

## **La maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement**

### **État de situation sur sa prise en charge et mise en perspective d'une approche visant le signalement obligatoire**

Par

**Marie Beaulieu, Ph. D (1)**  
**Marie-Eve Manseau-Young, M.S.S. (2)**  
**Caroline Pelletier, TS., M.S.S. (3)**  
**Charmaine Spencer, LLB et LLM (4)**

Janvier 2015

(1) Titulaire de la Chaire; Professeure à l'École de travail social, Université de Sherbrooke; Chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS

(2) Professionnelle de recherche, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées

(3) Candidate au Ph. D. en gérontologie et Travailleuse sociale dans le secteur SAPA au CSSS-IUGS

(4) Chercheure au *Gerontology Research Center* de l'Université Simon Fraser à Vancouver

## **SOMMAIRE EXÉCUTIF**

Préparé par

**Marie Beaulieu, Ph. D (5)**  
**Roxane Leboeuf, M. Serv. Soc. (6)**

(5) Titulaire de la Chaire; Professeure à l'École de travail social, Université de Sherbrooke; Chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

(6) Coordinatrice de la Chaire et professionnelle de recherche, Université de Sherbrooke - Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées

4 mai 2016



Chaire de recherche sur la maltraitance  
envers les personnes âgées

Research Chair on Mistreatment of Older Adults

## Table des matières

<b>1. Introduction</b> .....	1
<b>2. Signalement obligatoire et lutte contre la maltraitance en milieu d’hébergement : définition des concepts, synthèse des connaissances et enjeux pour la pratique</b> .....	2
2.1 Clarifications conceptuelles.....	2
2.2 Synthèse des connaissances.....	4
2.3 Enjeux pour la pratique .....	6
<b>3. Bilan des mécanismes existants de lutte contre la maltraitance en milieu d’hébergement au Canada</b> .....	8
3.1 Argumentaire en lien avec le signalement obligatoire .....	8
3.2 Mécanismes de signalement de maltraitance en milieu d’hébergement .....	9
3.3 Mécanismes de lutte contre la maltraitance en milieu d’hébergement.....	10
<b>4. Bilan des mécanismes existants de lutte contre la maltraitance en milieu d’hébergement au Québec et de leurs usages</b> .....	10
4.1 Inventaires des mécanismes existants .....	11
4.2 Utilisation des mécanismes de surveillance de la qualité et des mécanismes de recours internes ou externes au RSSS dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées en milieu d’hébergement .....	12
4.3 Premier repérage des mécanismes mis en place par 4 ordres professionnels au Québec (CMQ, OIIQ, OIIAQ, OTSTCFQ).....	13
<b>5. Avis des informateurs-clés sur le signalement obligatoire de la maltraitance en milieu d’hébergement</b> .....	13
5.1 Arguments en faveur du signalement obligatoire.....	13
5.2 Arguments contre le signalement obligatoire.....	14
5.3 Enjeux relatifs au signalement obligatoire .....	14
5.3.1 Applicabilité du projet de loi 399 .....	14
5.3.2 Confidentialité et secret professionnel.....	15
5.3.3 Responsabilité et imputabilité.....	15
<b>6. Discussion générale appuyée sur l’ensemble des collectes de données</b> .....	15
<b>7. Recommandations</b> .....	17

## Liste des sigles et acronymes employés dans le présent rapport

AIOO	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CDPDJ	Commission des droits de la personne et de la jeunesse
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
LAAA	Ligne Aide Abus Aînés
MFA	Ministère de la Famille et des aînés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PAM	Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées
RI	Ressource intermédiaire
RTF	Ressource de type familial
RPA	Résidence privée pour aînés
REP	Régime d'examen des plaintes
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

## Liste de tableaux

Tableau 1	Facteurs de risque à la maltraitance en milieu d'hébergement
Tableau 2	Facteurs de vulnérabilité à la maltraitance en milieu d'hébergement
Tableau 3	Recommandations relatives aux politiques, à l'établissement et au système
Tableau 4	Synthèse des dispositifs canadiens en matière de prévention de la maltraitance
Tableau 5	Inventaires des mécanismes permettant de composer avec une situation de maltraitance
Tableau 6	Mécanismes utilisés pour réagir aux situations de maltraitance au Québec

