et de l'alourdissement de la clientèle - S'interroger sur la qualité et la profondeur de l'analyse de la situation - Ressentir un conflit de valeur (autonomie/bienfaisance) - Éprouver un sentiment d'impuissance, de démission, de retrait, de déni, mettant fin à l'intervention - Avoir un manque de formation, de sensibilisation et de supervision - Abandonner l'aîné maltraité à lui-même
Accompagnement
<ul style="list-style-type: none"> - Respecter le rythme de l'aîné - Obtenir le consentement de l'aîné - Ressentir un malaise lié au respect de l'autonomie de l'aîné - Accepter que l'intervention prenne beaucoup de temps - Demeurer vigilant face à l'évolution de la situation - S'assurer qu'il y ait un processus d'évaluation psychosociale constante (urgence, dangerosité, vulnérabilité, autonomie, pertes cognitives, etc.) - S'assurer du maintien de l'équilibre entre le respect de l'autonomie et le souci de protection - Créer et maintenir une alliance et une relation de confiance avec l'aîné maltraité et la personne maltraitante - S'attendre à ce que l'aîné maltraité s'interroge sur les contacts qu'on a avec ses proches, avec la personne maltraitante - Être conscient que l'intervention nécessite des outils adéquats, des grilles d'évaluation et des lignes directrices pour se sentir en sécurité et pour se sentir soutenu dans le processus de prise de décision - Accepter et tolérer une situation présentant certains risques qui sont moindres que les conséquences négatives d'une intervention radicale
Interventions visant plus de protection
<ul style="list-style-type: none"> - Protéger les aînés les plus vulnérables et les plus à risque d'être maltraités en intervenant de façon intrusive et contre leur gré - Se questionner sur le tort causé à l'aîné maltraité par nos actions - Être confronté à une crise, à une hospitalisation et à un changement majeur de la situation - Devoir œuvrer à l'intérieur d'un cadre organisationnel en se conformant aux mandats et aux responsabilités spécifiques - Subir les pressions des collègues, de l'entourage de l'aîné maltraité ou de la société - S'exposer aux menaces de la personne maltraitante - Être conscient que la relation avec l'aîné maltraité et la personne maltraitante puisse se détériorer

- Se questionner si les limites de la pratique découlent de la lourdeur administrative
- Vivre des sentiments négatifs (stress, impression d'être coincé, impuissance, déception, etc.)
- Être confronté aux limites de son autonomie professionnelle
- Avoir un manque de soutien clinique
- Continuer de respecter l'autonomie de l'aîné maltraité dans un contexte de prise en charge

Ici, mon intention n'est pas de discuter des enjeux d'après les scénarios d'intervention, mais bien d'expliquer ceux qui me semblent les plus importants à retenir pour ma pratique future et qui sont souvent énoncés par les chercheurs et par les intervenants psychosociaux. Il s'agit des sept enjeux suivants : les valeurs et les pré-construits des intervenants, la conception de la maltraitance envers les aînés, l'aptitude ou inaptitude de l'aîné maltraité, l'équilibration des valeurs entre le respect de l'autodétermination ou de la bienfaisance de l'aîné maltraité, la confidentialité et la collaboration en intervention, le contexte organisationnel de la pratique et les compétences professionnelles des intervenants.

Le premier enjeu en intervention renvoie à la capacité de l'intervenant à reconnaître ses propres valeurs et à les mettre en perspective avec celles de l'aîné maltraité (Beaulieu, 2006). Pour cela, il est important qu'il puisse réfléchir et remettre en question les valeurs qu'il prône en intervention afin de respecter, de prendre en considération et d'agir en conformité avec celles de l'aîné (Beaulieu et Leclerc, 2006). Cet enjeu soulève plusieurs questions. Le fait que l'intervenant mette de l'avant ses propres valeurs lors de l'identification et de l'évaluation de situations de maltraitance serait-il sans conséquence pour les personnes aînées maltraitées? Se pourrait-il que ses jugements de valeur inappropriés soient néfastes pour elles? Ses valeurs ne risquent-elles pas de l'amener à juger de ce qui est bien et de ce qui est mal? Ses perceptions et ses positions quant à l'intentionnalité des gestes commis plutôt qu'à leurs conséquences ne risquent-elles pas d'influencer la justification de son intervention (Lithwick et al., 1999)? Ses valeurs ne risquent-elles pas d'influencer ses choix, ses décisions et son droit d'intervenir (Beaulieu et Spencer, 2001) au détriment du respect de l'autodétermination de la personne concernée? Toutefois, il n'y a pas que l'interrelation des valeurs de l'intervenant et de l'aîné qui complexifie le processus d'intervention psychosociale et la prise de décision éthique, mais également celles de la personne maltraitante et de l'organisation pour laquelle il travaille (Beaulieu et Giasson, 2005; Giasson et Beaulieu et, 2004).

Chaque intervenant doit également se positionner sur ses pré-constructions, c'est-à-dire sur ses connaissances, ses stéréotypes (Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011), ses représentations (Beaulieu et Leclerc, 2006) et ses émotions (Beaulieu, 2006) aux sujets des aînés, de la maltraitance (Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011) et de son expertise dans le domaine. Une prise en compte inadéquate de l'un ou l'autre de ces éléments peut avoir pour conséquence de générer chez lui des sentiments de détresse, d'échec, de culpabilité, d'inefficacité (Beaulieu et Leclerc, 2006) ou d'impuissance. L'adoption de telles croyances peut paralyser son intervention (Beaulieu, 2006) et l'amener à adopter une position de neutralité ou de distanciation (Beaulieu, 2006; Beaulieu et Leclerc, 2006) pouvant le conduire à l'inaction et le pousser à attendre que la situation évolue au lieu d'intervenir de façon proactive (Beaulieu et Leclerc, 2006). Le risque associé à ces sentiments désespérants c'est qu'ils puissent entraîner un contre-transfert, faisant ainsi dire à l'intervenant que l'aîné refuse ou résiste à l'intervention qu'il lui propose, alors que c'est plutôt lui qui ne désire pas s'y investir (Beaulieu, 2006; Beaulieu et Leclerc, 2006).

Le second enjeu touche la conception de la responsabilité de la maltraitance envers les aînés. Qui a la responsabilité d'agir auprès d'eux? S'agit-il d'une problématique sociale ou d'un enjeu familial (Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011), d'une responsabilité individuelle ou collective (Belzile, Beaulieu, Berg et Respect Seniors, 2013)? Quelles sont les responsabilités des familles, des intervenants, des organismes communautaires ou des organismes publics envers eux? S'il s'agit des familles, se pourrait-il que la maltraitance des aînés s'explique en partie par la charge de travail que cela demande aux familles de supporter un membre aîné en perte d'autonomie (Beaulieu et Dubuc, 2004)? Ont-elles les outils et les moyens pour offrir l'aide et les soins nécessaires à leurs aînés (Nahmias, 1995)? Sont-elles soutenues et peuvent-elles compter sur des ressources disponibles pour éviter que les soins qu'elles leur prodiguent ne deviennent un fardeau pour elles? Si les familles décident de prendre la responsabilité de l'aide à fournir à leurs parents vieillissants, dans quel but le font-elles? Est-ce par principe moral ou plutôt par principe juridique (Beaulieu et Leclerc, 2006)? Lorsqu'elles sollicitent l'aide de l'État, le font-elles pour assurer plus de sécurité à leurs proches ou bien pour respecter, préserver et renforcer leur autonomie et leur liberté en réduisant les contraintes possibles (Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Spencer, 2001)? Les relations que les familles entretiennent avec leurs aînés le

sont-elles dans le but de les influencer, de les contrôler ou de se soucier d'eux (Beaulieu et Spencer, 2001)? Si la responsabilité des aînés relève plutôt de l'État, a-t-il des ressources disponibles suffisantes pour assurer leur bien-être et la qualité des interventions faites auprès d'eux? La pénurie de ressources et le manque de temps alloué à chaque situation ne risquent-ils pas de forcer les intervenants à référer les aînés maltraités de services en services et à les orienter dans plusieurs directions, créant ainsi des tensions (Beaulieu et Dubuc, 2004; Beaulieu et Leclerc, 2006)? Les intervenants ont-ils le devoir social de protéger les aînés les plus vulnérables (Beaulieu et Giasson, 2005) ou, au contraire, doivent-ils respecter leur autonomie en renforçant leur pouvoir d'agir (Giasson et Beaulieu, 2004)?

Le troisième enjeu éthique important dans la pratique concerne la question de l'aptitude ou de l'inaptitude de l'aîné maltraité à prendre des décisions éclairées quant à sa situation (Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011; Beaulieu et Spencer, 2001; Canuel et al., 2010; Giasson et Beaulieu, 2004). Ici, l'intervenant doit évaluer les capacités de l'individu à prendre ses propres décisions et à se prendre en charge (Giasson et Beaulieu, 2004), ce qui soulève, entre autres, la question de l'exercice de l'autonomie. Cette intrusion dans la vie privée de l'aîné, de la part du professionnel, pose la question suivante : est-ce que toutes les personnes aînées présentent des incapacités (Beaulieu et Leclerc, 2006) et sont, en fait, inaptes en raison des déficits fonctionnels qu'elles ont (Canuel et al., 2010)? Bien sûr que non et d'où la nécessité pour ce dernier de bien évaluer la cognition de l'aîné. Il ne faut pas oublier que, même si la personne présente des capacités cognitives altérées, cela ne veut pas dire qu'elle ne puisse plus prendre de décisions sur sa vie ou donner son consentement sur certaines choses.

Les personnes vieillissantes au sein de notre société sont souvent considérées comme étant un groupe d'individus à risque d'être exploités et ayant besoin de protection. Cette perception quant à leur vulnérabilité remet en cause leurs compétences à décider par elles-mêmes, qu'elles aient ou non une perte de leur capacité cognitive, petite ou grande. Pourtant, il n'en est rien et cette façon de faire ou de penser doit être remise en question (Beaulieu et Spencer, 2001). Les intervenants doivent plutôt adopter une attitude de présomption quant à l'aptitude des aînés à prendre des décisions, mais ils doivent toujours demeurer vigilants, sachant que les risques d'avoir des pertes cognitives augmentent avec l'âge (Beaulieu et Leclerc, 2006).

Dans les cas où la personne aînée maltraitée est tout à fait apte et qu'elle refuse les services qui lui sont proposés, l'intervenant doit considérer qu'elle exprime un consentement éclairé et qu'elle exerce son autonomie active (Beaulieu, 2006; Beaulieu et Leclerc, 2006). Il demeure à l'aise avec cette situation et est plus à même de l'accepter facilement tant qu'elle a la capacité de décider par elle-même. Dans ce contexte, le refus ne doit pas pour autant justifier l'arrêt complet des services pouvant lui être offerts. Cependant, l'inquiétude se fait sentir lorsque des doutes subsistent quant à son autonomie cognitive. Comprend-t-elle les risques et les conséquences que ce refus de services et d'aide peut causer (Beaulieu et Leclerc, 2006)? Dans la négative, l'intervenant peut considérer, après une évaluation psychosociale complète, que la personne est inapte à communiquer un choix éclairé, à comprendre l'information pertinente, à apprécier une situation et ses impacts et à utiliser l'information de façon rationnelle (Canuel et al., 2010). Dans un tel cas, il peut alors décider de protéger ses biens, de la protéger contre elle-même ou contre des torts qu'elle pourrait causer à autrui (Beaulieu, 2006) en s'assurant d'un régime de protection ou que d'autres mesures visant à la protéger soient mises en place, et ce, en préservant le plus possible sa vie privée. La situation qui génère le plus de doute et de maladresse dans la pratique est sans contredit celle où l'inaptitude n'est pas clairement établie, que l'aptitude semble partielle. Une évaluation en profondeur doit donc être faite ainsi que des suivis périodiques et des examens afin de suivre l'évolution des capacités physiques et cognitives de l'aîné maltraité, justifiant, si nécessaire, la mise en place de mesures plus soutenues (Beaulieu et Leclerc, 2006). En réalité, quelle que soit la situation rencontrée, le seul fait qu'un aîné prenne des décisions inadéquates risque qu'il soit considéré incapable de faire des choix éclairés, justifiant, semble-t-il, sa prise en charge pour mieux assurer ses intérêts. Un jeune adulte prenant des décisions tout autant inappropriées que celles de l'aîné sera-t-il contraint de perdre une partie de son autodétermination comme c'est le cas pour ce dernier (Beaulieu et Spencer, 2001)?

Le quatrième enjeu en intervention auprès des aînés maltraités touche l'équilibration des valeurs entre le respect de leur autodétermination et la nécessité de les protéger (Beaulieu et Crevier, 2010; Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011; Giasson et Beaulieu, 2004; Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009). L'intervenant doit-il avant tout respecter l'autonomie de l'aîné ou, au contraire, mettre en avant le principe de bienveillance qui peut aller jusqu'à le

protéger contre son gré (Beaulieu, 2006)? Bien que ce questionnement semble mettre en opposition ces valeurs l'une au détriment de l'autre, elles ne le sont jamais. Elles sont plutôt présentes avec une intensité différente. Le choix de celle à privilégier peut dépendre de la vulnérabilité de l'aîné maltraité, de ses capacités aux plans physique et cognitif, des risques qu'il encoure et des décisions prises par l'intervenant psychosocial (Giasson et Beaulieu, 2004).

Selon le scénario d'intervention choisi, l'intervenant est à la quête d'un juste équilibre entre ces valeurs, lesquelles oscillent et se chevauchent continuellement à travers son processus de prise de décision (Giasson et Beaulieu, 2004). Lorsque l'aîné maltraité refuse les services offerts, l'intervenant peut décider de suspendre le suivi de l'intervention auprès de celui-ci, car il considère que son autonomie passe avant tout. Il a le souci d'influencer le moins possible son choix (Beaulieu, 2010; Beaulieu et Leclerc, 2006) et il veut lui permettre de se prendre en main, à moins qu'un danger imminent se présente (Beaulieu, 2010). Cette pratique peut soulever certaines questions éthiques (Beaulieu et Leclerc, 2006). En fait, il ne s'agit pas, sous prétexte de respecter l'autonomie de la personne, d'exercer une autonomie négative, qui consiste à ne pas s'opposer à ses choix et à ses actions (Giasson et Beaulieu, 2004). Une telle attitude risquerait d'amener l'intervenant à se détacher trop rapidement de la situation ou bien à ne pas s'investir suffisamment dans une relation d'aide, pour seul prétexte que son autonomie doit être respectée (Bergeron Patenaude, 2010). Au contraire, il doit exercer une autonomie positive pour lui assurer une aide adéquate favorisant son plein épanouissement (Giasson et Beaulieu, 2004). Pour cela, il doit s'assurer de l'accompagner tout au long de l'évolution de la situation de maltraitance (Beaulieu, 2010) en respectant son autonomie et en demeurant vigilant en ce qui concerne son besoin d'être protégé (Beaulieu et Leclerc, 2006), car il est conscient que la situation demeure potentiellement à risque. Lorsqu'une intervention visant plus de protection est favorisée en raison de la dangerosité de la situation, de la sécurité de l'aîné maltraité qui est compromise et de son inaptitude (Beaulieu, 2010), l'intervenant a le souci de continuer à respecter son autonomie. Cependant, il doit aussi conjuguer avec ce qui est le mieux pour celui-ci, même si cela lui demande de faire prévaloir, en dernier recours, le besoin de protection (Beaulieu et Leclerc, 2006).

Le cinquième enjeu se rapporte aux règles et aux normes de pratique qui régissent la

confidentialité et le partage des informations entre les professionnels, entre les organisations ou entre les services impliqués auprès de l'aîné maltraité (Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011). Ainsi, leur collaboration et leur coopération au cours du processus d'intervention suggèrent le partage d'informations confidentielles entre les intervenants, lequel suscite un dilemme éthique souvent rapporté. Cet enjeu soulève plusieurs questions : Dans quelles situations le professionnel doit-il obtenir le consentement de l'aîné maltraité pour communiquer des informations le concernant? Comment s'assurer que le respect de la confidentialité de ses renseignements personnels ne légitime pas l'inaction des personnes ou des organisations concernées? Comment s'assurer que la restriction à la divulgation d'information n'entrave pas l'intervention privilégiée? De quelle façon est-il possible de prioriser la collaboration souhaitée afin d'éviter que des interventions visant plus de sécurité ne soient mises en place, au détriment des aînés maltraités, ou que les interventions soient suspendues, les rendant ainsi plus à risque de maltraitance (Beaulieu Leclerc, 2006)?

Le sixième enjeu réfère au contexte organisationnel de la pratique où de nombreuses embûches et limites peuvent être rencontrées lorsqu'il est question d'examiner soigneusement les dilemmes éthiques (Beaulieu, 2006; Beaulieu et Giasson, 2005). Il s'agit notamment du manque de soutien clinique et professionnel, de l'absence de lieux permettant de mener des discussions éthiques, de l'insuffisance de ressources humaines et financières en termes de temps et de services disponibles, du manque de collaboration interdisciplinaire et de la présence d'un climat de travail menaçant. Dans un tel contexte de pratique, les intervenants peuvent-ils exercer leur autonomie professionnelle et leur jugement clinique au sein de leur organisation quand il s'agit de faire face à une situation de maltraitance inacceptable et d'entreprendre les meilleures actions dans l'intérêt de l'aîné maltraité? Pas nécessairement, car ils sont fortement influencés par les exigences de leur organisation lorsqu'ils exercent leur jugement éthique et leur réponse s'en trouve façonnée par la philosophie qu'elle préconise (Beaulieu et Giasson, 2005). Les transformations organisationnelles déterminent les pratiques de lutte contre la maltraitance des professionnels en leur attribuant souvent les succès et les échecs des interventions qu'ils mettent en place, en faisant fi du cadre dans lequel ils doivent prendre leurs décisions (Belzile et al., 2013).

Le septième enjeu porte sur les compétences professionnelles des intervenants qui peuvent être

définies comme étant la capacité d'arbitrer les circonstances et d'adapter son agir, en conférant à son action une dimension humaine, réfléchie et adaptative qui va au-delà de la tâche prévue ou du monde opératoire connu (Belzile et al., 2013). Elles sont aussi liées à certains facteurs intrinsèques pouvant influencer leur processus de prise de décision. Leur manque de créativité professionnelle, leurs sentiments négatifs face à la maltraitance (Giasson et Beaulieu, 2004) et leur manque de confiance en soi quant à leurs habiletés à définir et à identifier ces situations peuvent nuire à l'évaluation de celles-ci et, conséquemment, à leur signalement (Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011). Les incertitudes et les zones grises associées à l'évaluation psychosociale des aînés maltraités créent donc un malaise éthique et un sentiment d'impuissance pouvant influencer négativement l'anticipation des actions à poser au cours du processus d'intervention (Giasson et Beaulieu, 2004). Cela peut également amener les intervenants à se questionner sur la façon dont ils peuvent intervenir sans s'imposer, c'est-à-dire en respectant l'autonomie de l'aîné maltraité (Beaulieu et Giasson, 2005; Belzile et al., 2013; Giasson et Beaulieu, 2004). Considérant cela, ils doivent pouvoir compter sur des programmes de formation accordant une grande importance aux questions éthiques et déontologiques reliées à leur pratique (Beaulieu et Giasson, 2005) afin qu'ils puissent bien saisir les enjeux d'intervention et le processus réflexif qui doit être soutenu (Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011).

8.1.3. Impacts des enjeux éthiques et psychosociaux pour la pratique

Les dilemmes éthiques et psychosociaux rencontrés par les intervenants œuvrant auprès des aînés maltraités ainsi que les valeurs en jeu au cours du processus d'intervention ont des impacts sur leur pratique et sur leur prise de décision. Selon le scénario d'intervention privilégié, les auteurs québécois énoncent diverses pistes de pratique permettant de tenir compte de ces éléments importants, tout en accordant une place centrale au point de vue de l'aîné, et ce, même s'il est dans une situation de grande vulnérabilité ou potentiellement à risque (Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011).

Avant de choisir la pratique à privilégier, l'intervenant doit, au préalable, procéder à une évaluation en profondeur afin de déterminer le plan d'intervention, les valeurs à prioriser et le positionnement sur les mesures à prendre. Pour cela, il doit tracer l'histoire de vie de l'aîné

maltraité, il doit permettre à toutes les parties concernées d'évoquer leurs valeurs et il doit rencontrer ses proches et son entourage afin d'évaluer son isolement, son réseau social et familial, son attachement à la personne qui le maltraite, les conflits familiaux, les intérêts des individus concernés par la situation, le soutien qu'il a et l'épuisement des proches aidants. Son évaluation doit être progressive car, conscient que la situation puisse se détériorer, il doit suivre son évolution et demeurer vigilant et alerte aux indices de maltraitance possibles avant de décider si une intervention plus proactive est pertinente. À tout moment, l'intervenant doit évaluer si la solution qu'il privilégie représente celle du moindre mal (Giasson et Beaulieu, 2004). Aussi, l'évaluation des besoins doit se faire de façon objective, sans pour autant différer la dimension subjective qui vient questionner la légitimité de l'intervention (Belzile et al., 2013).

L'intervenant qui se retrouve devant un aîné maltraité apte à refuser les services, l'aide et l'accompagnement qui lui sont proposés doit suspendre son suivi en maltraitance (Beaulieu, 2010), car le respect de son autonomie prévaut et le contexte volontaire dans lequel il exerce l'y oblige, à moins qu'un danger imminent menace sa sécurité et son bien-être (Beaulieu et Leclerc, 2006). Dans de telles circonstances, il doit nécessairement suivre certains principes pour s'assurer que sa pratique psychosociale soit la plus adéquate. L'intervenant doit notamment respecter l'aîné dans sa prise de décision en le laissant choisir et en l'informant sur sa situation afin qu'il puisse faire un choix le plus éclairé possible (Beaulieu, 2010). Ceci lui demande de s'adapter aux réponses de ce dernier (Mauriat et al., 2009), de suivre son rythme et son cheminement (Giasson et Beaulieu, 2006). Évidemment, il doit rester conscient que le niveau de risque peut s'aggraver (Beaulieu, n.d.), ce qui lui demande de l'orienter vers des ressources pouvant lui venir en aide (Beaulieu, 2010). En attendant qu'une nouvelle demande soit formulée par l'une ou l'autre des personnes impliquées auprès de l'aîné maltraité, ou par lui-même, il peut, en ayant obtenu au préalable son consentement, échanger des informations pertinentes en maintenant des contacts réguliers avec les acteurs actifs dans le dossier (Beaulieu, 2010). L'intervenant doit également prendre son temps et s'investir dans la relation du mieux qu'il peut (Beaulieu, 2006; Mauriat et al., 2009) pour, qu'éventuellement, il puisse amener l'aîné à accepter les services (Beaulieu, 2006) et lui permettre de reprendre du pouvoir sur sa vie (Giasson et Beaulieu, 2006).

Dans un contexte de refus de services, cela peut susciter plusieurs émotions chez l'intervenant. Il

peut vivre un sentiment d'impuissance, d'angoisse, de découragement, de frustration ou adopter une attitude directive et autoritaire (Beaulieu, 2006; Mauriat et al., 2009). Par moment, il peut ne pas comprendre le sens du refus évoqué par l'aîné maltraité, ses motivations et les circonstances de celui-ci. Le refus peut faire refléter une dissonance entre ses propres valeurs, ses croyances et la décision de l'aîné (Beaulieu, 2006). Il peut également chercher un sens à l'intervention qu'il fait auprès de ce dernier et se demander quels objectifs il doit poursuivre dans une telle situation (Mauriat et al., 2009).

Dans le cas où l'intervenant psychosocial accompagne un aîné vivant une situation de maltraitance, les actions qu'il préconise au cours de son processus d'intervention sont différentes. Puisque le respect de l'autonomie est d'une importance égale à celle de la bienfaisance (Beaulieu, n.d.), il préfère plutôt intervenir de manière proactive en demeurant vigilant face à la situation qui pose un risque (Beaulieu et Leclerc, 2006) et en y assurant une surveillance continue et attentive (Beaulieu, 2010). Il doit donc être prêt à gérer un certain nombre de risques pouvant se présenter, à anticiper les crises potentielles et à prévoir les scénarios de protection les plus adaptés à la situation de l'aîné maltraité (Beaulieu, 2010; Beaulieu et Leclerc, 2006). Il doit également miser sur le compromis, le doigté et la persuasion (Beaulieu, 2006) pour créer et maintenir un lien de confiance et un contact avec celui-ci et son réseau (Beaulieu, 2010; Beaulieu et Leclerc, 2006). Les approches préconisées par l'intervenant visent, entre autres, à responsabiliser et à renforcer le pouvoir d'agir de l'aîné en se centrant sur ses droits (Giasson et Beaulieu, 2004), en promouvant une approche de dé-victimisation et en défendant ses droits. Lorsque cela s'avère souhaitable, il peut aussi mettre en place des mesures de protection civiques, tels que des partenariats avec des organismes communautaires (Beaulieu, 2010). Tout au long de son intervention, il doit informer l'aîné de l'évolution de la situation, il doit l'accompagner et l'aider dans son cheminement quant à ses croyances et à ses attitudes face à la maltraitance. Son rôle consiste aussi à mobiliser son réseau autour de lui afin qu'il soit plus soutenant et à l'élargir (Beaulieu, 2010; Beaulieu et Leclerc, 2006). Il doit, lorsque cela est sécuritaire, travailler tant auprès de la personne maltraitée que de celle qui est maltraitante en adoptant des approches de médiation, d'éducation, d'introspection, de connaissance de soi et de sensibilisation (Beaulieu, 2010). Il a donc l'intention de préserver et d'améliorer sa qualité de vie et son bien-être en respectant ses habitudes de vie et en agissant en continuité avec ses valeurs et sa culture (Giasson et Beaulieu, 2004).

L'intervenant psychosocial peut plutôt recourir à une intervention visant plus de protection lorsque la situation de maltraitance vécue par l'aîné représente un degré de dangerosité important (Beaulieu et Leclerc, 2006). Dans un tel cas, sa pratique lui demande de protéger l'aîné maltraité et d'assurer sa sécurité (Beaulieu et Leclerc, 2006; Giasson et Beaulieu, 2004) en augmentant les services offerts, en mobilisant si possible ses proches et, le cas échéant, en entreprenant divers recours légaux, tels que l'ouverture d'un régime de protection, l'homologation d'un mandat en prévision de l'inaptitude, une ordonnance de Cour, la police, la CDPDJ, le divorce, et tous autres accompagnements dans des démarches légales (Beaulieu, 2010) ou dans l'assistance du dépôt d'une plainte (Beaulieu et Leclerc, 2006; Giasson et Beaulieu, 2004). Évidemment, avant d'entamer une quelconque action légale ou procédure formelle en vertu de la loi, l'intervenant doit obtenir son consentement (Beaulieu, 2010). Il peut aussi devoir retirer l'aîné maltraité, ou la personne maltraitante, de son milieu de vie, s'il y a un danger grave et imminent, une perte de son autonomie et une collaboration inadéquate de la part de la famille (Beaulieu, 2010; Beaulieu et Leclerc, 2006). Puisqu'il s'agit d'une situation délicate où l'intrusion dans la vie de l'aîné peut se faire contre son gré (Beaulieu, 2010) en raison de ses pertes cognitives (Giasson et Beaulieu, 2004), il peut s'avérer nécessaire pour l'intervenant d'échanger des informations pertinentes avec les autres personnes impliquées dans le dossier et d'obtenir du soutien de ses supérieurs, de son équipe de travail ou d'autres professionnels (avocat, éthicien, personnel médical) (Beaulieu, 2010).

En résumé, les enjeux éthiques et psychosociaux auxquels l'intervenant doit faire face au cours de son processus d'intervention doivent guider sa pratique afin de la rendre plus efficace. D'ordre général, il s'agit notamment de la création d'une relation de confiance (Beaulieu et Leclerc, 2006; Giasson et Beaulieu, 2004), du maintien de l'unité familiale, de l'inclusion du proche aidant et de l'aîné maltraité dans le plan d'intervention (Giasson et Beaulieu, 2004), de l'offre de soutien individuel à l'aîné maltraité (Nahmias et Reis, 2000) ou au proche aidant pour réduire son anxiété et ses symptômes dépressifs, de l'adoption d'un rôle éducatif et directif de la part de l'intervenant psychosocial (Giasson et Beaulieu, 2004), du renforcement de l'autonomie active de l'aîné maltraité (Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Vandal, 1990; Giasson et Beaulieu, 2004; Lithwick et al., 1999), de l'offre de services de soutien et de soins médicaux comme prétexte à

l'identification et à l'évaluation des situations et des besoins (Giasson et Beaulieu, 2004) ainsi que la mise en place de stratégies favorisant *l'empowerment* des aînés maltraités (Beaulieu et Leclerc, 2006; Giasson et Beaulieu, 2004; Lithwick et al., 1999; Nahmias et Reis, 2000), la défense de leurs droits et *l'advocacy* (Beaulieu et Leclerc, 2006; Giasson et Beaulieu, 2004; Lithwick et al., 1999; Nahmias et Reis, 2000).

8.1.4. Recommandations pour la pratique

Les auteurs québécois qui se sont intéressés aux enjeux éthiques et psychosociaux en intervention psychosociale auprès des aînés maltraités ont soulevés plusieurs recommandations pour faciliter la pratique des intervenants : la collaboration interprofessionnelle avec des acteurs de diverses disciplines (Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011), le travail en partenariat avec différents acteurs de la communauté, la sensibilisation de l'ensemble de la population et l'ajout de ressources humaines et financières, etc. (Beaulieu et Giasson, 2005; Giasson et Beaulieu, 2004). Je me contenterai d'expliquer celles qui me semblent les plus importantes pour moi et le plus souvent rapporté par les chercheurs, soit le besoin de formation, l'implantation d'un programme de formation, le soutien pour favoriser la réflexion éthique et le développement d'outils d'intervention.

Une formation initiale et continue est essentielle pour soutenir les intervenants d'organismes communautaires ou du réseau public des services de santé et des services sociaux afin que leur processus d'intervention auprès des aînés maltraités soit le plus efficace, considérant les nombreux défis qu'ils ont à relever (Beaulieu et Giasson, 2005; Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011; Giasson et Beaulieu, 2004). Entre autres, elle permet à des professionnels, comme les travailleurs sociaux, de mieux comprendre les législations, de favoriser la pratique réflexive et de les amener à partager leurs acquis de formation avec leurs collègues (Brunet et Beaulieu, 2011). Plus précisément, certains auteurs rapportent que le guide de pratique En Mains (ENjeux éthiques, Maltraitance, Aînés, INTervention, Scénarios) représente un outil indispensable pouvant les aider dans leur réflexion éthique relativement à la prise de décision au cours du processus d'intervention en contexte de maltraitance envers les aînés. Accompagné d'un programme de formation, ce guide présente les valeurs en jeu, suggère des

pistes de pratique et fait ressortir les possibles enjeux éthiques et psychosociaux pouvant être rencontrés en intervention dans ces situations (Beaulieu, 2010; Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011; Brunet et Beaulieu, 2011). La formation assure aux intervenants de mettre à jour leurs connaissances concernant cette problématique sociale, d'identifier les dilemmes, de développer une démarche réflexive et éthique et d'accroître leur confiance en soi quant à leurs capacités d'intervention, en favorisant le partage d'expériences ou des questionnements (Brunet et Beaulieu, 2011).

Dans le cadre d'une situation complexe comme la maltraitance envers les aînés, une démarche structurante de planification s'impose pour implanter une formation en milieu de pratique. Il s'agit d'un déterminant organisationnel gagnant. L'implantation d'un programme de formation doit non seulement favoriser le transfert des apprentissages et assurer la pérennité des savoirs acquis, mais il doit promouvoir leur appropriation et leur utilisation à long terme. Pour cela, un cadre rationnel du programme permet d'établir les actions à réaliser et orienter sa mise en œuvre, ainsi qu'un plan de celui-ci, dont le but est de schématiser les actions choisies. Ces étapes essentielles à l'implantation d'un programme permettent ainsi d'en maximiser sa réussite. Il est important de se rappeler qu'il n'y a pas que les gestionnaires qui doivent favoriser la formation dans leurs milieux, les professionnels doivent eux aussi informer leur employeur de leurs besoins de formation et maintenir à jours leurs connaissances (Brunet et Beaulieu, 2011).

Les intervenants confrontés à des dilemmes éthiques et psychosociaux doivent pouvoir compter sur du soutien pour faciliter leur prise de décision. Il peut être apporté par l'équipe interdisciplinaire au sein de laquelle ils travaillent, par les gestionnaires de l'organisation ou par des rencontres régulières de supervision clinique (Beaulieu et Giasson, 2005; Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011; Giasson et Beaulieu, 2004). Cela leur permet de discuter de cas de maltraitance (Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011), de verbaliser leurs impressions sur la situation, d'exprimer ce qu'ils ressentent (Beaulieu et Leclerc, 2006), d'échanger sur leur processus d'intervention (Brunet et Beaulieu, 2011), de favoriser leur réflexion éthique et l'équilibration des différentes valeurs en jeu dans leur pratique (Beaulieu et Giasson, 2005; Giasson et Beaulieu, 2004). Les intervenants qui peuvent bénéficier d'un tel soutien ont ainsi la chance de faire une « analyse dialectique continue entre l'action et la

réflexion » afin de prévenir les possibles « dérapages » quant au besoin de protection et au respect des droits (Beaulieu et Vandal, 1990 : 12).

Pour finir, il s'avère important que divers outils d'intervention fassent l'objet de développement dans les milieux de pratique pour faciliter le travail des intervenants œuvrant auprès des aînés maltraités. Par exemple, l'élaboration de grilles d'identification faciliterait la reconnaissance de situations de maltraitance qui peuvent souvent passer inaperçues (Beaulieu et Leclerc, 2006; Giasson et Beaulieu, 2004). Des grilles d'évaluation psychosociale seraient également essentielles, particulièrement lorsqu'il s'agit d'évaluer efficacement et fidèlement les fonctions cognitives des aînés maltraités. Des protocoles d'intervention, des aide-mémoire (Giasson et Beaulieu, 2004) ainsi que des guides de pratique adaptés à la pratique en contexte de maltraitance font partis des recommandations pour favoriser la prise de décisions éthiques (Beaulieu et Leclerc, 2006).

8.2. Collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle

Le second enjeu sur lequel je ferai une réflexion plus approfondie est la collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés demeurant à domicile. Plusieurs auteurs québécois ayant écrits des articles sur la maltraitance envers les aînés ont évoqué que la collaboration est un moyen efficace pour contrer ce phénomène, mais qu'en est-il exactement? Que signifie la collaboration *inter* et de quelle façon se distingue-t-elle de la collaboration *multi*? Que supposent ces approches? Quels en sont les conditions et les principes? Quels enjeux l'adoption de ces approches soulèvent-elles? Quels impacts ces formes de collaboration peuvent-elles avoir sur la pratique? Quelles pistes les auteurs proposent-ils pour améliorer la pratique dans un contexte de collaboration en intervention auprès des aînés maltraités?

8.2.1. Collaboration inter et collaboration multi

La maltraitance envers les aînés est une problématique sociale complexe qui nécessite l'adoption d'approches différentes en vue de la contrer. Il peut s'agir de la collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle. Que signifient ces différents concepts associés à la notion d'*inter*? La collaboration interprofessionnelle se définit comme étant une

collaboration entre des personnes exerçant différentes professions qui planifient leurs interventions au moyen de divers outils et mécanismes, et ce, en tenant compte du contexte dans lequel celle-ci s'exerce (Fortier, 2003). La collaboration interdisciplinaire réfère plutôt à une action où des personnes de disciplines variées « parviennent conjointement à une vue d'ensemble d'un problème et décident des solutions et interventions, de leur priorité et du partage des rôles et des tâches dans l'action. » (Fortier, 2004 : 4). Quant à la collaboration intersectorielle, elle consiste en une action qui mobilise et engage de façon continue des acteurs issus de différents secteurs d'intervention en vue de mettre en place des actions complémentaires pour agir sur une situation complexe visant à satisfaire d'un commun accord les besoins identifiés (Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2009).

Qu'il s'agisse d'une collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle, elle suppose la présence de différents professionnels provenant de diverses disciplines ou de plusieurs secteurs d'intervention, lesquels s'unissent sur des objectifs et des façons de faire communes (Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2009). Ainsi, les acteurs impliqués sont orientés vers l'atteinte d'une action commune, co-construite, nouvelle et unifiée qui nécessite une ouverture face aux visions des autres et une prise en compte de leurs points de vue (Beaulieu et Brunet, 2011). En d'autres mots, l'une des mesures les plus efficaces relatives à la maltraitance est la collaboration et la coopération entre les divers acteurs d'un même secteur ou de secteurs différents (Beaulieu et Leclerc, 2006) à une ou plusieurs étapes de l'intervention en vue de résoudre des problèmes sur lesquels aucun d'eux ne sont en mesure de trouver de solutions isolément (Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, 2001).

Quant à la notion *multi*, elle se distingue de la notion d'*inter*, car elle réfère plutôt à des acteurs de différentes disciplines qui visent l'atteinte d'un objectif commun sans qu'ils n'entretiennent de relations réciproques, qu'ils ne modifient leur vision des choses et leurs méthodes d'intervention (Rioux, 2011). Ils fonctionnent donc en parallèle et de manière indépendante (Robidoux, 2007) en juxtaposant simplement leurs points de vue (Beaulieu et Brunet, 2011).

8.2.2. Principes et conditions de la collaboration et ses enjeux

Pour qu'une collaboration soit efficace, elle doit respecter un certain nombre de principes et de conditions. Elle soulève également quelques enjeux qui, selon certains auteurs québécois ayant publiés des articles dans le champ de la maltraitance envers les aînés, peuvent s'inscrire à toutes les étapes de l'intervention, que ce soit lors de l'identification des cas, de l'évaluation, de l'intervention comme telle et du suivi (Beaulieu, 2002; Beaulieu et Brunet, 2011; Beaulieu et Leclerc, 2006; Canuel et al., 2010; Giasson et Beaulieu, 2004; Giroux, 2001; Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009; Nahmiash, 1995; Nahmiash et Reis, 2000; Reis et Nahmiash, 1995; Vida, 1994; Yaffe, Wolfson et Lithwick, 2009). Il s'agit, entre autres pour les professionnels de faire preuve d'ouverture face à la différence en contexte de collaboration; de favoriser le partage d'informations en ayant une meilleure compréhension des règles de confidentialité et des limites du secret professionnel; de tendre vers une opinion professionnelle et une intervention commune en équilibrant le respect d'autodétermination et de protection de la personne aînée, et les représentations sociales qui les influencent; et de pouvoir compter sur des ressources humaines accessibles.

La collaboration intersectorielle est une pratique adoptée par le gouvernement québécois dans le cadre de son *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015* afin que les personnes impliquées dans des situations de maltraitance puissent mieux utiliser les services coordonnés qui leur sont dédiés et recevoir l'aide auquel elles peuvent s'attendre (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Cela demande de la part des intervenants de différentes disciplines d'apprendre à travailler ensemble, de s'ouvrir à l'expertise et à la vision des autres pour bâtir une meilleure intervention (Beaulieu et Brunet, 2011; Rioux, 2011). Pour y arriver, ils doivent être confiants dans leur propre identité professionnelle, ils ne doivent pas se sentir menacés et les organisations dans lesquelles ils travaillent doivent collaborer entre elles de façon plus harmonieuse (Beaulieu et Brunet, 2011).

Dans la pratique, pour que la collaboration interprofessionnelle se fasse sans heurts, les professionnels amenés à travailler ensemble doivent être conscients que des divergences de cultures, de pratiques, d'organisation des milieux (Beaulieu et Brunet, 2011) et de points de vue face au besoin de se concerter peuvent être présents (Rioux, 2011). Pour éviter qu'une mauvaise préparation à ces réalités cause des frictions et altère leur collaboration, ils doivent comprendre

les rôles et les responsabilités de chacun des organismes, les buts poursuivis au sein des programmes d'intervention et les stratégies cliniques préconisées (Beaulieu et Brunet, 2011).