## 1. Introduction

Le plan d'action international sur le vieillissement de l'Organisation des Nations Unies (ONU, 2002), pose la première reconnaissance internationale de la maltraitance envers les personnes âgées. Il est établi qu'elle peut survenir dans tout milieu de vie, y compris les divers milieux d'hébergement. Pour atteindre son premier objectif visant l'élimination de tous types de maltraitance, l'ONU convie ses états membres à « Adopter des textes législatifs et renforcer l'action judiciaire visant à mettre un terme aux sévices à l'encontre des personnes âgées » (ONU, 2002, p. 42). De plus, pour atteindre son second objectif visant la création de services de soutien permettant de traiter de situations de maltraitance, l'ONU invite notamment les états à « [...] b) Inciter le personnel de santé et d'assistance sociale à signaler tout cas suspecté de violence à l'encontre d'une personne âgée; c) Inciter le personnel de santé et d'assistance sociale à signaler aux personnes âgées suspectées d'être victimes de sévices l'existence de services de protection et de soutien à leur intention; d) Inclure dans la formation du personnel soignant, le traitement des sévices à l'encontre des personnes âgées;» (ONU, 2002, p. 43). Ce faisant, chaque état est libre de mettre en place un ou plusieurs dispositifs permettant de signaler ces situations. Ces signalements, volontaires ou obligatoires, peuvent être faits à diverses instances. Pour l'ONU, le personnel du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) est aux premières loges.

Par l'adoption du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (PAM) (Ministère de la Famille et des Aînés (MFA), 2010), le Québec s'est clairement positionné dans une approche interministérielle de lutte contre la maltraitance. Ayant une large portée, le PAM ne comprend pas d'éléments spécifiques aux milieux d'hébergement. Plutôt que de proposer un mécanisme unique de signalement, obligatoire ou non, il vise à renforcer un continuum de services, donc d'apporter une réponse adaptée aux différentes situations de maltraitance. Toute personne préoccupée par une situation de maltraitance peut rejoindre la ligne *Aide Abus Aînés* (LAAA) pour obtenir du soutien. C'est une forme élémentaire de signalement. Quelques mois avant la sortie du PAM en 2010, le gouvernement du Québec avait renforcé l'équipe d'enquêteurs de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) affectés à l'article 48 de la Charte des droits et libertés de la personne qui traite de l'exploitation des personnes âgées et handicapées.

Le projet de Loi 399, déposé en octobre 2013 par le parti d'opposition à l'Assemblée nationale traite notamment de l'instauration d'un mécanisme de signalement. La CDPDJ y est clairement désignée comme l'organisme auquel certaines formes de maltraitance en milieu d'hébergement peuvent être dénoncées. Le 11 octobre 2013, le Gouvernement annonçait par communiqué de presse :

« La maltraitance en milieu institutionnel est un phénomène qui nécessite d'être documenté. Afin d'avoir une meilleure idée des mesures qui pourraient être mises en place et d'évaluer la pertinence et les enjeux posés par une approche telle que la dénonciation obligatoire, il importe d'avoir un portrait du phénomène. Nous pourrions ainsi mieux aborder le problème et assurer de façon plus optimale la santé et le bien-être des aînés » (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2013b)

Un triple mandat fut confié à la *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées* afin de dresser : 1) Un inventaire critique canadien et international des dispositifs de signalement de la maltraitance en milieu d'hébergement; 2) Un inventaire des divers mécanismes existants au Québec et de leur usage; 3) Une recension des écrits internationaux afin de faire ressortir les thématiques émergentes au sujet de la maltraitance en milieu d'hébergement. Initialement prévus pour être complétés pour mars-avril 2014, les travaux furent suspendus en raison des élections et du changement

de gouvernement. Le 22 août 2014, le Gouvernement exprimait le souhait que ce travail soit poursuivi. Un rapport exhaustif a été produit en janvier 2015 (Beaulieu, Manseau-Young, Pelletier, Spencer, 2015). Cette synthèse, sous la forme d'un sommaire exécutif, expose les principaux constats tirés de ce rapport.

## **2. Signalement obligatoire et lutte contre la maltraitance en milieu d'hébergement : définition des concepts, synthèse des connaissances et enjeux pour la pratique**

Cette section pose la définition des concepts clés et présente une synthèse des connaissances en s'appuyant sur les résultats d'une recension internationale des écrits scientifiques<sup>1</sup> dans des banques de données spécialisées<sup>2</sup>.

### **2.1 Clarifications conceptuelles**

#### Signalement obligatoire

Le signalement obligatoire réfère à un processus mis en place lorsque des suspicions raisonnables de maltraitance (violence ou négligence) nécessitent d'être rapportées à une instance clairement identifiée ayant l'autorité de faire un suivi, de faire enquête et d'apporter une réponse (Government Accountability Office (GAO), 1991). Ainsi, le signalement obligatoire constitue un devoir légal de rapporter à une personne ou une instance désigné toute **situation ou atteinte** prédéterminée ayant franchi un **niveau** jugé inacceptable à l'endroit de **personnes présentant des facteurs de risque et de vulnérabilité** à la maltraitance (âge, perte d'autonomie, milieu de vie, cohabitation, réseau social et familial, etc.). Cette **responsabilité de signaler** incombe à **tout un chacun ou à certains groupes** de professionnels et dispensateurs de soins et de services. Le signalement obligatoire est normalement accompagné de **pénalités** à défaut de s'y conformer (par exemple : faute professionnelle, amende, prison).

Le signalement obligatoire peut être enchâssé dans un **processus interne** (signaler à un cadre ou un directeur, un commissaire aux plaintes, etc.) ou dans un **processus externe** (signaler à un service public établi). Il se fait normalement **sans le consentement** ou l'engagement libre et volontaire de la personne concernée. Ce faisant, il surpasse le droit d'une personne (ici la personne aînée maltraitée) de décider si elle veut demander de l'aide et le cas échéant, le type d'aide souhaité. En ce sens, cela peut bafouer le **droit à la confidentialité**, tout comme les obligations professionnelles visant à protéger ce droit, communément appelé le secret professionnel.

Le signalement obligatoire s'insère dans un système plus vaste de réponse à une situation particulière qui débute par l'adoption d'une **définition** de la maltraitance qui devra être appliquée. Le système

---

<sup>1</sup> La méthode de l'évaluation de la portée (traduction libre de *scoping studies*) (Canadian Institutes of Health Research cité dans Levac, Colquhoun et O'Brien, 2010) fut retenue puisqu'elle permet de a) faire un examen de l'étendue, de la portée et la nature des recherches qui ont été effectuées jusqu'à maintenant au niveau international; b) résumer et présenter les différents résultats ainsi qu'en faire une analyse critique; c) identifier les lacunes existantes dans la littérature actuelle (Arksey et O'Malley, 2005).

<sup>2</sup> La recension des écrits a été effectuée dans les banques de données universitaires : Abstracts in Social Gerontology, Social Work Abstracts, Ageline, CINAL, Francis, PSYCINFO, SocINDEX with Full Text, CAIRN, ERIC, MedLine. Y furent ajoutés quelques textes pertinents. La sélection des articles, selon un processus inter-juge de deux lectrices indépendantes, a permis de vérifier que chaque texte, publié entre 2008 et 2014, traitait de 1) maltraitance 2) personnes âgées 3) en hébergement. Des 248 textes retenus initialement, 87 répondaient aux critères. Le corpus final est composé de 54 textes. La majorité des textes (39 %) de la recension internationale provient des États-Unis, un peu moins du quart des textes sont de sources françaises (22 %), 15 % proviennent du Canada et 24 % émergent de pays différents (Angleterre, Slovaquie, Australie, Taïwan, Italie, Israël et la République Tchèque). La majorité des textes ciblés (24 %) fut publiée en 2011. Enfin, 78 % des textes sont des articles scientifiques.

prévoit la **réception des allégations**, un type d'**enquête** ou d'examen à entreprendre, un processus de production de **rapport** (comprenant une description du contenu attendu et des précisions sur la conservation du dossier), ainsi que des **mesures de protection** pour la personne ayant fait le signalement et la personne présumée maltraitée (confidentialité, protection contre des représailles). Il énonce les **pénalités** liées au fait d'avoir posé des gestes ou omissions maltraitantes (pouvant aller jusqu'à la tenue d'un registre des personnes ayant commis de la maltraitance), de ne pas avoir rapporté une situation ou d'avoir eu des conduites jugées comme des manquements professionnels (Daly et Jogerst, 2007).