Au cours du processus d'intervention, la collaboration entre les divers professionnels concernés ne peut être efficace que si elle favorise le partage d'information au sein d'actions concertées. Un échange d'information minimal entre les intervenants impliqués dans un dossier de maltraitance est central et crucial pour assurer la bienveillance envers les aînés (Beaulieu, 2002), pour établir une stratégie d'intervention valable (CDPDJ, 2001), pour offrir un filet de sécurité et pour éviter que les actions privilégiées ne deviennent trop intrusives (Beaulieu et Leclerc, 2006). Il va sans dire que la rencontre de ces intervenants soulève l'enjeu de la confidentialité et du secret professionnel. Que peuvent-ils dire? Comment peuvent-ils le dire? Jusqu'où doivent-ils révéler certains détails (Beaulieu et Brunet, 2011)? Dans quelle circonstance doivent-ils obtenir le consentement de l'aîné maltraité pour divulguer des informations le concernant (Beaulieu et Leclerc, 2006)? Il est vrai que toute personne a droit au respect du secret professionnel et à la non divulgation de renseignements confidentiels selon l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne* (Gouvernement du Québec, 1975). Le respect de ce droit est fondamental (Beaulieu et Leclerc, 2006), car déroger aux règles de confidentialité peut être l'origine de dérapages, d'abus de confiance et de discrimination. Les professionnels qui interviennent dans des situations de maltraitance peuvent décider de respecter de façon absolue ces règles, entre autres lorsque l'aîné apte refuse de donner l'accès à des informations le concernant, lesquelles sont requises dans le cadre du processus d'intervention. En vue de respecter l'autodétermination de la personne, les intervenants se voient donc contraints d'accepter de tolérer une situation à risque (CDPDJ, 2001). Qu'en est-il si la situation représente un danger pour elle? Bien sûr, ils doivent respecter l'autonomie de l'aîné maltraité, d'autant plus s'il est apte, mais ils doivent aussi, dans des cas extrêmes, accepter de réfléchir et d'opter pour sa protection. Ils peuvent aussi limiter la transmission d'informations en raison des malaises que peuvent leur faire vivre la question de la confidentialité et par peur de sanctions disciplinaires ou de poursuites (Beaulieu et Brunet, 2011).

Quant au secret professionnel, au Québec, plusieurs professionnels intervenant auprès d'aînés maltraités y sont liés par leur code de déontologie. C'est le cas, par exemple, pour les travailleurs sociaux, les médecins, les infirmières, les ergothérapeutes, etc. (Beaulieu et Brunet, 2011; Giroux,

2001). Le Code des professions oblige également les professionnels à préserver le secret de toute information confidentielle pouvant être portée à leur connaissance (Giroux, 2001). Pourtant, ils peuvent divulguer certains renseignements confidentiels qui leur sont révélés pourvu que la personne leur autorise ou qu'une disposition de la loi leur en ordonne ou leur permet (Giroux, 2001; Turmel, 2012). Ils peuvent, tel que stipulé par l'article 60.4 :

communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. (Gouvernement du Québec, 1973 : 38).

En d'autres mots, un professionnel pourrait communiquer des informations personnelles si, sur la base de faits ou en raison de circonstances, il a des motifs de croire qu'un acte de violence grave ou une menace sérieuse pourrait se produire dans le futur et que, par son agissement, il pourrait prévenir qu'une personne ou qu'une catégorie de personnes soit en danger de subir des blessures physiques, mais également psychologiques graves (Turmel, 2012). Dans de telles situations, les seuls renseignements verbaux ou écrits pouvant être divulgués sont ceux nécessaires aux fins poursuivies (Gouvernement du Québec, 1973; Turmel, 2012).

Ici aussi, l'intervenant se retrouve devant un dilemme moral entre choisir de respecter l'autodétermination de la personne ou dénoncer la situation de maltraitance en vue de lui assurer une plus grande sécurité, et ce, en respectant son code de déontologie (Beaulieu et Brunet, 2011). Que ce soit le respect absolu des règles de confidentialité ou du secret professionnel, il ne doit pas devenir un obstacle à l'intervention concertée et servir d'excuse pour légitimer l'inaction (Beaulieu et Leclerc, 2006).

Lorsque l'aîné maltraité présente des incapacités en ce qui a trait à la prise de décision l'amenant à prendre soin adéquatement de lui-même ou à administrer ses biens, il peut, sur le plan juridique, être présumé inapte. Au cours du processus d'intervention, une évaluation de son inaptitude doit être effectuée en se basant sur les informations recueillies auprès de ce dernier et de ses proches, lesquels doivent être obligatoirement consultés par un intervenant psychosocial et un notaire en regard des lois et des normes établies. En vue de procéder à une évaluation fine et multifactorielle

au plan juridique et clinique, les travailleurs sociaux, les médecins et les notaires doivent travailler en collaboration. Cette coopération permet aux professionnels de se rallier à une opinion commune quant à la détermination de l'inaptitude de la personne concernée et de s'entendre sur les représentations sociales qu'ils se font des proches à propos de leur adéquation à assurer la protection de la personne inapte et de leur capacité à la représenter légalement. En plus de l'évaluation des habiletés de la personne, l'intervention juridique suppose le respect de certains principes éthiques (Canuel et al., 2010), lesquels peuvent ne pas être perçus unanimement par les professionnels collaborant ensemble. Il s'agit des mêmes principes énoncés en intervention psychosociale, soit le droit à l'autodétermination de la personne, le principe de bienfaisance ou de non-malfaisance qui vise à ce que toute intervention faite auprès d'elle le soit dans le meilleur de son intérêt ou minimise les préjudices pouvant lui être causés et le principe de justice qui lui assure d'être traitée sans discrimination et de recevoir des services et des soins équivalents (Beaulieu et Leclerc, 2006; Canuel et al., 2010).

Une collaboration efficace entre les professionnels de différentes disciplines au cours du processus d'intervention psychosociale, lors d'une situation de maltraitance envers un aîné, demande l'équilibration de certaines valeurs et croyances personnelles, professionnelles, organisationnelles et sociales. La rencontre de ces nombreux cadres de représentations sociales ajoute à la complexité de la collaboration, car ils peuvent, par moment, entrer en conflit dans certaines circonstances. Les tensions rencontrées, entre autres au cours de l'évaluation de la situation et de l'anticipation des actions à poser, peuvent influencer la détermination du plan d'intervention, les valeurs à privilégier et les mesures à prendre (Giasson et Beaulieu, 2004). Néanmoins, la collaboration entre des professionnels de divers horizons ayant des approches, des techniques, des style de pratique, des préjugés, des valeurs, des croyances, des attitudes et des comportements différents peut leur permettre d'adopter des approches complémentaires et variées, et de faire consensus dans la réponse aux besoins des aînés maltraités. Cela peut également contribuer à améliorer leur capacité de travailler ensemble et de résoudre les problèmes qu'ils rencontrent, notamment lorsqu'il s'agit d'identifier les situations de maltraitance (Yaffe et al., 2009).

La collaboration entre les professionnels ne doit pas se faire qu'au cours de la reconnaissance

d'une situation de maltraitance ou qu'à la suite de celle-ci. Au contraire, dans un contexte d'intervention en soutien à domicile auprès de personnes aînées en perte d'autonomie, la collaboration au sein d'une équipe interdisciplinaire constituée de professionnels ou non et de proches aidants est nécessaire pour prévenir les possibles situations de maltraitance. Pour cela, des ressources humaines doivent être disponibles et accessibles, une communication efficiente entre les établissements et les intervenants à propos de l'aîné est souhaitable ainsi qu'une excellente liaison entre eux. Le soutien à domicile vise le maintien optimal de l'autonomie fonctionnelle des aînés, leur confort physique et psychologique, leur bien-être ainsi que le respect de leur volonté de demeurer dans un milieu de vie entouré de personnes et de choses familiaires. Toutefois, certains enjeux peuvent compromettre leur qualité de vie et la collaboration entre les professionnels. Un manque de ressources humaines peut compromettre l'intensité de leur coopération, le suivi de l'ensemble des demandes de soins, l'accessibilité aux services offerts et l'efficacité du soutien à domicile. Aussi, le manque de liaison entre les établissements et les professionnels y œuvrant peut entraîner, par exemple, des retours à domicile imprévus ou mal planifiés, rendant ainsi les personnes non autonomes à risque d'être négligées physiquement ou émotionnellement en raison de leurs fragilités et de leurs incapacités à se protéger (Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009). Le travail de collaboration entre les professionnels s'inscrit donc dans un contexte d'aide qui peut contribuer à des situations de maltraitance en ne fournissant pas aux proches qui offrent des soins et aux personnes qui les reçoivent, les services, les ressources et le soutien auquel elles doivent s'attendre (Nahmiasch, 1995).

8.2.3. Impacts de la collaboration pour la pratique

La collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle présente plusieurs impacts positifs pour la pratique. Globalement, elle a l'avantage de favoriser une connaissance plus complète des besoins et des problèmes de la personne concernée et de sa famille; d'assurer un meilleur suivi de sa situation et des interventions réalisées auprès d'elle; d'encourager le partage des tâches et des responsabilités; de mettre en place des interventions et des actions concertées dans l'atteinte d'un objectif commun pour éviter qu'elles soient morcelées ou pire, qu'elles se dédoublent; de soutenir la communication entre les membres de l'équipe; d'assurer une meilleure connaissance quant au rôle et aux contraintes des intervenants membres; de

développer leur rigueur professionnelle et le maintien de leurs compétences; de susciter l'affirmation personnelle et professionnelle de chacun; de favoriser l'acquisition d'un champ commun de compétences; et d'encourager la solidarité, la complicité et l'entraide entre les membres de l'équipe, notamment dans les moments difficiles (Rioux, 2011).

Plus spécifique, la collaboration entre les professionnels permet une meilleure identification, évaluation, intervention et suivi des cas de maltraitance envers les aînés lors du processus d'intervention (Beaulieu, 2002; Beaulieu et Brunet, 2011; Beaulieu et Leclerc, 2006; Canuel, Couturier et Beaulieu, 2010; Giasson et Beaulieu, 2004; Giroux, 2001; Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009; Nahmiash, 1995; Nahmiash et Reis, 2000; Reis et Nahmiash, 1995; Vida, 1994; Yaffe et al., 2009). Ainsi, les interventions et les actions préconisées par les acteurs et les organisations impliquées sont en continuité, ce qui évite qu'elles soient faites en silos et dissociées l'une d'elles. Cela a pour avantage qu'elles aient une efficacité accrue, qu'il y ait un meilleur suivi ainsi qu'une plus grande équité et accessibilité en termes de soins, de services et de ressources à domicile, et ce, au bénéfice d'une amélioration de la qualité de vie des aînés maltraités (Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009).

Dans les cas où une situation de maltraitance est identifiée, une collaboration efficiente entre les professionnels actifs d'une même équipe permet une évaluation constante de l'évolution de celle-ci afin de juger si la personne aînée maltraitée est brimée dans ses droits et si elle a la capacité de se défendre par elle-même (Giasson et Beaulieu, 2004). Ils doivent donc constamment se demander, au cours du processus, quelle est leur contribution auprès de l'aîné maltraité ou de la personne maltraitante? En quoi leur collaboration devrait-elle être modifiée, si besoin est? Est-ce que la situation devrait être présentée à un comité d'experts d'éthique ou de soutien clinique (Beaulieu, 2010)? Cela est d'autant plus important dans un contexte où l'on cherche à élaborer un plan de service individualisé pour faire cesser la maltraitance ou, à tout le moins, pour faire diminuer l'intensité de celle-ci, tout en visant le respect de l'autodétermination de la personne apte ou inapte et son *empowerment*.

Pour tout dire, le travail en interdisciplinarité et en partenariat avec les acteurs de la communauté, la formation, l'équilibration des valeurs qui influencent la pratique et l'ajout de ressources

humaines et financières sont des composantes qui peuvent avoir un impact sur l'efficacité des interventions psychosociales (Giasson et Beaulieu, 2004). Cela « contribue à diminuer la lourdeur, le fardeau, l'impuissance, l'insatisfaction et l'inaction exprimés par les intervenants. » (Giasson et Beaulieu, 2004 : 107).

8.2.4. Recommandations pour la pratique

Les pistes préconisées par les auteurs québécois pour améliorer la collaboration entre les professionnels impliqués dans des contextes d'intervention auprès d'aînés maltraités sont variées. Je me contenterai d'exposer celles qui, quant à moi, sont les plus prometteuses : la formation, la philosophie organisationnelle, la discussion de cas et la création d'une équipe multidisciplinaire.

Une collaboration efficace entre les professionnels intervenant dans le champ de la maltraitance suppose qu'ils aient reçu une formation initiale et continue appropriée afin qu'ils sachent agir adéquatement quelle que soit la situation rencontrée (Beaulieu et Leclerc, 2006; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Ceux liés par le secret professionnel doivent reconnaître les situations leur permettant de divulguer des renseignements confidentiels en améliorant leurs connaissances sur la portée et les limites du secret professionnel (Beaulieu et Brunet, 2011; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Une formation intra et interdisciplinaire leur assure également de pouvoir comprendre le phénomène de la maltraitance d'après leur propre perspective disciplinaire pour qu'ensuite ils puissent s'ouvrir à celle des professionnels provenant d'autres disciplines. Cela les incite donc à faire preuve de sensibilité disciplinaire (Beaulieu et Brunet, 2011).

L'organisation doit adopter une philosophie et des valeurs exerçant une influence sur le degré de collaboration interprofessionnelle et sur ses résultats (Robidoux, 2007). Son appui doit s'exercer par la mise en place de ressources adéquates et suffisantes (Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009; Robidoux, 2007) pour soutenir le travail de l'équipe (Giasson et Beaulieu, 2004; Robidoux, 2007) et des professionnels de tous les organismes travaillant directement avec des aînés maltraités (Beaulieu et Leclerc, 2006; Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009). Les gestionnaires doivent développer une philosophie organisationnelle où l'accroissement de liens interorganismes

est priorisé afin d'intensifier la collaboration entre eux, d'autant plus lorsque des situations à risque sont observées. L'organisation doit impliquer davantage les intervenants pivots dans la planification des interventions afin d'assurer la continuité des services, la protection des aînés demeurant à domicile et le maintien de leur qualité de vie. Elle doit favoriser la mise en œuvre de nouvelles modalités de collaboration par la création de liens de proximité et le développement de solidarité communautaire pour assurer l'accès aux services et aux ressources d'aide en contexte de maltraitance (Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009). Elle doit également reconnaître « l'importance d'avoir des lignes directrices pour départager ce qui peut être fait de ce qui ne peut l'être, ce qui peut être partagé de ce qui ne peut l'être et avec qui. » (Belzile et al., 2013 : 63).

La collaboration entre les intervenants soulève des réflexions éthiques en termes de respect d'autodétermination et de protection. Dans un tel contexte, les organisations doivent encourager la discussion de cas lorsqu'il est question de ces dimensions éthiques (Beaulieu et Leclerc, 2006). La discussion de cas de maltraitance au sein d'équipes interprofessionnelles doit faire l'objet d'une planification à l'agenda de tous ceux y étant impliqués afin d'y consacrer suffisamment de temps et de moments, tel qu'il s'avère souhaitable selon plusieurs études. Aussi, elle doit favoriser le partage de certaines responsabilités entre les professionnels quant au dépistage et au suivi de ces situations, en discutant de cette question et en l'intégrant au plan de service individualisé (Beaulieu, 2007).

La collaboration entre des professionnels de diverses disciplines peut, par l'entremise d'une équipe multidisciplinaire, les inciter « à adopter une perspective holistique quant à la problématique de la maltraitance. » (Beaulieu et Brunet, 2011 : 27). Dans les milieux de pratique, la mise en place de ces infrastructures de rencontre assure que les intervenants d'une seule discipline n'assument pas l'ensemble des responsabilités liées à la résolution de la situation de maltraitance, qu'il y ait du soutien entre les membres de l'équipe, qu'ils développent des relations entre eux (Beaulieu et Brunet, 2011), qu'ils puissent se pencher sur des problèmes d'ordre éthique et culturel liés à ces situations (Nahmias, 1995) et que l'offre de service soit améliorée, et ce, au bénéfice des aînés maltraités (Beaulieu et Brunet, 2011). Une équipe multidisciplinaire peut être composée d'un médecin, d'un gériatre, d'un psychiatre, d'un infirmier, d'un physiothérapeute, d'un ergothérapeute et d'un travailleur social pour évaluer et intervenir dans

des situations de maltraitance (Vida, 1994). Le modèle d'intervention développé par Reis et Nahmias (1995) dans le cadre du projet CARE au CLSC Notre-Dame-de-Grâce à Montréal s'appuie, entre autres sur une équipe multidisciplinaire dont le mandat est de conseiller l'équipe de soutien à domicile lors de situations particulières et de l'aider à planifier, surveiller et évaluer les stratégies à adopter (Nahmias et Reis, 2000). Elle est composée, dans sa plus simple expression, d'un infirmier, d'un auxiliaire familial, d'un consultant ou d'un coordonnateur des interventions en maltraitance ainsi que d'un travailleur social (Reis et Nahmias, 1998b) ayant pour mandat de maintenir des liens et une communication soutenue avec les autres membres de l'équipe et les experts-conseils (Nahmias, 1995). Cette équipe spécialisée est amenée à collaborer avec une équipe d'experts de divers horizons (policiers, avocats de l'aide juridique, psychologues, gérants de banque, psychogériatres, représentants du curateur et d'organismes de défense des droits) (Reis et Nahmias, 1998b; Vida, 1994) afin de pouvoir couvrir une grande variété de situations, de répondre à plusieurs questions et de proposer diverses solutions (Vida, 1994).

8.3. Maltraitance entre conjoints âgés

La violence conjugale se manifeste dans toutes les classes sociales et peut être vécue à tous les âges de la vie (Montminy et Drouin, 2004, 2006). Pourtant, ce sont surtout les femmes plus jeunes qui ont attiré l'attention des chercheurs (Montminy, 2011). Néanmoins, la violence conjugale entre conjoints âgés n'est plus un mythe ou un phénomène marginal, mais constitue une réalité bien présente au sein de notre société (Gravel et al., 1997; Montminy, 2000; Montminy et Drouin, 2004). Elle est reconnue comme un problème social important qui suscite une attention grandissante de la part des chercheurs depuis quelques années (Montminy, 2011). Au Québec, cet intérêt de recherche est surtout portée par une seule chercheure, soit Lyse Montminy.

Il est vrai que, selon certaines recherches, les conjoints semblent être les plus souvent impliqués dans des situations de maltraitance envers les aînés (Montminy, 2011; Montminy et Drouin, 2004). Avec le vieillissement de la population québécoise, il ne serait pas surprenant de voir une augmentation de la violence au sein des couples âgés. De ce fait, il s'avère pertinent de porter une

réflexion approfondie sur ce phénomène qui peut apparaître entre conjoints âgés au moment de la vieillesse ou qui peut être la poursuite ou la transformation d'une relation de violence conjugale qui existe depuis longtemps (Gravel et al., 1997; Straka et Montminy, 2006). Qu'est-ce qui distinguent ces dynamiques de violence? Quelles en sont les causes? Pour quelles raisons les aînées vivant une relation de violence conjugale continuent-elles de vivre avec leurs conjoints violents? Quelles sont les recommandations pour la pratique en contexte de violence conjugale? Quelles sont les interventions à privilégier auprès d'elles et quels en sont les enjeux? Quels impacts ces approches ont-elles auprès de ces femmes et auprès des professionnels qui leur viennent en aide? Les interventions promues lors de situations de maltraitance envers les aînés peuvent-elles s'appliquer à la violence conjugale au sein de couples âgés?