### Milieu d'hébergement

L'organisation des milieux d'hébergement varie d'un pays ou même d'une province à l'autre, ce qui rend complexe toute forme de comparaison. Au plan légal, et dans l'organisation des systèmes de soins et de services, il convient généralement de distinguer deux types de milieux d'hébergement pour personnes âgées. Le premier accueille des résidents en grande perte d'autonomie fonctionnelle nécessitant plusieurs heures de soins de santé et d'assistance. Le second regroupe les milieux de vie collectifs offrant peu ou pas de services de santé, tout en comprenant pour la plupart d'entre eux, une gamme de services d'assistance. Le Québec compte un large éventail de milieux de vie pour les personnes âgées favorisant un mode de vie le plus autonome possible une fois qu'elles ont quitté leur domicile conventionnel. Le PAM en distingue trois : résidence privée pour aînés (RPA) avec services, centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et ressource intermédiaire (RI) ou ressource de type familial (RTF) (MFA, 2010).

### Maltraitance

La définition adoptée au Québec dans le PAM est une traduction libre de celle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de 2002, soit : « 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 âgée » (MFA, 2010, p. 17). Six types de maltraitance y sont distingués : physique, psychologique ou émotionnel, sexuel, matériel ou financier, de la violation des droits ou de la négligence (MFA, 2010).

Bien que cette définition et cette typologie soient d'usage dans des travaux en milieu d'hébergement (Belzile et coll., 2011; Buzgova et Ivanova, 2011; Charpentier et Soulières 2013; Cortez, 2013; Guerdoux et Samacoits, 2011; Habjanic et Lahe, 2012; Joubert et Posenelli, 2009; Lebel, 2011) elles ne présentent pas explicitement les particularités qui lui sont propres. Depuis les années 1980, plusieurs définitions de la maltraitance plus spécifiques aux milieux d'hébergement ont été proposées. Au fil du temps, ces définitions ont évolué de façon à traiter d'un système complexe d'interactions qui dépasse le cadre interpersonnel, en particulier d'un employé envers un résident (Lalonde et Roux-Dufort, 2012) et qui inclut des dimensions de gestion (Annessi, 2010), d'organisation (Bennett et al., 1997; Department of Health and Home Office, 2000 cité dans Burns, Hyde et Killet, 2013; Annessi, 2010), et même de société (Lalonde et Roux-Dufort, 2012).

Sur plan clinique, la définition de la maltraitance est essentielle pour orienter l'action (Bytyqui, 2011). À la lumière de ces définitions propres aux milieux d'hébergement, la définition présentée par l'OMS en 2002 pourrait être bonifiée et nuancée. Deux avenues sont à explorer : l'ajout explicite des aspects systémiques, organisationnels et structurels ou, comme le suggèrent Schiamberg et coll. (2012), l'énoncé d'une définition universelle couvrant tous les aspects - tant au domicile qu'en hébergement.

## 2.2 Synthèse des connaissances

Peu de données permettent d'établir avec certitude l'**ampleur** du phénomène de la maltraitance en milieu d'hébergement. Des taux oscillant entre 1,2 % et 10 % sont avancés, mais très peu proviennent d'études récentes et aucune d'entre elles n'a été réalisée au Canada (McDonald et al., 2012). Cette variation incite à une réflexion sur la fiabilité statistique des données<sup>3</sup> qui, selon la majorité des auteurs, ne seraient que la pointe de l'iceberg.

L'ampleur de la maltraitance en milieu d'hébergement étant méconnue, les connaissances actuelles quant à ses **facteurs de risque**<sup>4</sup> et **aux facteurs de vulnérabilité**<sup>5</sup> sont donc partielles. Quelques éléments ressortent tout de même de la littérature. La maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement peut être commise par plusieurs **protagonistes** : l'organisation, le personnel, les proches et les autres résidents. Tel qu'en témoigne le tableau 1, les facteurs de risque favorisant la maltraitance en milieu d'hébergement sont nombreux. De plus, le fait de régulièrement côtoyer la perte d'autonomie fonctionnelle, et même la mort est un facteur particulièrement important (Bytyqui, 2011). La maltraitance commise par les proches en milieu d'hébergement est peu documentée. En effet, la détection de ces cas de maltraitance s'avère plus difficile dans un contexte où les relations familiales sont complexes (Joubert et Posenelli, 2009). La maltraitance commise par les résidents a, quant à elle, deux cibles différentes : les autres résidents, mais aussi le personnel. Finalement, plusieurs auteurs décrivent la culture organisationnelle des milieux d'hébergement comme étant hiérarchisée, autocratique (Belzile et coll., 2011; Benbow, 2008; Ragsdal et McDougall, 2008; Kinjerski et Skryonek, 2008) et empreinte d'âgisme à l'image de la culture au sein de notre société (Bytyqi, 2011; Connolly, et coll., 2012). Ce contexte complique la réalisation de tout changement.