8.3.1. Maltraitance apparaissant au sein d'un couple âgé

Dans la foulée de l'intérêt porté sur la maltraitance envers les aînés, plusieurs études se sont intéressées aux situations commises par un proche aidant stressé et surmené pour tenter de comprendre la dynamique de la violence entre conjoints âgés (Gravel et al., 1997; Montminy, 2000, 2011). Elle peut apparaître au cours de la vieillesse chez les couples âgés de longue date ou bien chez les nouveaux couples (Straka et Montminy, 2006). Les conjoints qui agissent à titre de proche aidant peuvent effectivement, dans certaines circonstances, adopter des gestes maltraitants auprès de leurs partenaires, mais ils peuvent eux-mêmes être maltraités par la personne dont ils prennent soin. Le stress qu'ils vivent n'est pas le seul élément influençant la dynamique de la maltraitance au sein de leur couple (Gravel et al., 1997). D'autres causes peuvent en expliquer l'émergence, tels que les traits de personnalité et les caractéristiques associés au conjoint maltraitant ou maltraité, la dynamique relationnelle entre eux, leurs conditions de vie ou les circonstances entourant les gestes de violence (Montminy, 2000). L'apparition de la violence conjugale chez les conjoints âgés peut aussi être liée à la perte d'autonomie ou les pertes cognitives du conjoint qui maltraite ou de celui qui est maltraité (Gravel et al., 1997). Ce sont d'ailleurs ces facteurs qui ont le plus attiré mon attention, car la vieillesse amène son lot de problèmes de santé et de pertes qui peuvent affecter les comportements des conjoints et, dans certains cas, contribuer à l'apparition de situations de maltraitance au sein de leur couple, qu'elles soient intentionnelles ou non. De quoi s'agit-il plus exactement?

Le conjoint âgé qui maltraite son partenaire peut présenter une perte d'autonomie fonctionnelle et être dépendant de ce dernier au plan physique et psychologique. Que signifie précisément cette notion de « dépendance »? Concept clé en maltraitance envers les aînés, il s'agit ni plus ni moins des personnes qui sont exposées à des situations de maltraitance en raison de leur dépendance physique, psychologique ou financière envers les autres personnes. Mais il peut aussi s'agir de celles infligeant des mauvais traitements et manifestant une dépendance envers la personne aînée maltraitée. La perte d'autonomie physique et la dépendance psychologique caractérisent donc un certain nombre d'hommes âgés qui maltraitent leurs conjointes du fait qu'ils ont de la difficulté à accepter leur perte d'autonomie. Ayant appris à être forts et à contrôler leur environnement d'après les valeurs familiales et sociales qui leur ont été inculquées, il peut être difficile pour un grand nombre d'entre eux d'accepter de voir leur vigueur s'estomper et devenir davantage dépendants vis-à-vis de leur épouse. Leur statut au sein du couple étant affecté, ils deviennent plus exigeants envers elle. Si la conjointe présente elle-même certaines pertes d'autonomie et des difficultés dans les soins à offrir à son mari, ceci peut augmenter la frustration de ce dernier et générer des tensions au sein du couple (Gravel et al., 1997). Cela peut alors se traduire par de la maltraitance psychologique et physique qui peuvent prendre la forme de demandes excessives, de critiques, d'insultes et de coups (Gravel et al., 1997; Montminy, 2005, 2011).

Le conjoint âgé qui maltraite peut aussi souffrir de pertes cognitives. Dans la plupart des situations, il s'agit du mari qui, par ses comportements maltraitants, inflige des blessures de nature psychologique à son épouse. L'aggravation de ses problèmes cognitifs a pour effet de modifier ses comportements et de le rendre plus agressif verbalement et physiquement (Gravel et al., 1997). C'est particulièrement le cas des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, d'accidents cérébro-vasculaires et de démence (Gravel et al., 1997; Straka et Montminy, 2008).

Quant au conjoint maltraité, il peut également présenter une certaine perte d'autonomie qui, dans certains cas, peut l'amener à être plus vulnérable (Gravel et al., 1997; Straka et Montminy, 2008) et dépendant physiquement de son proche aidant. Dans les situations où c'est l'homme qui prend soin de son épouse en raison d'une diminution des capacités physiques de cette dernière, il peut en résulter, encore là, d'une modification des interactions au sein du couple. Le mari se voit

constraint de pourvoir au bien-être de sa conjointe, alors que c'est elle qui, traditionnellement, avait la responsabilité de voir au bon fonctionnement de la maison et au mieux-être de la famille. Cette inversion des rôles entre les conjoints force l'homme à adopter un nouveau rôle de proche aidant, auquel il n'est pas préparé, et peut représenter pour lui une importante source de stress. Dans d'autres situations, c'est plutôt la femme qui adopte des comportements maltraitants à l'égard de son mari qui présente une perte d'autonomie (Gravel et al., 1997).

De plus, le conjoint maltraité ayant des pertes cognitives peut être le plus souvent négligé, maltraité psychologiquement et parfois physiquement par son conjoint aidant. La méconnaissance de ce dernier sur les impacts des troubles cognitifs dont est atteint son partenaire l'amène à ne pas bien saisir les effets que ces pertes de lucidité peuvent provoquer sur son comportement et à ne pas bien comprendre les nouveaux besoins qu'une telle situation peut susciter (Gravel et al., 1997). Dans ces conditions, est-il possible de dire que tous les comportements maltraitants peuvent être commis de façon intentionnelle? La réponse est assurément non (Straka et Montminy, 2008). Le fait que le conjoint aidant manque d'information sur les effets des troubles cognitifs dont est atteint son partenaire (Gravel et al., 1997) peut aussi représenter une forme de négligence passive qui n'est pas liée à une dynamique de pouvoir et de contrôle comme c'est le cas, notamment lors de situations de violence conjugale de longue date entre conjoints âgés (Straka et Montminy, 2008) ou lors d'un acte de vengeance commis par le conjoint ayant été maltraité une partie de sa vie par son partenaire (Cohen-Lithwick, 2003; Straka et Montminy, 2008).

Loin d'être fréquemment rencontrée comme situation, il est tout de même possible de constater que les conjoints âgés peuvent devenir maltraitants l'un envers l'autre lorsque l'un des deux présentent des pertes cognitives. Celui qui est atteint de certains troubles cognitifs peut devenir plus demandant, plus agressif verbalement et parfois physiquement en raison de la maladie qui modifie ses comportements. Ces agissements peuvent s'inscrire dans le prolongement d'une relation de violence conjugale de longue date ou peuvent aussi apparaître progressivement au sein du couple (Gravel et al., 1997).

8.3.2. Violence conjugale au sein d'un couple âgé

La violence conjugale au sein d'un couple âgé peut aussi être la poursuite ou la transformation d'une relation de violence présente depuis plusieurs années (Gravel et al., 1997; Montminy, 2000, 2005, 2011; Straka et Montminy, 2006), parfois même depuis le début du mariage (Gravel et al., 1997; Montminy, 2011). Tout comme les situations de maltraitance apparaissant entre conjoints âgés, les causes de cette violence sont nombreuses et multidimensionnelles. Par exemple, elles peuvent être liées à des facteurs psychiques ou sociaux (Montminy, 2000). L'intensification ou la continuité de la violence peut aussi être liée à des événements associés au vieillissement comme la retraite et la maladie (Montminy, 2005; Montminy et Drouin, 2004) ainsi qu'à la perte d'autonomie physique et aux troubles cognitifs du conjoint violent ou violenté. Alors que l'homme est souvent l'auteur de la violence conjugale, il est possible d'observer, dans certaines circonstances, que la femme peut adopter des comportements maltraitants qui sont exacerbés par la perte d'autonomie du mari ou qui apparaissent avec celle-ci (Gravel et al., 1997). L'apparition de ces comportements soulève la question suivante : « se pourrait-il que certaines femmes, ayant subi de la violence de la part de leur conjoint pendant une grande partie de leur vie conjugale, s'approprient un nouveau pouvoir maintenant que celui-ci est en perte d'autonomie et le maltraitent en réaction à leur passé conjugal? » (Gravel et al., 1997 : 80).

La violence conjugale vécue par les aînées peut se manifester de différentes façons (Montminy, 2011; Straka et Montminy, 2006). Les formes les plus souvent rapportées par les femmes ou par les professionnels leur venant en aide sont celles de nature psychologique, physique, financière et sexuelle, lesquelles sont souvent vécues simultanément. Les conséquences de ces formes de violence touchent la vie des aînées aux plans psychologique, social, affectif, physique et économique, et ce, même après qu'elles soient séparées de leur conjoint violent (Montminy, 2011). Quel est le type de violence au cœur de la dynamique de la violence conjugale vécue par les femmes aînées? Quelles sont ses manifestations et ses conséquences?

Les auteures qui se sont intéressées à la violence conjugale chez les couples âgés s'accordent pour dire que la violence psychologique est la première manifestation de violence vécue par les femmes et qu'elle est centrale dans la dynamique relationnelle entre les deux conjoints (Gravel et

al., 1997; Montminy, 2000, 2011; Montminy et Drouin, 2004; Straka et Montminy, 2006, 2008). Elle coexiste avec toutes les autres formes de violence et elle est un précurseur de la violence physique (Straka et Montminy, 2006, 2008). Les hommes qui utilisent cette forme de violence le font pour exercer un plus grand pouvoir et contrôle sur leur conjointe en adoptant diverses stratégies (Montminy, 2005, 2011; Straka et Montminy, 2006, 2008), notamment le dénigrement, la privation, l'intimidation, l'abdication de ses responsabilités, les menaces, la manipulation, le blâme, l'indifférence, le harcèlement, la négation de la réalité, l'infantilisation, le fait de faire sentir la femme coupable de la situation problématique et le fait de bouder. Ainsi, c'est à travers ce que les maris disent et font, mais également à travers ce qu'ils ne disent pas et ne font pas que les femmes sont la cible de comportements violents psychologiquement (Montminy, 2005).

Ces comportements de forme active ou passive ont des conséquences importantes qui touchent plusieurs aspects de la vie de ces femmes (Montminy, 2005, 2011; Straka et Montminy, 2008), tels que la santé psychologique, la vie sociale, l'intégrité physique et la sexualité (Montminy, 2011). D'ailleurs, la majorité des femmes rapportent ressentir des séquelles psychologiques où leur intégrité personnelle et leur dignité sont atteintes (Montminy, 2005, 2011). Elles ont une perte d'estime de soi, une perte de confiance en soi (Montminy, 2005, 2011; Montminy et Drouin, 2004) et parfois même, un sentiment de destruction de soi. Elles expriment avoir des symptômes dépressifs, des idées suicidaires, de la tristesse, de la honte, de l'insécurité (Montminy, 2011), de l'isolement, de la culpabilité, de la peur des représailles et des menaces (Montminy, 2005, 2011), rendant ainsi difficile la divulgation de leur situation de violence conjugale et la demande d'aide. Certaines disent se sentir prisonnières de la situation et ne pas voir d'issue aux difficultés qu'elles vivent. D'autres se sentent renfermées sur elles et ont développé une plus grande méfiance envers les autres, surtout vis-à-vis des hommes (Montminy, 2011). Les comportements violents entraînent aussi de la dévaluation, un sentiment d'incompétence, de l'épuisement et une perte d'identité personnelle (Montminy, 2005). Le dénigrement du conjoint, sous toutes ses formes, se révèle être d'une grave conséquence pour ces femmes, car elles se sentent dévalorisées, diminuées et abaisées de telle sorte qu'elles en viennent à douter de leurs capacités à se sortir de la situation qu'elles vivent (Montminy, 2005, 2011). Le contrôle exercé par le conjoint sur les femmes porte également sur des aspects de leur vie sociale (Montminy, 2005, 2011), par exemple le travail qu'elles ont à l'extérieur de la maison

et les relations qu'elles entretiennent avec leur famille, leurs enfants, leurs proches et leurs amies. Ainsi privées et coupées de leur réseau familial et social à cause des interdictions du conjoint, elles se sentent isolées, elles vivent de la solitude et certaines éprouvent des difficultés dans leurs relations avec leurs enfants. La violence psychologique du conjoint est aussi associée à une privation d'affection et de relations sexuelles. Toutes ces conséquences vécues par les aînées font dire à certaine que les intervenants doivent être sensibles à leur besoin (Montminy, 2011), d'autant plus, qu'aux dires de ces femmes, les impacts de cette forme de violence sont souvent plus graves que la violence physique (Straka et Montminy, 2008).

La violence psychologique commence habituellement lentement avant de s'aggraver et de laisser s'installer la violence physique (Straka et Montminy, 2008) qui s'amplifie avec les années jusqu'à la fin de la relation. Les coups de poing, les coups de pied, les bousculades, le fait de se faire lancer des objets, etc. sont des manifestations dont les conséquences peuvent compromettre la sécurité des aînées. Elles ressentent des malaises physiques qui sont associés aux conditions de vie dans lesquelles elles vivent : fractures, blessures abdominales chroniques, fatigue, migraines, pertes de conscience, hospitalisation (Montminy, 2011).

Un certain nombre d'aînées vivent également de l'exploitation financière de la part de leur conjoint. Le contrôle financier exercé par le mari amène les femmes à lui quémander de l'argent pour payer les dépenses de la maison, à assumer l'ensemble des coûts associés au ménage en raison de son refus de contribuer aux dépenses de la maison, à se faire voler de l'argent par son conjoint. Par conséquent, les femmes se retrouvent avec des ressources financières limitées et peuvent se voir obliger de déclarer faillite du fait qu'elles ont de nombreuses dettes. Dans certains cas, la diminution réelle ou perçue des capacités cognitives de la femme peut être un motif utilisé par le conjoint pour contrôler ses finances personnelles ou pour lui faire signer un mandat d'inaptitude (Montminy, 2011).

Quant à la violence sexuelle vécue par les aînées au cours de leur relation conjugale, elle se manifeste par un manque de respect du conjoint à leur égard, par du harcèlement, par du mépris quant à leur décision de ne pas vouloir de relations sexuelles et par la privation d'affection (Montminy, 2011).

8.3.3. Motifs expliquant la présence des aînées auprès de conjoints violents en violence conjugale

Les différentes stratégies utilisées par le conjoint violent envers les femmes aînées font qu'il devient difficile pour elles de le quitter (Straka et Montminy, 2006). Qu'elles soient jeunes ou plus âgées, ces femmes continuent de vivre avec ce dernier pour des motifs similaires : elles ont une faible estime d'elle-même, elles ne veulent pas être stigmatisées par les amis et la famille (Gravel et al., 1997; Montminy, 2000), elle sont isolées socialement (Gravel et al., 1997; Montminy, 2000, 2005), elles sont persuadées que le conjoint va changer (Gravel et al., 1997), elles croient qu'elles n'ont pas la capacité d'endosser les rôles et les responsabilités assumés par leur conjoint, elles sont loyales envers lui et elles ont des habiletés sociales limitées (Montminy, 2000).

Certains auteurs affirment que ces facteurs agissent plus fortement chez les femmes plus âgées en raison de l'importance qu'elles accordent à l'institution du mariage et de leur socialisation plus traditionnelle (Gravel et al., 1997; Montminy, 2000; Straka et Montminy, 2006) quant aux attitudes, aux valeurs et aux rôles au sein de la famille (Straka et Montminy, 2006). De ce fait, ces femmes se sont mariées dans une société où les valeurs sexistes et patriarcales étaient plus présentes qu'aujourd'hui (Gravel et al., 1997). À travers ce processus de socialisation, leurs rôles d'épouse et de mère étaient valorisés, au point qu'elles étaient subordonnées à leur conjoint qui, lui, devait assumer le rôle de pourvoyeur et exercer un contrôle sur les décisions du ménage, sur la vie familiale et, parfois, sur la vie personnelle de sa conjointe. Même à un âge avancé, ces hommes veulent continuer d'exercer leur pouvoir (Gravel et al., 1997; Montminy, 2000). Elles ont donc été socialisées avec l'idée qu'elles ont peu de droits (Gravel et al., 1997), qu'elles doivent être dévouées à leur famille en étant loyales et solidaires. Les valeurs prônées leur demandent de ne pas discuter avec d'autres des problèmes familiaux qu'elles vivent, particulièrement lorsqu'il s'agit de violence conjugale (Straka et Montminy, 2006), et de respecter les valeurs religieuses traditionnelles (Montminy, 2000; Straka et Montminy, 2006). Par ailleurs, un grand nombre de femmes plus âgées n'ont pas occupé d'emploi rémunéré une grande partie de leur vie, ce qui les place dans une plus grande précarité financière et contribue à les maintenir dans une relation de violence conjugale (Montminy, 2000; Straka et Montminy, 2006).

Celles qui éprouvent des problèmes de santé et qui sont dépendantes de leurs conjoint violents pour les soins à recevoir peuvent aussi éprouver plus de difficulté dans leur recherche d'aide ou dans leurs démarches à entreprendre en vue de le quitter (Straka et Montminy, 2006), d'autant plus qu'elles ont peu de soutien familial sur lequel elles peuvent compter (Montminy, 2000). Certaines femmes ont peur de vieillir seule. Les incertitudes que cela comporte peut constituer en soi des freins suffisants pour les dissuader de passer à l'action afin de faire cesser cette situation (Gravel et al., 1997).

Tous ces facteurs ont une forte influence sur la femme plus âgée (Straka et Montminy, 2006) et, contrairement à ses consœurs plus jeunes, elle « est souvent persuadée qu'il est trop tard pour modifier le cours des choses et recommencer une vie nouvelle. » (Gravel et al., 1997 : 77). Du fait qu'elle vive de la violence conjugale depuis de nombreuses années, elle ne réalise pas qu'elle puisse choisir de faire cesser cette situation. Alors, elle s'y résigne (Straka et Montminy, 2006) en développant des stratégies pour s'y adapter : elle minimise les conséquences de la violence, elle essaie d'oublier (Montminy, 2000), elle se rend responsable de la violence exercée par le conjoint (Montminy, 2000, 2005), elle prie, elle fait de l'activité physique, elle essaie de garder contact avec ses amies et elle fait du bénévolat (Montminy, 2005). Pour toutes ces raisons, cela implique de la part des ressources d'aide en violence conjugale d'offrir des interventions appropriées aux femmes aînées (Gravel et al., 1997; Montminy, 2000, 2005, 2011; Montminy et Drouin, 2004, 2006; Straka et Montminy, 2006).

8.3.4. Recommandations pour la pratique en violence conjugale

Les interventions et les approches privilégiées par les auteurs québécois pour améliorer la pratique en contexte de violence conjugale auprès des femmes aînées sont diverses. Il s'agit notamment de l'adaptation des maisons d'hébergement, du modèle d'intervention fondé sur le principe de l'*empowerment*, des interventions de groupe, de l'approche de réduction des méfaits et de la formation des intervenants.

Selon les auteurs ayant abordé la violence conjugale au sein des couples âgé (Giroux, 2001; Gravel et al., 1997; Lithwick et al., 1999; Montminy, 2000, 2005, 2011; Montminy et Drouin, 2004, 2006; Straka et Montminy, 2006, 2008) l'une des mesures d'intervention à privilégier pour

aider adéquatement ces femmes est sans contredit les maisons d'hébergement (Montminy, 2000, 2005; Montminy et Drouin, 2004, 2006; Straka et Montminy, 2006). Elles ont pour mission d'offrir un hébergement sécuritaire aux femmes et aux enfants victimes de violence conjugale (Assistance aux femmes, 2010), de leur assurer un soutien émotionnel, de les aider à développer leur capacité de s'affirmer et à briser le cycle de violence dans lequel ils vivent en adoptant une démarche de dévictimisation (Carrefour pour Elle, n.d.).

Pourtant, trop peu de femmes âgées utilisent les services qu'elles proposent (Montminy, 2005; Montminy et Drouin, 2004; Straka et Montminy, 2006). Pour quelles raisons les maisons d'hébergement sont-elles peu fréquentées par les aînées? Plusieurs explications peuvent être évoquées. Ces ressources ne seraient pas bien connues par plusieurs de ces femmes (Montminy et Drouin, 2004; Straka et Montminy, 2006), la pertinence de leur utilisation serait mal connue (Montminy et Drouin, 2004) et les services et les activités qu'elles proposent ne seraient pas adaptés à leurs besoins (Montminy, 2005; Montminy et Drouin, 2004; Straka et Montminy, 2006). D'autres obstacles peuvent également nuire à l'accessibilité et à la fréquentation des maisons d'hébergement par les aînées : les bruits ambients, les difficultés pour certaines femmes d'effectuer les tâches qui leur sont assignées en raison de leur condition physique ou mentale, le temps d'occupation peut être insuffisant suivant la complexité de la situation de ces femmes, le manque de familiarité de la part des intervenantes avec le processus du vieillissement et les besoins spécifiques à cette étape de la vie, la non-accessibilité aux femmes ayant une mobilité réduite, le manque d'équipement et de disponibilité pour celles présentant des problèmes de santé, le manque de transport et d'accompagnement pour les services non disponibles dans les maisons d'hébergement (Montminy et Drouin, 2004; Straka et Montminy, 2006) et l'aménagement intérieur qui ne permet pas aux femmes plus âgées de se retrouver entre elles (Montminy, 2000). Ainsi, pour assurer la portée des services que les maisons d'hébergement offrent dans la réponse aux besoins et à la réalité des femmes qui vivent de la violence conjugale (Bilodeau, 1990), il s'avère essentiel que des mesures adéquates soient prises pour qu'elles soient davantage adaptées à leurs besoins (Montminy et Drouin, 2004). Pour cela, des investissements supplémentaires doivent être faits pour consolider les services spécialisés offerts par ces maisons (Riendeau et Monastesse, 2007), pour qu'elles puissent offrir des programmes spécifiques et des environnements appropriés aux besoins des femmes aînées (Montminy et Drouin, 2004) afin de

diminuer les conséquences que l'exposition prolongée à la violence ont sur elles (Montminy, 2011; Montminy et Drouin, 2004; Riendeau et Monastesse, 2007).

Les maisons d'hébergement doivent privilégier certains modèles d'intervention qui respectent les valeurs, l'âge et le vécu des femmes plus âgées (Gravel et al., 1997; Montminy et Drouin, 2004). Ceux qui doivent être particulièrement préconisés par ces maisons sont, entre autres, le modèle d'intervention axé sur le développement de l'*empowerment* et l'intervention de groupe (Montminy, 2000, 2005; Montminy et Drouin, 2004, 2006; Straka et Montminy, 2006), lesquels ont des impacts positifs à plusieurs niveaux. Guidé par l'approche féministe, le modèle d'intervention fondé sur le principe de l'*empowerment* vise à ce que les droits des femmes aînées soient respectés, qu'elles puissent affirmer leurs habiletés à faire leur propre choix (Straka et Montminy, 2006) et à gérer leur vie (Montminy, 2000), qu'elles reprennent du pouvoir sur leur vie et qu'elles puissent développer leurs compétences personnelles, et ce, à travers les interventions individuelles et de groupe. Ainsi, l'utilisation de ce modèle d'intervention assure à ces femmes qu'elles trouvent réponse aux nombreuses conséquences négatives de la violence conjugale qu'elles vivent, en termes de dévalorisation de soi et de sentiment d'impuissance (Montminy, 2005; Montminy et Drouin, 2004).

Quant au modèle d'intervention de groupe, il constitue un moyen privilégié pour permettre aux femmes de développer l'affirmation de soi, de partager ce qu'elles vivent (Montminy et Drouin, 2004, 2006), d'établir des relations avec d'autres femmes qui vivent une situation semblable à la leur, de renforcer les efforts qu'elles ont faits, de diminuer leur stigmatisation, de bénéficier d'un réseau de soutien (Montminy et Drouin, 2004), d'acquérir une meilleure perception d'elles-mêmes et d'évaluer plus précisément les risques qu'elles encourent en demeurant avec leur conjoint violent (Montminy, 2000). Bien que le groupe soit composé de femmes de tous âges, il se crée néanmoins des alliances et une certaine solidarité entre les femmes plus âgées, ce qui leur permet de se rallier à leur groupe d'appartenance et d'élargir leur réseau social (Montminy et Drouin, 2004, 2006). L'intervention de groupe a également l'avantage, pour les résidentes plus âgées, de leur permettre d'aborder des thèmes qui sont plus difficiles à explorer ou à partager et de leur offrir un soutien pour renforcer leur sentiment de compétence (Montminy et Drouin, 2004). Pourtant, ce type d'intervention peut représenter certains défis pour les intervenantes

œuvrant au sein des maisons d'hébergement. Compte tenu que le groupe est constitué dans une faible proportion de femmes aînées, certains sujets discutés viennent rejoindre davantage les préoccupations des jeunes femmes. Ainsi, le manque de pertinence de ces sujets pourrait justifier l'argument avancé par certaines auteures qui soulèvent que des groupes composés uniquement de femmes aînées devraient être mis sur pied (Straka et Montminy, 2006), tant à l'intérieur des maisons d'hébergement que dans d'autres milieux où ces femmes sont susceptibles de se retrouver. Les intervenantes peuvent aussi devoir sensibiliser les femmes qui font partie du groupe lorsqu'elles ne saisissent pas bien la dynamique qui est au cœur de ce type d'intervention, soit l'aide mutuelle. Par exemple, les femmes plus jeunes pourraient ne pas être toujours prêtes à écouter les conseils des femmes plus âgées et seraient plutôt porter à les juger (Montminy et Drouin, 2004).

Quel que soit le type d'intervention ou d'approche favorisées auprès des femmes, les intervenantes doivent discuter avec les femmes aînées de sujets qui ne sont pas les mêmes que ceux abordés avec les femmes plus jeunes lors des interventions formelles (suivi individuel et rencontres de groupe) ou des interventions informelles (activités au quotidien). Elles doivent d'abord les sensibiliser sur la problématique de la violence conjugale afin qu'elles prennent conscience de la situation qu'elles vivent et des conséquences que celle-ci entraîne sur elles (Montminy et Drouin, 2004, 2006). La reconnaissance et la divulgation de ce qu'elles vivent peut poser un défi pour ces femmes, car elles considèrent que « cela doit demeurer du domaine privé. » (Montminy et Drouin, 2006 :49). Les intervenantes doivent également discuter au cours de leurs interventions des conditionnements sociaux des femmes plus âgées (Montminy, 2005; Montminy et Drouin, 2004), de leurs besoins spécifiques, de leur identité en tant que femme ainsi que de leur affirmation de soi en vue de les amener à prendre leur place, à mettre leurs limites et à exprimer leurs émotions (Montminy et Drouin, 2004). Parmi les autres thèmes à aborder, il y a notamment de la culpabilité qu'elles vivent à l'égard de la violence présente au sein de leur couple et la responsabilité qu'elles s'attribuent quant à l'agir violent de leur conjoint (Montminy, 2005; Montminy et Drouin, 2004).

L'approche de réduction des méfaits est un modèle qui, bien qu'utilisé en toxicomanie, peut aussi s'appliquer à la maltraitance envers les aînés en fournissant un cadre d'intervention. Elle vise une

approche neutre en reconnaissant qu'un certain degré de conflit et de difficultés peuvent subsister au sein de la relation entre les conjoints âgés et que certains actes de maltraitance peuvent être de nature non intentionnelle. L'accent est mis sur les choix et les droits de la personne ainsi que sur les conséquences néfastes de la problématique rencontrée afin de les réduire à un niveau acceptable pour elle ou encore d'éliminer les risques qu'elle peut encourir. L'*empowerment* et l'*advocacy* sont les modèles priorisés tant pour les conjoints maltraités que pour ceux qui sont maltraitants. Cette approche à l'avantage d'utiliser une gamme variée d'interventions souples, innovantes, pragmatiques et à court terme en se basant sur des objectifs qui sont réalisables et, dans la mesure du possible, qui maximise le droit du conjoint maltraité à l'autodétermination, ce qui peut faciliter l'acceptation de certains services de soutien (Lithwick et al., 1999).

Les professionnels qui interviennent en contexte de maltraitance entre conjoint âgés sont confrontés à des situations quasi uniques pour chaque personne qu'ils rencontrent. Ils doivent donc être bien formés et sensibilisés sur les caractéristiques et les dynamiques de cette problématique, sur l'identification et sur l'évaluation des cas de violence entre conjoints ainsi que sur les interventions à favoriser auprès de ceux maltraités et maltraitants. Une formation adéquate leur assure ainsi de pouvoir évaluer efficacement la situation en termes de risques, de gravité et de conséquences et intervenir de façon rapide et précise en sachant s'il faut recourir ou non à des procédures judiciaires (Lithwick et al., 1999). Les intervenants sont en mesure de pouvoir mieux identifier et comprendre de quelle manière la violence a évolué dans le couple au cours des dernières années (Gravel et al., 1997). Une formation appropriée permet également aux intervenants d'identifier plus facilement la violence psychologique, qui se révèle être complexe en raison de ses multiples facettes (Montminy, 2005), de devenir plus conscients des graves impacts qu'elle engendre sur la santé des personnes qui la subissent et de son étroite relation avec les autres formes de violence (Straka et Montminy, 2008). Quant à la violence sexuelle, ils doivent être davantage sensibilisés aux besoins des femmes âgées qui vivent ces situations afin de mieux les aider et d'être plus à l'aise quand il est question d'aborder un tel sujet avec elles (Montminy, 2011). En maisons d'hébergement, les intervenantes doivent être particulièrement sensibles aux besoins d'aide, au support et aux approches qu'il faille privilégier avec ce groupe de femmes. Les stratégies d'intervention qu'elles mettent en place font ainsi cesser les attitudes sexistes et âgistes (Straka et Montminy, 2006) en étant souples et innovantes (Lithwick et al.,

1999). Il n'y a pas que les professionnels qui doivent recevoir une formation appropriée, les familles et les conjoints aidants de personnes atteintes de pertes cognitives doivent aussi pouvoir bénéficier de programmes d'information sur les impacts de ces maladies et obtenir un meilleur soutien pour prévenir les situations de maltraitance (Gravel et al., 1997).

8.3.5. Impacts des interventions pour les aînées et pour la pratique

Malgré le fait que les maisons d'hébergement soient peu adaptées aux besoins des femmes plus âgées et qu'il existe moins de services à leurs intentions, il importe de souligner que les impacts positifs des interventions et des approches promues dans ces milieux vont bien au-delà de ceux évoqués précédemment. En outre, les femmes qui fréquentent ces maisons sont satisfaites de leur séjour, en retirent un grand bénéfice, trouvent réponse à leurs besoins (Montminy et Drouin, 2004), vivent moins de peurs, ont un plus grand contrôle sur leur vie, ont réussi à entreprendre des démarches pour rompre le cycle de la violence dans lequel elles vivent (Montminy, 2000) et ont développé les moyens pour aller de l'avant dans leur vie (Straka et Montminy, 2006).

Des impacts positifs sont également observés au sein de la pratique en maisons d'hébergement pour femmes aînées vivant de la violence conjugale. En effet, quel que soit les types d'intervention réalisés auprès d'elles, les intervenantes adoptent des attitudes spécifiques à leur égard. Elles respectent le rythme des femmes dans leur processus de décision, que ce soit en vue de quitter le conjoint violent ou de demeurer avec lui en adoptant une attitude différente avec ce dernier. Cependant, un enjeu subsiste car, quand bien même qu'elles se sentent respectées, il n'en demeure pas moins que le temps alloué pour la durée du séjour en maison d'hébergement est limité et peut devenir une contrainte aux changements de comportements (Montminy et Drouin, 2004, 2006). Outre le respect du rythme, ces professionnelles les soutiennent dans la reconstruction de leur propre identité en les valorisant (Montminy et Drouin, 2004). Elles font tout cela en accordant une grande importance à la création d'une relation de confiance et aux interventions centrées sur les forces des femmes. Somme toute, elles leur laissent « la porte bien ouverte » au cas où certaines auraient besoin de demander à nouveau de l'aide (Montminy et Drouin, 2004, 2006).

Les professionnels qui doivent intervenir auprès d'aînés ayant des capacités cognitives et

fonctionnelles limitées pourraient être tentés d'adopter des approches plus protectionnistes pour faire cesser de graves situations de violence conjugale présentes au sein de couples âgés de longue date. Bien que l'intervention qui réussisse le mieux pour enrayer cette violence soit celle impliquant le placement du conjoint violenté en milieu d'hébergement, elle n'est pas nécessairement la meilleure stratégie à privilégier auprès des aînés. Le placement est en soi très traumatisant pour la personne, car il suppose pour elle d'être coupé de tout ce qui demeure le plus important pour elle, soit les membres de sa famille, qui peuvent être ses seuls soutiens sociaux. Dans une telle situation, les professionnels doivent donc évaluer les conséquences de la maltraitance, mais également les conséquences potentiellement néfastes des interventions qu'ils promeuvent, le contexte dans lequel la violence s'exerce ainsi que les effets de la non-intervention, du placement et des autres mesures extrêmes pouvant être adoptées. Dans le cas où l'un des deux conjoints refuse l'intervention et les services proposés, cela soulève d'importantes questions éthiques qui exigent de la part des professionnels de faire preuve de jugement clinique et éthique et d'être conscients que des conflits peuvent subsister entre le droit à l'autodétermination, le droit à la sécurité et le droit à une vie exempte de maltraitance (Lithwick et al., 1999).

8.3.6. Interventions en maltraitance envers les aînés : Dans quelle mesure s'appliquent-elles aux aînées en situation de violence conjugale?

La maltraitance envers les aînés se distingue de la violence conjugale. Elle est souvent rattachée à la notion de risque et de vulnérabilité liés aux déficiences physiques et cognitives de la personne maltraitée. La violence conjugale, quant à elle, est plutôt perçue à travers une dynamique de pouvoir et de contrôle exercée majoritairement par les hommes envers les femmes (Montminy, 2005; Straka et Montminy, 2006, 2008). Bien que peu d'auteurs en fassent état, la notion de vulnérabilité peut aussi s'appliquer à la problématique de la violence conjugale, précisément aux femmes handicapées. Pour ce qui est de la maltraitance chez les aînés, les nouvelles perspectives féministes font valoir que les dynamiques de pouvoir et de contrôle sont aussi présentes dans plusieurs de ces situations et que les dimensions de l'âge et du genre doivent être davantage pris en compte (Straka et Montminy, 2008).

La littérature sur la violence familiale a surtout considéré la maltraitance envers les aînés et la

violence conjugale comme des problématiques différentes demandant des réponses qui le sont tout autant. D'ailleurs, des modèles de pratique distincts sont mis de l'avant pour faire cesser ou réduire l'intensité de ces deux formes de violence. Qu'en est-il pour les femmes aînées vivant de la violence conjugale, alors que leurs expériences de violence peuvent se retrouver dans l'un ou l'autre de ces modèles de pratique (Montminy, 2005; Straka et Montminy, 2006, 2008)? Dans quelle mesure les interventions en maltraitance envers les aînés peuvent-elles s'appliquer à celles-ci?

Pour répondre à cette question, je ferai un bref résumé des différentes interventions pouvant répondre aux situations de maltraitance envers les aînés. Tout d'abord, les services offerts aux aînés maltraités sont composés de mesures législatives visant leur protection, notamment aux États-Unis et dans certaines provinces canadiennes (Straka et Montminy, 2008; Vida, 1994). Au Québec, alors qu'il n'y a pas de loi de protection des aînés, les interventions privilégiées auprès d'eux s'appuient essentiellement sur la pratique d'équipes multidisciplinaires et sur la gestion de cas des établissements de santé et de services sociaux, tels les CLSC (Lithwick et al., 1999; Reis et Nahmias, 1995; Vida, 1994). Ces types d'intervention ont l'avantage de fournir aux personnes concernées une gamme complète de services et de soins. Par exemple, il peut s'agir de services médicaux, d'aide familiale, de services privés, de services du centre de jour, de répit, d'interventions psychiatriques, de placements provisoires ou à plus long terme pour la personne maltraitée ou maltraitante ou de services juridiques (Lithwick et al., 1999). Les organismes communautaires peuvent aussi offrir des services d'aide qui sont semblables à ceux proposés par les CLSC. En plus d'assurer la défense de leurs droits, certains ont même tenté de développer des services s'appuyant sur le modèle de la violence conjugale : intervention en situation de crise, approches légales, groupes de support, maisons d'hébergement, counseling (Straka et Montminy, 2008).

Quel que soit les services et les ressources proposés aux aînés maltraités aucun d'entre eux n'arrive à répondre aux besoins des femmes plus âgées vivant une situation de violence conjugale. Pourquoi est-ce ainsi? La réponse est fort simple. Selon certains auteurs, les lois visant la protection des aînés et les services offerts par les établissements de santé et de services sociaux s'adressent surtout à des personnes très fragiles, plus vulnérables et ayant des problèmes de santé

et psychosociaux complexes. Pour les aînés maltraités présentant des incapacités cognitives, la mise en place de mesures de protection juridique est surtout préconisée et les femmes aînées maltraitées sont rarement référencées aux ressources d'interventions en violence conjugale. Ainsi, l'attention des professionnels est davantage dirigée vers ces personnes plutôt que vers les femmes aînées violentées par leurs conjoints. De plus, les professionnels des milieux de santé peuvent avoir tendance à accorder beaucoup d'importance au stress du proche aidant et à lui témoigner, dans certains cas, de la sympathie. L'expression de ce sentiment peut représenter un danger, car ils peuvent être portés à intervenir surtout auprès de la personne maltraitante en lui proposant de l'aide et du support, au lieu de répondre aux besoins de celle qui est maltraitée (Straka et Montminy, 2008). Comme le résume si bien Straka et Montminy (2006: 262) :

elder abuse interventions are well situated to help older abused women with their range of complex health and social needs, but they are not able to address the gender specificity of domestic violence, nor do they focus on the power and control dynamics in the relationship. Even, those resources inspired by a domestic violence perspective often fail to specifically address these issues in the context of the couple relationship. Furthermore, such resources are not well situated to help older women with complex health needs.¹

Est-il possible de tendre vers un modèle plus intégratif? Selon les auteurs, il semblerait que oui. Cela demanderait que les approches développées auprès des femmes plus âgées soient basées sur l'*empowerment* et sur l'autodétermination, qu'elles prennent en compte les oppressions liées à l'âge et au genre, et que la vulnérabilité de celles-ci soit considérée (Straka et Montminy, 2008). Cependant, comme le souligne Beaulieu et Crevier (inédit), l'accent ne doit pas être mis que sur la vulnérabilité des personnes aînées à être maltraitées, car cela laisse entendre que celles qui sont non vulnérables ne seraient pas sujettes à être maltraitées.

9. ENJEUX NON COUVERTS PAR LA RECHERCHE

Jusqu'à maintenant, mon essai a fait ressortir plusieurs enjeux d'intervention soulevés par les

¹ Les interventions envers les personnes aînées maltraitées sont bien placées pour aider les femmes âgées victimes de violence avec leur éventail de besoins en santé et en services sociaux complexes, mais elles ne sont pas en mesure de répondre à la spécificité du sexe de la violence conjugale, pas plus qu'elles ne mettent l'accent sur la dynamique de pouvoir et de contrôle dans la relation. Même si ces ressources sont inspirées par la perspective de la violence conjugale, elles échouent souvent pour traiter spécifiquement de ces questions dans le contexte des relations de couple. En outre, ces ressources ne sont pas bien placées pour aider les femmes plus âgées qui ont des besoins de santé complexes. (traduction libre).

auteurs québécois ayant publié des articles sur la maltraitance envers les aînés vivant à domicile. D'ailleurs, au cours des dernières pages, trois d'entre eux furent particulièrement exposés. Pourtant, il n'y a pas que la présence de ces enjeux au sein de la pratique des professionnels œuvrant en contexte de maltraitance qui suscitent l'attention des chercheurs. En effet, nombre d'entre eux concluent leurs articles en soulignant que des enjeux non couverts par la recherche méritent qu'on s'y attarde pour améliorer l'efficacité des interventions et assurer le bien-être des personnes aînées qui constituent notre richesse collective et sociale.

Quels sont précisément les enjeux non couverts par la recherche en lien avec ceux analysés précédemment? Ils sont nombreux et en voici un aperçu pour chacun d'eux. D'abord, les auteurs qui se sont penchés sur les enjeux éthiques et psychosociaux en intervention auprès des aînés maltraités ont surtout rapporté les expériences des intervenants psychosociaux œuvrant au sein des organismes communautaires et du réseau de la santé et des services sociaux (Beaulieu et Giasson, 2005; Beaulieu et Leclerc, 2006; Giasson et Beaulieu, 2004). Pourtant, il y a d'autres professionnels qui sont appelés à intervenir auprès d'eux, par exemple les infirmières, les psychologues, les médecins, etc. Quels enjeux doivent-ils relever? D'autres acteurs sont aussi impliqués dans la situation de maltraitance. Il n'y a qu'à penser à la personne maltraitante, aux membres de la famille et à tous autres individus de confiance. Quels sont les enjeux rencontrés lorsqu'il s'agit de tenir compte de chacune de ces personnes? Les aînés maltraités vivant à domicile peuvent devoir être hospitalisés et changer temporairement de milieux de vie le temps d'être soigné et de se rétablir. Les professionnels travaillant dans les salles d'urgence ou dans les maisons de soins sont aussi confrontés à des enjeux. Quels sont-ils? Sont-ils différents de ceux rencontrés à domicile (Beaulieu et Leclerc, 2006)?

En général, les chercheurs se sont peu penchés sur les actions et les interventions à entreprendre auprès des personnes maltraitantes envers les aînés. Comment les divers professionnels doivent-ils intervenir auprès d'elles? Quels sont les programmes d'accompagnement efficaces pour elles? Dans quelle mesure doit-on leur lancer un message clair quant à la responsabilité de leurs actes? Les poursuites judiciaires relatives à des situations de maltraitance doivent-elles être favorisées? Sont-elles nombreuses et profitables (Beaulieu et Leclerc, 2006)? Quelles valeurs doivent être privilégiées auprès d'elles dans la pratique psychosociale? Dans le cas de la violence conjugale

au sein d'un couple âgé, les chercheurs ne présentent pas les interventions qui puissent être mises en œuvre auprès des hommes violents psychologiquement. Au contraire, ils se contentent seulement de dire celles qui peuvent être faites auprès des femmes aînées vivant une telle situation (Montminy, 2005, 2011; Montminy et Drouin, 2006, 2008). Pourtant, si l'on veut que les comportements violents des conjoints cessent, il est important qu'on s'y attarde aussi.

La compréhension des enjeux éthiques et psychosociaux liés à l'intervention auprès des aînés maltraités se fait à travers les quatre principes éthiques que j'ai déjà décrits. Les intervenants se disent être davantage préoccupés par certaines valeurs (respect de l'autonomie et bienfaisance) plutôt que par d'autres (non-malfaisance et justice). La justice est d'ailleurs celle qu'ils considèrent le moins souvent. Pourtant, elle devrait l'être, ne serait-ce pour dénoncer les vices moraux et les failles dans l'application des procédures judiciaires ou pour comprendre les iniquités existantes entre les différents types de criminalité pouvant être commis envers les aînés (Beaulieu et Leclerc, 2006). D'autres valeurs peuvent aussi servir à cerner ces enjeux. Il n'y a qu'à penser à la liberté, à la responsabilité (Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009), à l'imputabilité et à la légitimité (Belzile et al., 2013).

Le processus d'intervention psychosociale auprès d'une personne aînée maltraitée soulève plusieurs enjeux. Quant est-il lorsque cette pratique s'adresse aux hommes plutôt qu'aux femmes? Des différences significatives existent-elles? Au moment où les intervenants psychosociaux s'apprêtent à examiner une situation de maltraitance, il semble, selon certains chercheurs, qu'une évaluation moins holistique soit faite en faveur des hommes maltraités, que leurs préoccupations soient moins prises au sérieux, que des conseils limités leur soient proposés, que les suivis et les contacts soient moins fréquents avec les professionnels pouvant leur assurer un certain soutien, que des protocoles d'intervention soient moins souvent élaborés et que leurs possibilités de faire des choix éclairés soient plus souvent compromises. Cette distinction entre les hommes et les femmes en termes d'intervention suscite d'autres questionnements éthiques. Les interventions faites auprès des hommes sont-elles plus intrusives que celles faites auprès des femmes? Les professionnels interviennent-ils plus rapidement auprès des hommes qu'auprès des femmes? Doivent-ils adopter des interventions différentes selon le sexe de la personne à qui ils s'adressent? Le fait que le professionnel impliqué dans la situation de maltraitance soit de sexe

masculin a-t-il un impact sur le type d'intervention proposé? Quelles approches privilégié-t-il? Sont-elles différentes de celles préconisées par un professionnel de sexe féminin? Est-ce que les malaises rencontrés en intervention par les professionnels de sexe masculin sont les mêmes que ceux de sexe féminin? Est-ce que certains sujets en intervention sont peu ou pas abordés dépendamment si le professionnel est un homme ou une femme (Yaffe, Weiss, Wolfson et Lithwick, 2007)? Ces enjeux posent aussi la question suivante : La féminisation de plusieurs professions comme les médecins et les travailleurs sociaux, a-t-elle un impact sur le confort des hommes aînés maltraités à recevoir de l'aide psychosociale?

En ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle, les enjeux non couverts par la recherche sont variés. Tout d'abord, lorsque les travailleurs sociaux, les médecins et les notaires travaillent en collaboration pour évaluer l'inaptitude d'un aîné maltraité, ils doivent tenir compte de la présence ou de l'absence des proches, de la qualité de leurs gestes d'accompagnement et de leurs attitudes protectrice. Ainsi, ce processus d'évaluation ne considère pas seulement l'aîné, mais il prend également en compte ses proches qui, sans être réalisé complètement à leur insu, n'est généralement pas mentionné explicitement. Ceci soulève l'enjeu de la transparence. Est-il possible de rendre cette évaluation plus explicite dans le cadre de cette collaboration (Canuel et al., 2010)? « Est-il possible d'expliciter cette intention tout en ne l'enchâssant pas dans un protocole clinico-administrativo juridique? (...) Comment est-il possible d'induire de la transparence sans porter atteinte à la qualité de la relation entre le professionnel et le proche aidant? » (Canuel et al., 2010 : 111).

Par ailleurs, dans le cadre du projet CARE, les stratégies d'intervention mises en place par les équipes multidisciplinaires pour contrer ou réduire l'intensité de la maltraitance commise envers les aînés qu'elles accompagnent n'ont pas toutes obtenu le succès escompté et certaines ont été peu utilisées. C'est le cas notamment des interventions visant à demander des conseils à des consultants experts en prévention de la criminalité, en droit et en finance, à utiliser les services d'une équipe de psychogériatrie, à ouvrir des régimes de protection et à référer les personnes concernées à des programmes de traitement de la toxicomanie. Qu'est-ce qui fait que ces services soient peu utilisés et aient peu de retombées positives, alors qu'ils sont disponibles? Dans le cas de la lutte à la toxicomanie, est-ce que les professionnels pourraient être mieux formés pour

orienter les proches aidants ayant un tel problème (Nahmiash et Reis, 2000)?

Les professionnels qui collaborent ensemble lors d'une situation de maltraitance doivent tenir compte, non seulement des pratiques les plus prometteuses, mais ils doivent aussi s'assurer que les stratégies d'intervention qu'ils élaborent considèrent les différentes formes de maltraitance en cause et la diversité culturelle des aînés maltraités afin d'en garantir leur succès (Nahmiash et Reis, 2000). Ce souci est également rencontré lorsqu'il s'agit de la violence conjugale au sein de couples âgés. Les interventions ne doivent pas seulement porter leur attention sur l'intersectionnalité de l'âge et du sexe. Au contraire, les femmes âgées sont aussi aux prises avec d'autres dimensions d'oppression, telles la race, l'orientation sexuelle et la classe sociale (Straka et Montminy, 2006).

Certains auteurs soulignent également que les professionnels des services de la santé et des services sociaux, dont les travailleurs sociaux, les médecins et les infirmières, ont des croyances, des attitudes, des valeurs et des comportements différents lorsqu'ils interviennent auprès des aînés maltraités. Une meilleure compréhension de ces éléments, tant au niveau personnel que professionnel, contribue à améliorer leur capacité de travailler ensemble, à résoudre des problèmes et à obtenir des résultats plus satisfaisants pour les personnes concernées (Yaffe et al., 2009). Qu'en est-il pour les autres professionnels, soit les policiers, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les auxiliaires familiales, les bénévoles, etc., alors que le travail en interdisciplinarité peut supposer la présence de ces acteurs incontournables selon la nature de la situation de maltraitance?

La collaboration entre professionnels de différents secteurs ou organisations ne se fait pas uniquement dans une équipe de travail. Elle peut aussi se faire au sein de tables intersectorielles sur la maltraitance dans toutes les régions du Québec (Beaulieu, 2002). Depuis le dépôt du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015*, plus de la moitié des CSSS ont formé des comités ou des tables locales de concertation intersectorielle sur cette problématique et près du tiers ont mis en place une équipe multidisciplinaire d'intervention. Malgré les retombées de leur travail et les stratégies qu'elles mettent en œuvre pour favoriser la prévention, l'identification et l'intervention en matière de

maltraitance (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010), certaines régions sont moins favorisées que d'autres. Le manque de ressources dans les petits milieux, par exemple, ne peut-il pas rendre la pratique concertée plus difficile et moins efficace? Quels impacts concrets cela peut-il avoir sur les aînés maltraités, sur l'incidence de la maltraitance et sur les inégalités entre les régions? Souhaitons que le plan d'action puisse amoindrir les disparités présentes entre elles grâce au bon travail des coordonnateurs régionaux qui œuvrent en étroite collaboration avec les tables en place pour assurer une offre de services cohérente dans chacune d'elles (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

Certains enjeux sont également non couverts par la recherche sur la maltraitance entre conjoints âgés. La plupart des auteurs qui se sont intéressés à cette problématique ont surtout rapporté que les maris sont les plus souvent impliqués dans ces situations (Montminy, 2011; Montminy et Drouin, 2004). D'autres, mentionnent plutôt que les femmes âgées qui ont vécu de la violence conjugale de la part de leur conjoint pendant plusieurs années peuvent devenir elles-mêmes violentes envers ce dernier (Gravel et al., 1997). Pourquoi les femmes sont-elles violentes ou le deviennent-elles en vieillissant? Le font-elles par vengeance? Sont-elles nombreuses à infliger des mauvais traitements ou s'agit-il d'une situation marginale? Quelles interventions doivent être privilégiées dans ce contexte de maltraitance? Si elles agissent par vengeance, les interventions à favoriser sont-elles différentes? Que les hommes âgés puissent être violentés par leur conjointe est un constat peut soulever et discuter par les chercheurs. Quelle est la réalité des hommes âgés maltraités? Quels sont leurs besoins? Quels sont les services et les ressources d'aide sur lesquels ils peuvent compter? Les ressources existantes sont-elles en mesure de répondre à leurs besoins et à leurs préoccupations? Quelles interventions auprès d'eux doivent être privilégiées et en quoi sont-elles différentes de celles promues envers les hommes plus jeunes?

Les recherches qui se sont penchées sur la violence conjugale au sein des couples âgés ont surtout considérées les femmes âgées comme un seul groupe lorsqu'elles atteignent l'âge de 60 ou 65 ans et plus. Toutefois, les femmes de plus de 60 ans ne vivent pas toutes cette situation de la même façon. Elles ont des besoins spécifiques, des réalités distinctes et des vécus différents qui appellent des interventions qui le sont tout autant (Montminy, 2011).

Bien qu'il n'y ait aucune approche ou modèle d'intervention tenant compte des besoins et de la réalité des femmes aînées vivant de la violence conjugale, les chercheurs soulignent qu'un consensus existe entre le champ de la maltraitance envers les aînés et celui de la violence conjugale. Cette approche intégrative, qui comprend des structures de collaboration liées, est présente dans des maisons d'hébergement aux États-Unis, mais peu au Canada. Comment faciliter l'implantation de cette approche? Quelles en sont les véritables retombées pour ces femmes? Comment favoriser davantage cette approche au Canada et particulièrement au Québec (Straka et Montminy, 2006)?

Par ailleurs, les chercheurs québécois mentionnent que les femmes aînées doivent pouvoir bénéficier de groupes de soutien, non seulement à l'intérieur des maisons d'hébergement pour femmes vivant de la violence conjugale, mais dans d'autres milieux où elles sont susceptibles de se retrouver. Les défis que soulève l'implantation de tels groupes demande donc que les organismes qui viennent en aide à ces femmes entretiennent davantage de liens avec les maisons d'hébergement (Montminy et Drouin, 2004) et que des stratégies soient développées pour les rejoindre, pour identifier les lieux, pour organiser les rencontres de groupe, pour déterminer l'organisme responsable, etc.

Pour finir, il est démontré que la violence psychologique est l'un des principaux moyens utilisés par le conjoint violent pour exercer du pouvoir et du contrôle auprès de sa femme. Considérant ses conséquences importantes à long terme et sa difficulté à la reconnaître, l'attention des professionnels et des chercheurs doit être recentrée sur cette forme de violence plutôt que sur la violence physique. Pour cela, il serait souhaitable qu'elle soit plus souvent définie par la loi comme étant une raison pour protéger la personne qui la subit et qu'une définition consensuelle et opérationnelle existe (Straka et Montminy, 2008).

10. CE QU'IL FAUT RETENIR POUR LA PRATIQUE EN TRAVAIL SOCIAL GÉRONTOLOGIQUE

La maltraitance envers les aînés est une problématique sociale complexe et multidimensionnelle qui suscite plusieurs réflexions et questionnements de la part des chercheurs québécois ayant publiés des articles scientifiques. Jusqu'à maintenant, je me suis surtout contentée d'exposer la

façon dont les auteurs envisagent les enjeux associés à l'intervention visant à contrer la maltraitance envers les aînés demeurant à domicile. À travers trois enjeux majeurs, j'ai fait ressortir la façon dont ils en font la description et soulignent certains défis, impacts et recommandations pour la pratique. Maintenant, je souhaite faire part de ce que je retiens pour la pratique en travail social gérontologique en m'appuyant sur les écrits des chercheurs québécois, mais également sur d'autres auteurs.

Mes nombreuses lectures et réflexions sur l'intervention auprès des aînés maltraités à domicile et sur la maltraitance en général m'ont fait prendre conscience que la pratique en travail social gérontologique doit tenir compte de certains éléments essentiels pour en assurer son efficacité, en tant qu'approche spécifique, et pour améliorer la qualité de vie et le bien-être des personnes aînées qui sont confrontées à ces situations. Je présenterai donc essentiellement ma perception face à cette pratique en n'abordant que certaines composantes m'apparaissant importantes. Entre autres, une formation initiale et continue pour tous professionnels et individus en contact avec des aînés maltraités ou non doit être encouragée; des actions concertées de prévention, d'identification et d'intervention auprès des aînés maltraités et de toutes autres personnes concernées par cette problématique doivent être favorisées et l'autonomie professionnelle des intervenants psychosociaux doit pouvoir être exercée sans entrave.

10.1. Formation initiale et continue des professionnels sur la maltraitance envers les aînés

Une formation initiale et continue sur la maltraitance envers les aînés s'avère être l'un des éléments clés pour assurer le succès du travail social en gérontologie. Avec le vieillissement accéléré de la population, le manque de formation des futurs professionnels et de ceux intervenant dans les milieux de pratique, de tels programmes de formation doivent être davantage développés et offerts (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2008; Beaulieu, 2004; Ministère de la Famille et des Aînés, 2008, 2010). Les problèmes de formation sur cette problématique touchent non seulement les médecins, les infirmières, les préposés aux bénéficiaires, les auxiliaires familiales, mais également les travailleurs sociaux (Bergeron Patenaude, 2010). Toutes ces personnes œuvrant auprès des aînés peuvent être, un jour ou l'autre, amenées à intervenir étroitement ensemble. Le manque de formation adéquate de l'une d'entre

elles risque de compromettre le travail de chacune d'elles et, nécessairement, celui du travailleur social.

Les travailleurs sociaux intervenants auprès des aînés maltraités ne doivent pas collaborer qu'avec des professionnels du réseau public de la santé et des services sociaux. Leur mandat leur demande de travailler aussi avec des intervenants des secteurs privé et communautaire et des bénévoles. Alors qu'un grand nombre d'entre eux ont une formation inadéquate sur la maltraitance, ils se sentent démunis lorsqu'ils sont confrontés à de telles situations (Bergeron Patenaude, 2010). Ceci peut compromettre leurs compétences dans les soins et le soutien qu'ils offrent et peut, du même coup, contribuer à l'apparition de situations de négligence (CDPDJ, 2001). Il n'y a pas seulement que la formation qui est déficiente, l'information sur les services offerts par les intervenants du secteur public ainsi que sur les recours possibles en matière de maltraitance le sont tout autant (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

Ce ne sont pas tous les services communautaires et les services publics qui ont mis sur pied des programmes structurés de prévention, d'identification ou d'intervention en lien avec la maltraitance des aînés. La pratique des intervenants se voit donc influencée par leur sensibilité, par les moyens qu'ils disposent et par les dynamiques qui existent dans leur milieu de travail (Beaulieu, 2004). Je suppose que ceci tend à changer depuis l'adoption du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, car il cherche à améliorer l'offre de formation et à mieux outiller les intervenants (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Pourtant, beaucoup de travail reste à faire, surtout au sein des organismes communautaires de certaines régions comme j'ai pu le constater lors de mon stage de maîtrise en service social au sein de la Table de concertation des aînés de la Haute-Yamaska. Peu d'intervenants et de bénévoles des organismes et des associations membres de cette table ont eu la chance d'améliorer leurs connaissances sur cette problématique pour mieux identifier les situations de maltraitance et intervenir adéquatement auprès des aînés maltraités. Alors que les divers professionnels du CSSS de cette même région peuvent déjà compter sur une solide formation en la matière, cette disparité risque d'occasionner un déséquilibre entre le secteur public et communautaire et, conséquemment, compromettre la collaboration qu'ils peuvent avoir ensemble dans certaines situations.

Au-delà du manque de formation sur la maltraitance des aînés, les besoins à combler divergent, selon qu'il s'agisse des professionnels, des intervenants, des bénévoles du réseau public ou du milieu communautaire et des personnes aînées. Dans ce cas, quels sont les besoins à combler par la formation, notamment pour les travailleurs sociaux? En fait, ils doivent pouvoir avoir une compréhension commune de ce phénomène, compter sur des moyens d'intervention appropriés, promouvoir une approche interdisciplinaire (Beaulieu, Gordon et Spencer, 2003) et identifier les situations de maltraitance (Paradis, Racine et Gagné, 2006) en ayant une meilleure reconnaissance des signes et des symptômes (Bergeron Patenaude, 2010). Comme nombre de chercheurs, je suis d'avis que la formation et la sensibilisation des travailleurs sociaux d'organismes communautaires ou du réseau de la santé et des services sociaux sont nécessaires pour les aider à surmonter les nombreuses difficultés qu'ils rencontrent, pour rendre plus efficient leur processus d'intervention et leur suivi (Beaulieu et Giasson, 2005; Beaulieu et Leclerc, 2006; Beaulieu et Neesham-Grenon, 2011; Giasson et Beaulieu, 2004), pour encourager la pratique réflexive (Brunet et Beaulieu, 2011), pour favoriser des collaborations efficaces entre les professionnels de divers milieux (Beaulieu et Leclerc, 2006), pour connaître les caractéristiques et les dynamiques de la problématique (Lithwick et al., 1999), pour identifier et évaluer les situations rencontrées et pour reconnaître les besoins d'aide (Giasson et Beaulieu, 2004).

Les intervenants psychosociaux doivent aussi avoir accès à des activités de perfectionnement (congrès et colloques) pour soutenir et développer leurs pratiques en contexte de maltraitance (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2008) ainsi qu'à de la formation continue formelle ou informelle, prenant la forme de réflexions individuelles et d'échanges entre collègues sur la transformation des acquis professionnels (Beaulieu, 2004). Une offre de formation améliorée permet, non seulement de développer les compétences des intervenants sur la maltraitance, mais elle leur assure d'être mieux outillés pour intervenir selon les différents types de maltraitance qu'ils rencontrent (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Elle favorise la gestion du stress de ces derniers, qui, mal géré, peut conduire à de l'épuisement professionnel et, par conséquence, à des situations de maltraitance (Shinan-Altman et Cohen, 2009). Par ailleurs, les programmes de formation s'adressant aux professionnels œuvrant auprès des aînés maltraités ne doivent pas mettre l'accent seulement sur l'acquisition de

nouvelles connaissances, mais ils doivent aussi s'attarder aux attitudes et aux croyances personnelles ou professionnelles (Yaffe et al., 2009).

Il n'y a pas que les professionnels qui doivent être davantage informés sur la question de la maltraitance envers les aînés. La population, les proches et les personnes aînées elles-mêmes doivent l'être également (CDPDJ, 2001), car ils peuvent être amenés, à un moment ou l'autre, à collaborer étroitement avec le travailleur social qui accompagne l'aîné dans le besoin et à devoir soutenir son intervention.

En regard du manque de formation et des besoins pour plusieurs fournisseurs de services et partenaires, quel est le contenu des programmes de formation offerts? Suivant les types de formation, les objectifs sont très variés et la plupart de celles-ci visent plus d'un. Il s'agit de développer les habiletés d'intervention et les connaissances sur le phénomène de la maltraitance envers les aînés, de mettre en place des protocoles d'intervention inter et intra-établissement et de favoriser une réflexion sur la pratique (Brunet, 2011). Quels sont les impacts de ces programmes sur la pratique des professionnels, notamment sur celle des travailleurs sociaux? Peu de programmes de formation ont fait l'objet de publication dans les revues scientifiques et ont été évalués. C'est donc dire qu'il est difficile de connaître les approches les plus profitables ainsi que les impacts chez les professionnels et dans les milieux de pratique (Brunet, 2011; OMS, 2002). Néanmoins, les programmes de formation ont des impacts à plusieurs niveaux. Ils permettent aux professionnels d'avoir un cadre ou des stratégies d'intervention. Ils améliorent les habiletés d'intervention et les connaissances des professionnels, que ce soit au niveau de la problématique, de la législation se rapportant aux situations de maltraitance ou de l'implantation de protocoles intersectoriels (Brunet, 2011). En d'autres mots, la formation améliore les interventions des professionnels en autant qu'elle soit programmée et structurée (Brunet et Beaulieu, 2011) et que plus d'informations soient offertes sur la façon de la dispenser afin qu'elle colle le plus possible aux différents contextes de pratique (Bergeron Patenaude, 2010).

10.2. Actions de prévention, d'identification et d'intervention concertées

Il n'y a pas que la formation des travailleurs sociaux qui puisse favoriser une meilleure intervention à domicile auprès des aînés maltraités. À mon avis, une intervention efficace ne doit

pas se limiter aux différentes pratiques et approches préconisées selon le type de maltraitance, le milieu de vie, la personne maltraitée ou celle qui est maltraitante. Elle ne doit pas non plus se restreindre à l'élaboration d'approches multisectorielles et concertées, à la prise en compte des droits, des besoins psychosociaux et de santé des aînés, ou au respect de leur capacité décisionnelle (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). D'autres actions concertées doivent être entreprises en amont pour lutter efficacement contre la maltraitance à domicile. On n'a qu'à penser à la prévention et à l'identification de ces situations. Bien que mon essai ne se soit pas penché sur ces actions incontournables, elles méritent qu'on s'y attarde avec une attention plus soutenue, car, à elles seules, elles auraient pu faire l'objet d'un autre essai.

Quant est-il plus exactement pour la prévention? Elle vise à informer et sensibiliser l'ensemble de la population ainsi que les groupes de personnes aînées plus vulnérables et plus susceptibles de vivre ce phénomène (Bergeron Patenaude, 2010) afin de diminuer ou d'éliminer les situations maltraitantes dans tous les milieux de vie des aînés. Elle cherche à promouvoir certaines valeurs comme le respect de la dignité humaine. Elle repose sur la reconnaissance des causes et des facteurs qui sont associés à cette problématique ainsi que sur la responsabilisation de tous les acteurs sociaux quant à la lutte visant à la réduire. Elle tend ainsi à accroître le degré de sensibilité de la société et à ce que la communauté acquière des attitudes et des comportements qui soient plus respectueux envers les aînés, en vue de créer un climat favorable où ces derniers se sentiront plus à l'aise de briser le silence et de faire les gestes nécessaires pour que cesse la maltraitance (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

L'identification consiste plutôt à reconnaître les situations de maltraitance et, par le fait même, les aînés qui peuvent être touchés par celles-ci. L'utilisation d'outils validés permet de prévenir leur aggravation en discernant les symptômes et les indices potentiels. Ainsi, les aînés peuvent être dirigés vers les ressources et les services appropriés à leur condition en créant un contexte propice au dévoilement et à la dénonciation des situations problématiques qu'ils vivent (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Devant la complexité de ce phénomène, l'identification de telles situations s'avère parfois difficile (Bergeron Patenaude, 2010), d'où l'importance de mettre en place des activités d'information et des programmes de formation auprès des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes

communautaires, des bénévoles, etc. (CRPSPC, en ligne).

Selon moi, la prévention, l'identification et l'intervention sont des actions interreliées où la distinction entre chacune d'elles n'est pas nécessairement facile à faire, surtout pour les deux dernières. Dépendantes les unes des autres, elles représentent des actions concertées et complémentaires qui se dressent sur un continuum où, ensemble, elles peuvent contrer la maltraitance vécue par les personnes aînées ou en réduire son intensité, et ce, pour améliorer leur qualité de vie, leur bien-être et leur sécurité. Ces actions concertées visent ainsi à assurer l'efficacité des interventions à domicile en misant sur la concertation entre les intervenants et les organismes communautaires et publics. Toutefois, comme le dit si bien le Ministère de la Famille et des Aînés (2010), le continuum des services, leur complémentarité et leur efficience ne sont pas assurés dans toutes les régions du Québec. « Il importe donc d'harmoniser les mécanismes existants pour mieux conjuguer les efforts dans une même direction et travailler dans la complémentarité. » (p.50). Cependant, cela soulève plusieurs enjeux, notamment de prendre le temps nécessaire pour éviter les guerres de missions et de territoires, de savoir partager des informations confidentielles et d'élaborer des ententes ou des protocoles entre les organismes concernés (Beaulieu, 2012b).

10.3. Autonomie professionnelle

Je ne peux conclure cette discussion sur la pratique en travail social gérontologique sans parler de l'autonomie professionnelle des intervenants psychosociaux œuvrant auprès des aînés maltraités. Il est essentiel que les travailleurs sociaux en gérontologie puissent exercer leur autonomie professionnelle dans leur milieu de pratique en vue de lutter efficacement contre cette problématique et d'exercer leur jugement clinique et leur prise de décision en fonction de leurs propres valeurs personnelles et professionnelles. Malgré ces aspects, cette autonomie est menacée par les transformations dans l'organisation et la distribution des services, par les modifications du contexte professionnel de la pratique et par l'ingérence de l'organisation (Beaulieu et Giasson, 2005). Comme le dénonce si bien le Conseil central des syndicats nationaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (2000; dans Beaulieu et Giasson, 2005), sous les pressions des demandes et des contraintes budgétaires, les établissements tentent d'imposer des modèles d'intervention aux travailleurs sociaux en préconisant l'intervention en situation de crise plutôt que des approches

thérapeutiques et préventives.

Plus spécifiquement, on a qu'à penser au *lean management* qui, depuis quelques mois maintenant, fait beaucoup parler de lui au sein du réseau de la santé et des services sociaux. À travers un ensemble intégré de principes, de pratiques, de techniques et d'outils, ce modèle de gestion vise à éliminer les causes de la mauvaise performance du système de santé en révisant l'organisation du travail, en améliorant ses processus, en optimisant le temps requis pour le dossier d'un client et en éliminant le gaspillage. Quoiqu'on ne puisse être contre la vertu, ces visées cachent bien des réalités. Il n'y a qu'à penser à la standardisation des pratiques par l'utilisation de règles et de contrôles spécifiques répondant à des exigences précises, à des valeurs organisationnelles qui orientent les actions en déterminant les comportements et les attitudes à adopter dans la réalisation du travail, et à l'établissement de quotas, de cadence de travail et de durée *standard* pour les interventions et les services offerts. Cette méthode de gestion met également en opposition certains principes. Elle dit vouloir permettre l'expression créative et individuelle pour améliorer le processus de production de services, tandis que, de l'autre côté, elle standardise la pratique des professionnels (Lajoie et Settecasi, 2011). Ces conditions présentes dans certains milieux de pratique contribuent, dans une certaine mesure, à faire du travail social une pratique plus ou moins autonome, mettant ainsi en jeu l'identité professionnelle de ceux qui s'y consacrent (Fortin, 2003; dans Beaulieu et Giasson, 2005).

Avec les nombreux changements rencontrés au sein de la société et des organisations, l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux est donc de plus en plus difficile à exercer. Les institutions actuelles, étant incapables de laisser la place à la diversité et à la singularité, cherchent plutôt à normaliser ces intervenants et, à la limite, à les stigmatiser. Aussi, elles les influencent et façonnent leurs réponses lorsqu'ils sont confrontés à des questionnements éthiques. Dans ce contexte, il devient ainsi difficile pour eux de prendre des décisions cliniques et de préconiser des mesures dites *douces*, lesquelles se révèlent être longues et complexes et qui exigent un investissement important aux plans personnel et professionnel (Beaulieu et Giasson, 2005).

Il faut donc respecter le jugement clinique et l'autonomie professionnelle de l'ensemble des

travailleurs sociaux et, notamment, ceux œuvrant auprès des aînés maltraités au sein du réseau public. Pour ce faire, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Réjean Hébert, doit ramener la qualité des interventions en revenant à une humanisation des soins et des services (Chabot, 2012). Le *lean management* ou toutes autres avenues compromettant ces deux aspects doivent, sans aucun doute, sortir du vocabulaire des décideurs et des gestionnaires. Y arriveront-ils?

11. CONCLUSION

La maltraitance envers les aînés est une forme de violence familiale qui est reconnue comme une problématique sociale depuis un peu plus d'une trentaine d'années au Québec. Elle a suscité l'attention des professionnels, des chercheurs et des gouvernements au cours des années à travers divers rapports, consultations, comités, orientations et politiques gouvernementales, pour finalement aboutir à l'adoption du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015* en 2010. Les chercheurs québécois qui se sont intéressés à cette problématique y ont publié de nombreux articles scientifiques, surtout depuis les années 2000. Traitant de sujets variés, seuls ceux liés aux enjeux associés à l'intervention visant à contrer la maltraitance envers les aînés demeurant à domicile ont été retenus pour cet essai.

Les nombreux défis que pose l'intervention auprès des aînés en contexte de maltraitance se centrent, en regard de ma pratique future en travail social, autour de trois enjeux majeurs. Comme démontré au cours de mon essai, les dilemmes éthiques et psychosociaux que je peux rencontrer dans le cadre de mes interventions peuvent influencer ma prise de décision éthique et le choix de mon type d'approche selon la situation de maltraitance. Confrontée entre des valeurs visant le respect de l'autodétermination et la protection des aînés maltraités, je devrai être à la quête d'une équilibration entre celles-ci pour le bien de ces derniers. Je ne ferai pas face uniquement à ces dilemmes, d'autres seront également présents selon le type de scénario d'intervention priorisée. Il n'y a qu'à penser à mes valeurs et à mes pré-construits, à l'aptitude ou à l'inaptitude de l'aîné maltraité, à la confidentialité lors de collaboration, au contexte organisationnel dans lequel j'exercerai, etc. Heureusement, pour surmonter ces enjeux, je peux déjà compter sur mes apprentissages et une formation sur la maltraitance envers les aînés. Il ne me reste plus qu'à souhaiter pouvoir bénéficier, dans mon futur milieu de travail, d'un soutien favorisant ma réflexion éthique et facilitant ma prise de décision. De pouvoir compter sur une

équipe interdisciplinaire, des gestionnaires, des rencontres régulières de supervision clinique et des outils d'intervention rendant ma pratique auprès d'eux encore plus humaine, respectueuse et efficace.

La collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle est également un autre enjeu majeur que je pourrai rencontrer au sein de ma pratique future dans l'atteinte d'une action commune lors d'interventions auprès d'aînés maltraités. Faire preuve d'ouverture face à la différence, favoriser le partage d'informations dans le respect des règles de confidentialité et des limites du secret professionnel et tendre vers une opinion professionnelle en tenant compte de l'autodétermination et de la protection de l'aîné, sont des principes qui doivent être considérés dans ma pratique afin que la collaboration à laquelle je participerai soit plus efficace en termes d'identification, d'évaluation, d'intervention et de suivi de cas de maltraitance. Si la collaboration dans mon milieu s'avère déficiente, j'espère pouvoir compter sur de la formation, sur le développement et l'implantation d'une philosophie organisationnelle influençant la collaboration interprofessionnelle et sur la discussion de cas en équipe multidisciplinaire.

En contexte d'intervention auprès d'aînés maltraités, il n'y a aucun doute que je risque d'être confrontée, un jour ou l'autre, à des situations de maltraitance apparaissant entre conjoints âgés au moment de la vieillesse ou qui sont la poursuite d'une relation de violence conjugale qui existe depuis longtemps. Les pratiques préconisées en maisons d'hébergement, les interventions fondées sur le principe de l'*empowerment*, les interventions de groupe et l'approche de réduction des méfaits ne sont que quelques avenues sur lesquelles je pourrai compter afin que des impacts positifs soient visibles sur les femmes aînées vivant de la violence conjugale.

Alors que la recherche se penche sur certains enjeux associés aux dilemmes éthiques et psychosociaux, à la collaboration et à la maltraitance entre conjoints aînés, d'autres ne sont pas couverts. Des travaux de recherche doivent être notamment poursuivis sur les dilemmes éthiques et les valeurs des professionnels, autres que les intervenants psychosociaux, sur les personnes maltraitantes, sur le succès de certaines interventions relativement à celles qui ne fonctionnent pas, sur les tables locales de concertation intersectorielle, sur les femmes aînées violentes à l'endroit de leur conjoint et sur l'approche intégrative. En complément de tout cela, la pratique du

travail social gérontologique demande à ce que tous les professionnels en contact avec des aînés maltraités puissent avoir droit à une formation initiale et continue, que des actions concertées de prévention, d'identification et d'intervention auprès de ces derniers soient développées et implantées et que les intervenants psychosociaux puissent exercer leur autonomie professionnelle en étant soutenus par leur organisation.

L'intervention directe auprès des aînés maltraités vivant à domicile n'est qu'un des éléments faisant partie de l'ensemble du processus d'intervention au sein duquel le travailleur social est amené à s'impliquer. La prévention et l'identification sont d'autres aspects sur lesquels il doit poursuivre son action pour que la maltraitance cesse ou que son intensité en soit réduite. En fait, comme moi, d'autres étudiants portant un intérêt marqué pour cette problématique pourrait pousser leur attention et leur réflexion sur l'identification des situations de maltraitance, notamment sur les outils validés permettant de reconnaître les personnes aînées maltraitées et maltraitantes, sur les conditions favorisant leur identification et sur les enjeux rencontrés, communs à certains égard avec ceux associés à l'intervention. À un autre niveau, une démarche semblable à la mienne pourrait être entreprise en s'intéressant, cette fois-ci, à l'intervention auprès d'aînés maltraités en milieu d'hébergement. Une telle réflexion serait l'occasion de voir ce qui ressort de cette problématique dans ce contexte de pratique et si des similitudes ou des divergences notables existent dans ces deux milieux de pratique. Comme on peut le voir, la maltraitance envers les aînés est un champ vaste où les sujets à explorer ne manquent pas.

ANNEXE 1

GRILLE DE LECTURE ET D'ANALYSE

<input type="checkbox"/> Retenu <input type="checkbox"/> Non retenu Pourquoi :	
Référence :	
Méthodologie utilisée pour recueillir les informations pour les articles scientifiques :	
<input type="checkbox"/> Empirique (méthode, recherche, échantillon) <input type="checkbox"/> Recension d'écrits <input type="checkbox"/> Analyse de politiques, règlements, lois <input type="checkbox"/> Réflexion (ex. témoignage issu de la pratique) <input type="checkbox"/> Développement et/ou validation d'outil <input type="checkbox"/> Récit de vie <input type="checkbox"/> Dossier de cas	
Intervention faite par : <input type="checkbox"/> Intervenant des organismes communautaires <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Autres professionnel du réseau public :	<input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> Préposé <input type="checkbox"/> Auxiliaire
Profil de la victime : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autres caractéristiques :	<input type="checkbox"/> Âge : <input type="checkbox"/> Gais/lesbiennes <input type="checkbox"/> Vulnérabilité
Profil des personnes maltraitantes : <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Personnel soignant (lesquels) : <input type="checkbox"/> Autres caractéristiques :	<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Inconnu
Lieu de la maltraitance : <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> HLM <input type="checkbox"/> Coopérative <input type="checkbox"/> Résidence hébergement privée
Enjeux (défis, limites) des interventions : <input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Violence conjugale <input type="checkbox"/> Interculturel <input type="checkbox"/> Intergénérationnel <input type="checkbox"/> Interprofessionnel / Interdisciplinaire / intersectoriel <input type="checkbox"/> Gais et lesbiennes <input type="checkbox"/> Autonomie vs protection <input type="checkbox"/> Partenariat / Collaboration <input type="checkbox"/> Éthique <input type="checkbox"/> Inaptitude <input type="checkbox"/> Peur du crime <input type="checkbox"/> Sentiment de sécurité <input type="checkbox"/> Politique Publique <input type="checkbox"/> Outil validé et guide de pratique <input type="checkbox"/> Maltraitance financière <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Âgisme <input type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Dépistage et identification <input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement <input type="checkbox"/> Perte autonomie <input type="checkbox"/> Contention <input type="checkbox"/> Vulnérabilité (handicapé, perte cognitive, etc) <input type="checkbox"/> Théorie explicative <input type="checkbox"/> Dynamique relationnelle (proche aidant, professionnel,etc) <input type="checkbox"/> Droits et liberté <input type="checkbox"/> Loi <input type="checkbox"/> Violence gériatrique <input type="checkbox"/> Mécanismes de dénonciation <input type="checkbox"/> Maltraitance envers les hommes <input type="checkbox"/> Service psychiatrique de gériatrie <input type="checkbox"/> Autres :

Interventions décrites (Comment elle est définie, comment ils la font?) :
Impacts des interventions :
Évaluations faites des interventions :
Recommandations pour la recherche et la pratique :
Aspects manquants et non couverts par l'article :
Commentaires :

ANNEXE 2

ENJEUX SOULEVÉS PAR LES CHERCHEURS QUÉBÉCOIS

1. Dilemmes éthiques et psychosociaux en intervention
2. Collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle
3. Maltraitance entre conjoints âgés
4. Facteurs de risque et de vulnérabilité
5. Dynamique relationnelle
6. Intentionnalité ou non de la maltraitance et ses conséquences
7. Peur du crime ou sentiment d'insécurité lié à la victimisation
8. Respect des droits et des libertés
9. Dénonciation : freins à la dénonciation, mécanismes de dénonciation
10. Loi : législation, déclaration obligatoire, régime de protection
11. Politiques publiques
12. Clientèles particulières : gais et lesbiennes, minorité culturelle
13. Valeurs et représentations sociales des professionnels
14. Exercice de l'autonomie professionnelle
15. Contraintes organisationnelles
16. Violence gériatrique : non-traitement de la douleur
17. Relation intergénérationnelle
18. Âgisme
19. Formation
20. Contexte d'aide

ANNEXE 3

DOCUMENTS QUÉBÉCOIS FAISANT LA PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE

- *Orientations ministérielles en matière de services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* (2001) du MSSS;
- Plan d'action du Secrétariat aux aînés, *Le Québec et ses aînés : engagés dans l'action – Engagements et perspectives 2001-2004* (2001);
- Politique de soutien à domicile du MSSS *Chez soi : le premier choix* (2003);
- Forum des générations en 2004;
- Document du MSSS *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*;
- Rapport *Une pleine participation des aînés au développement du Québec afin de construire un Québec pour tous les âges* (2004);
- *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : un défi de solidarité* (2005) du MSSS, qui prévoit, dans chaque CSSS, la formation d'une table multisectorielle visant à contrer la maltraitance (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010);
- Loi sur les services de santé et les sociaux (LSSSS) adoptée en 2006, qui propose des mécanismes de lutte contre la maltraitance des usagers vulnérables en termes d'amélioration du mécanisme de traitement des plaintes, de certification des ressources d'hébergements privées destinés aux aînés et d'encadrement du recours aux mesures de contrôle (salle d'isolement, contention physique et chimique) (Beaulieu et Crevier, 2010);
- Politique gouvernementale *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité* (2009) et son plan de mise en œuvre.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. (2008). *Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les aînés 2008-2012.*

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. (2009). *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012.* Récupéré le 19 février 2013 de <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/ASSS/Publications/PAR%20-%202009.pdf>

Anetzberger, G. J. (2005). The reality of elder abuse. *Clinical Gerontologist*, 28(1), 1-25.

Assistance aux femmes. (2010). *Historique et mission.* Récupéré le 5 mars 2013 du site de l'organisme : <http://www.assistanceauxfemmes.ca/a-propos-de-nous/historique-et-mission/>

Beaulieu, M. (n.d.). *Intervention dans les situations de maltraitance envers les aînés : Guide de pratique En Mains.* Présentation Powerpoint afférent à la formation *En Mains* (80 diapositives). Récupéré le 10 avril 2013 de <http://s3.e-monsite.com/2011/02/16/28504161guide-de-pratique-en-mains-pdf.pdf>

Beaulieu, M. (1992). Elder abuse: Levels of scientific knowledge in Quebec. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4(1-2), 135-149.

Beaulieu, M. (2002). La protection des personnes aînées contre l'exploitation. *Le Gérontophile*, 24(2), 34-39.

Beaulieu, M. (2004). La formation continue informelle : une réflexion inspirée de pratiques gérontologiques. *Interactions*, 8(2), 45-55.

Beaulieu, M. (2006). Intervention psychosociale auprès des familles-soutien violentes ou négligentes. *Relations*, 1, 45-50.

Beaulieu, M. (2007). *Maltraitance des personnes âgées.* Dans M. Arcand, & R. Hébert (Éds), *Précis pratique de gériatrie* (p. 1145-1163). Acton Vale : Edisem et Maloine.

Beaulieu, M. (2010). EN MAINS. Arbre décisionnel « Enjeux éthiques, Maltraitance, Aînés, INtervention, Scénarios ». National Initiative for the Care of the Elderly, Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur le vieillissement.

Beaulieu, M. (2011, mars). *Un plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance : l'influence de la recherche sur les politiques publiques.* 21e édition du Gérontoclub, Sherbrooke, Canada.

Beaulieu, M. (2012a, février). *Maltraitance envers les personnes aînées au Québec : Quel chemin avons-nous parcouru depuis les années 1980?* Communication présentée au Colloque sur la maltraitance envers les aînés. Comment aider? Défis et dilemmes de l'intervention en contexte de maltraitance envers les aînés, Montréal, Canada.

Beaulieu, M. (2012b). Contrer la maltraitance envers les personnes aînées au Québec. Bilan historique des politiques publiques et inventaire des principales actions. *Risques & Qualité*, 9(4). 59-65.

Beaulieu, M. et Brunet, C. (2011). Intergénérationnel, interculturel et interprofessionnel : trois gages de succès dans les interventions pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées. Dans « Vieillir dans le respect : un choix,... une évidence? » *L'Observatoire, Les actes +*, 22-29.

Beaulieu, M. et Crevier, M. (2010). Contrer la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes aînées. Regard analytique sur les politiques publiques au Québec. *Gérontologie et Société*, 133, 69-87.

Beaulieu, M. et Crevier, M. (inédit). *Quand l'âgisme mène à considérer toutes les personnes aînées comme étant vulnérables et sujettes à la maltraitance*.

Beaulieu, M. et Dubuc, S. (2004, octobre). *Les dilemmes éthiques des intervenants-es confrontés aux situations de mauvais traitements envers les personnes aînées*. Communication présentée au 4e colloque de l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes, Montréal, Canada. Récupéré le 22 mars 2013 du site de l'association, section Publications : http://www.aqv.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=85&Itemid=92#a%C3%AE_n%C3%A9s

Beaulieu, M. et Giasson, M. (2005). L'éthique et l'exercice de l'autonomie professionnelle des intervenants psychosociaux œuvrant auprès des aînés maltraités. *Nouvelles pratiques sociales*, 18(1), 131-147.

Beaulieu, M., Gordon, R. et Spencer, C. (2003). *An Environmental Scan of Abuse and Neglect of Older Adults in Later Life in Canada : What's Working and Why*. Research report prepared for the Federal, Provincial, and Territories Ministers responsible for Seniors.

Beaulieu, M. et Leclerc, N. (2006). Ethical and psychosocial issues raised by the practice in cases of mistreatment of older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3/4), 161-186.

Beaulieu, M. et Neesham-Grenon, F. (2011). Un guide de pratique pour le suivi de situations de maltraitance envers les personnes aînées. Présentation de l'outil *En Mains*. Dans « Vieillir dans le respect : un choix,... une évidence? » *L'Observatoire, Les actes +*. 62-66.

Beaulieu, M. et Spencer, C. (2001). The emergence of older adults' personal relationships in Canadian Law. *International Journal of Law and Psychiatry. Special issue « Aging »*, 24(2/3), 213-232.

Beaulieu, M. et Vandal, A. (1990). «Vieillir ... en toute liberté » : synthèse et pistes de réflexion. *Le Gérontophile*, 12(3), 7-12.

Belzile, L., Beaulieu, M., Berg, N., & Respect Seniors. (2013). Quelques défis pour la pratique du travail social dans la lutte contre la maltraitance envers les aînés en Wallonie. *Intervention*, 137, 57-67.

Bergeron Patenaude, J. (2010). *Quiz sur la maltraitance envers les personnes aînées*. (essai de maîtrise non publié). Université de Sherbrooke, Canada.

Bilodeau, D. (1990). L'approche féministe en maison d'hébergement : quand la pratique enrichit la théorie. *Nouvelles pratiques sociales*, 3(2), 45-55.

Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Meyer, E., Peterkin, A. et Richard, B. (2007). Coming out to care: Caregivers of gay and lesbian seniors in Canada. *The Gerontologist*, 47(4), 490-503.

Brotman, S., Ryan, B. et Cormier, R. (2003). The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *The Gerontologist*, 43(2), 192-202.

Brunet, C. (2011). *Réflexion sur les enjeux liés à l'implantation du guide de pratique En Mains et les facteurs favorisant son appropriation et utilisation*. (essai de maîtrise non publié). Université de Sherbrooke, Canada.

Brunet, C. et Beaulieu, M. (2011). Bonifier les changements de pratique à la suite d'une formation continue en milieu de travail : réflexion tirée de l'expérience d'implantation du guide de pratique En Mains (intervention en maltraitance envers les aînés). *Vie et vieillissement*, 9(2), 52-58.

Buzgova, R. et Ivanova, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16(1), 110-126.

Canuel, C., Couturier, Y. et Beaulieu, M. (2010). Le rôle des proches dans le processus de détermination de l'inaptitude de la personne âgée en perte d'autonomie du point de vue des professionnels. *Enfance, famille, générations*, 13, 97-115.

Carrefour pour Elle. (n.d.). *Notre mission*. Récupéré le 5 mars 2013 du site de l'organisme : <http://www.carrefourpourelle.org/notre-mission.html>

Centre québécois de ressources en promotion de la santé et en prévention de la criminalité. *Mieux connaître et agir*. Récupéré le 7 février 2013 du site de l'organisme : http://www.crpspc.qc.ca/default.asp?fichier=etat_texte_synthese_05.htm

Chabot, L. (2012). *Proaction: le ministre doit ouvrir les yeux plus largement*. Récupéré le 4 avril 2013 du blogue de Louise Chabot, présidente de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) : <http://www.louisechabot.ca/proaction-le-ministre-doit-ouvrir-les-yeux-plus-largement/>

Cohen-Lithwick, M. (2003). Elder abuse: Whose problem is it? *Intervention*, 119, 24-34.

Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie. (2001). *Développer la concertation en toxicomanie : Guide pour les intervenants et les gestionnaires*. Gouvernement du Québec.

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2001). *L'exploitation des personnes âgées. Vers un filet de protection resserré. Rapport de consultation et recommandations*. Gouvernement du Québec.

Conseil des aînés. (1995). *Avis sur les abus exercés à l'égard des personnes âgées*. Gouvernement du Québec.

Fortier, L. (2003). Exploration des connaissances relatives à la collaboration interprofessionnelles chez les finissants d'une école de service social. *Intervention*, 118, 21-30.

Fortier, L. (2004, mai). *Des alliances...au quotidien. La base de la collaboration interprofessionnelle*. Communication présentée au congrès annuel de l'AQIISM, Montréal, Canada. Récupéré le 19 février 2013 de

<http://www4.banq.qc.ca/pgq/2005/3132352/3132352.pdf>

Giasson, M. et Beaulieu, M. (2004). Le respect de l'autonomie : un enjeu éthique dans l'intervention psychosociale auprès des aînés maltraités. *Intervention*, 120, 98-109.

Giroux, M. T. (2001). Tribune d'éthique. La violence conjugale : quand la crainte l'emporte sur la confiance... *Clinicien*, 16(6), 61-69.

Goergen, T. et Beaulieu, M. (2010). Criminological theory and elder abuse research – Fruitful relationship or worlds apart? *Ageing International*, 35(3), 185-201.

Gouvernement du Québec. (1973). *Code des professions*. Récupéré le 21 février 2013 de http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.htm&PHPSESSID=36617b2f4fa6d2928dd8ec6f1def1284

Gouvernement du Québec. (1975). *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*. Récupéré le 20 février 2013 de

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_12/C12.HTM

Gouvernement du Québec. (1995). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la Justice, Ministère de la Sécurité publique, Ministère de l'Éducation, Secrétariat à la condition féminine, Secrétariat à la famille.

Gouvernement du Québec. (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez-soi, dans sa communauté, au Québec*. Ministère de la Famille et des Aînés, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Gravel, S., Beaulieu, M. et Lithwick, M. (1997). Quand vieillir ensemble fait mal : les mauvais traitements entre conjoints âgés. *Criminologie*, XXX(2), 67-85.

Harbison, J., Coughlan, S., Beaulieu, M., Karabanow, J., VanderPlaat, M., Wildeman, S. et Wexler, E. (2012). Understanding elder abuse and neglect: A critique of assumptions underpinning responses to the mistreatment and neglect of older people. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(2), 88-103.

Janvier Lafrenière, R. et Beaulieu, M. (2009). Réflexions éthiques. Propos d'infirmières de CLSC sur le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. *Perspective infirmière*, 6(5), 52-58.

L'Espérance, N., Dubé, M., Beaulieu, M., Cousineau, M.-M. et Alain, M. (2011). Les insécurités liées à la victimisation criminelle chez les aînés : facteurs de prédiction. *Journal international de victimologie*, 9(1), 246-266.

Lachance, M., Beaulieu, M., Dubé, M., Cousineau, M.-M. et Paris, M. (2010). Le sentiment d'insécurité lié à la victimisation criminelle : regard critique sur la modélisation d'un concept polymorphe. *Journal international de victimologie*, 8(1), 55-65.

Lajoie, M. et Settecasi, E. (2011, décembre). Les principes de la pensée *LEAN* appliqués aux processus cliniques et administratifs en santé. Communication présentée à la 15^e saison des Rendez-vous de la réadaptation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal, Canada. Récupéré le 4 avril 2013 du site du centre : http://www.luciebruneau.qc.ca/data/luciebruneau/files/file/RDV_Approche_Lean_6dec2011.pdf

Larousse. (en ligne). Dictionnaire français. Récupéré le 12 février 2013 du site de Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/domicile/26369>

Lebel, É. (2011). Maltraitance dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée. *Les cahiers de Plaidoyer-Victimes*, 7, 125-127.

Lévesque, J. et Beaulieu, M. (2011). Lutter contre l'âgisme par le biais d'activités intergénérationnelles. Réflexions tirées d'une pratique. *Vie et vieillissement*, 9(3), 6-13.

Lithwick, M. (1992). A comprehensive approach to elder abuse. *Journal of Jewish Communal Service*, 68(2), 123-132.

Lithwick, M., Beaulieu, M. et Gravel, S. et Straka, S. (1999). The mistreatment of older adults: Perpetrator-victim relationships and interventions. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 11(4), 95-112.

Matsuoka, A., Guruge, S., Koehn, S., Beaulieu, M., Ploeg, J., Lithwick, M., Manuel, L., Mullings, D., Roger, K., Spencer, C., Tyyskä, V., Walsh, C. et Gomes, F. (2013). Prevention of Abuse of Older Women in the Post-Immigration Context in Canada. *Canadian Review of Social Policies/Revue canadienne de politique sociale*, 68/69, 107-120.

Mauriat, C., de Stampa, M., Simana, F., Jouvammet, M., Garnier, B. et Cassou, B. (2009). Pistes de réflexion à l'intention des professionnels du domicile faisant face au refus d'aide/de soins de la part des personnes âgées à domicile. *Gérontologie et société*, 4(131), 81-97.

Ministère de la Famille et des Aînés. (2008). *Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés. Préparons l'avenir avec nos aînés*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Famille et des Aînés. (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015*. Gouvernement du Québec.

Montminy, L. (2000). Les mauvais traitements entre conjoints âgés : état des connaissances. *Le Gérontophile*, 22(4), 15-20.

Montminy, L. (2005). Older women's experiences of psychological violence in their marital relationships. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(2), 3-22.

Montminy, L. (2011). Formes, manifestations et conséquences de la violence conjugale vécue par les aînés. *Journal international de victimologie*, 9(1), 281-293.

Montminy, L. et Drouin, C. (2004). L'intervention en maison d'hébergement auprès des aînées victimes de violence conjugale. *Intervention*, 121, 90-99.

Montminy, L. et Drouin, C. (2006). Des pistes pour comprendre et accompagner les aînées qui vivent de la violence conjugale. *Vie et vieillissement*, 5(2), 49-51.

Nahmiash, D. (1995). Quelques réflexions sur les mauvais traitements et la négligence exercés à l'endroit des personnes âgées. *Service social*, 44(2), 111-128.

Nahmiash, D. (2002). Powerlessness and abuse and neglect of older adults. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 14(1), 21-47.

Nahmiash, D. et Reis, M. (2000). Most successful intervention strategies for abused older adults. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12(3/4), 53-70.

National Center on Elder Abuse. (2011). *Types of Abuse*. Récupéré le 12 février 2013 de l'organisme: http://www.ncea.aoa.gov/FAQ/Type_Abuse/index.aspx

National Initiative for the Care of the Eldery. (2012). *Defining and measuring elder abuse and neglect. Synthesis of Preparatory Work Required to Measure the Prevalence of Abuse and Neglect of Older Adults in Canada*.

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux 2012*. Récupéré le 13 février 2013 du site de l'ordre : <http://www.optsq.org/docs/cadres-et-guides-de-pratique/nouveau-r%C3%A9f%C3%A9rentiel-ts-2012-19-07-2012-final.pdf?sfvrsn=0>

Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport sur la violence et la santé*. Récupéré le 3 avril 2013 de http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf

Paradis, M., Racine, P. et Gagné, D. (2006). *Évaluation des interventions et des activités liées à*

la problématique de l'abus, la négligence et la violence à l'endroit des aînés. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique.

Pellissier, J. (2009). Âgisme et stéréotypes. *Vie et vieillissement*, 7(2), 4-8.

Plamondon, L. (2000). Violence en gériatrie : le cas de la douleur et ses enjeux éthiques. *Gérontologie et société*, 92, 121-133.

Plamondon, L. (2009). L'âgisme peut-il être meurtrier? *Vie et vieillissement*, 7(2), 49-60.

Plamondon, L. et Nahmias, D. (2006). Portrait de la vulnérabilité et des risques dans la population âgée vivant en HLM. *Vie et vieillissement*, 5(1), 27-36.

Reis, M. et Nahmias, D. (1995). When seniors are abused: An intervention model. *The Gerontologist*, 35(5), 666-671.

Reis, M. et Nahmias, D. (1998a). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480.

Reis, M. et Nahmias, D. (1998b). *Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées : un manuel d'intervention*. Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université Laval.

Riendeau, L. et Monastesse, M. (2007). *Permettre aux femmes victimes de violence conjugale ou en difficulté de vivre en toute sécurité. Un élément essentiel pour l'accès à l'égalité pour toutes les Québécoises!* Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec. Récupéré le 7 mars 2013 de <http://www.fede.qc.ca/pdf/DocVCCampagnepartis.pdf>

Rioux, A. O. (2011, mai). *L'interdisciplinarité*. Communication présentée dans le cadre de la Journée de formation annuelle en maladies chroniques de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Rimouski, Canada. Récupéré le 19 février 2013 du site de l'agence :

http://www.agencesssbsl.gouv.qc.ca/Telechargements/Sante_publique_et_services/Maladies_chroniques/Presentations_20mai2011/Aline_O_Rioux_Linterdisciplinarite.pdf

Robidoux, M. (2007). *Cadre de référence sur la collaboration interprofessionnelle*. Récupéré le 19 février 2013 de <http://www.usherbrooke.ca/ecoole-en-chantier/fileadmin/sites/ecoole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>

Sauvageau, A. et Racette, S. (2006). Fatal neglect of the elderly by a spouse: A case report. *Medicine, Science, and the Law*, 46(2), 173-176.

Santé Canada. (2000). *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés*. Document de travail.

Shinan-Altman, S. et Cohen, M. (2009). Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes:

- The effect of work stressors and burnout. *The Gerontologist*, 49(5), 674–684.
- Straka, S. M. et Montminy, L. (2006). Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. *Violence Against Women*, 12(3), 251-267.
- Straka, S. M. et Montminy, L. (2008). Family violence: Through the lens of power and control. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 255-279.
- Table de concertation des aînés de la MRC Memprémagog. (2003). *Protocole de prévention et d'intervention contre les mauvais traitements faits aux personnes âgées*.
- Tremblay, G. (2011). Les commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services et les droits et recours des personnes âgées dans les résidences privées. *Les cahiers de Plaidoyer-Victimes*, 7, 15-18.
- Turmel, A. (2012). *L'échange de renseignements confidentiels lorsque la sécurité d'une personne est menacée*. Présentation PowerPoint. St-Hyacinthe, Canada (69 diapositives).
- Vetere, P. M. (2011). Elder abuse: What are we missing? *Canadian Family Physician/Le médecin de famille canadien*, 57(7), 783-785.
- Vida, S. (1994). An update on elder abuse and neglect. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(8suppl 1), S34-40.
- Vida, S., Monks, R. C. et Des Rosiers, P. (2002). Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(5), 459-467.
- Wiseman, M. (2008). The role of the dentist in recognizing elder abuse. *Journal Canadian Dental Association*, 74(8), 715-720.
- Yaffe, M. J., Weiss, D., Wolfson, C. et Lithwick, M. (2007). Detection and prevalence of abuse of older males: Perspectives from family practice. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19(1/2), 47-60.
- Yaffe, M. J., Wolfson, C. et Lithwick, M. (2009). Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: Implications for training and interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 646-654.