Tableau 1 : Facteurs de risque à la maltraitance en milieu d'hébergement

Facteurs de risque	
Organisation du milieu d'hébergement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• taille du milieu d'hébergement (Cortez, 2013);</li> <li>• culture interne raciste ou âgiste (Cortez, 2013);</li> <li>• partage des chambres (souvent énoncé comme chambre semi-privée dans le langage institutionnel) (Cortez, 2013);</li> <li>• personnel peu qualifié (Bardot, 2009);</li> <li>• roulement du personnel (Cortez, 2013);</li> <li>• manque ou pénurie de personnel (Bytyqqi, 2011, Cortez, 2013, Guillot, 2013; Lechevalier Hurard, 2013);</li> <li>• ratio trop élevé de résidents pour le nombre de personnel (Cortez, 2013);</li> <li>• faible et inefficace gestion du personnel (Burns et coll., 2013);</li> <li>• certains règlements internes aux institutions (Bytyqui, 2011);</li> <li>• application des règles de conduites et de pratiques de façon inappropriée et inconsistante (Burns et coll., 2013);</li> <li>• lourdeur de la tâche de travail empêchant les professionnels de donner des soins de qualité dans un temps suffisant (Banerjee et al, 2011; Blondet, 2008; Habjanic, Saarnio, Elo, Turk et Isola., 2012);</li> <li>• conditions de travail stressantes, brutales ou hors de contrôle (Banerjee et coll., 2011);</li> <li>• manque ou absence de confidentialité (Bardot, 2009);</li> <li>• système de délation entre les membres du personnel (Bardot, 2009);</li> </ul>

<sup>3</sup> Cela s'explique notamment par divers problèmes méthodologiques quant à la collecte des données, tels l'incapacité de plusieurs personnes âgées vivant en milieu d'hébergement à dénoncer la situation de maltraitance vécue (McDonald, 2011). D'autres n'osent simplement pas le faire par crainte de représailles ou par impression de ne pas être cru.

<sup>4</sup> Les facteurs de risque sont les facteurs extrinsèques à la personne âgée (Beaulieu et Crevier, 2013)

<sup>5</sup> Les facteurs de vulnérabilité sont les facteurs intrinsèques à la personne âgée (Beaulieu et Crevier, 2013)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• menaces anonymes (Bardot, 2009);</li> <li>• difficultés relationnelles internes entre les diverses équipes (Bytyqi, 2011);</li> <li>• difficultés relationnelles entre les équipes et la hiérarchie ou les autres secteurs de l'institution (Bytyqi, 2011);</li> <li>• difficultés relationnelles entre les équipes et l'externe (Bytyqi, 2011).</li> </ul>
Membres du personnel	<p><i>Facteurs qui sont propre à la personne :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stress dans la vie hors travail (Cortez, 2013);</li> <li>• connaissances inadéquates et les formations limitées (Bytyqi, 2011, Cortez, 2013, Picken et coll. 2011);</li> <li>• problèmes personnels dont un historique de violence domestique, de santé mentale, de consommation de drogue ou d'alcool (Bytyqi, 2011, Picken et coll. 2011);</li> <li>• antécédents criminels (Picken et coll. 2011).</li> </ul> <p><i>Facteurs qui se déploient dans les interactions en milieu de travail :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stress, fatigue émotionnelle ou épuisement professionnel (Bytyqi, 2011, Cortez, 2013, Picken et coll. 2011);</li> <li>• sentiment de dépersonnalisation (Picken et coll. 2011);</li> <li>• sentiment que le milieu de travail crée une pression excessive (Picken et coll. 2011);</li> <li>• attitude négative envers les personnes âgées en général, les résidents en particulier ou envers le travail en soi (Cortez, 2013, Picken et coll. 2011);</li> <li>• tolérance indue face à des comportements agressifs (Cortez, 2013);</li> <li>• sollicitations physiques et psychiques incessantes des résidents (Gernet et Chekroun, 2008);</li> <li>• fait de prendre soin de façon répétitive (Mas, 2009);</li> <li>• difficulté à administrer des médicaments ou à repérer des signes de douleur chez le patient handicapé (Lalonde et Roux-Dufort, 2012);</li> <li>• problèmes de communication entre le personnel infirmier et les patients (Lalonde et Roux-Dufort, 2012);</li> <li>• omission de déclarer des cas de maltraitance (Bytyqi, 2011).</li> </ul>

Quelques facteurs peuvent placer les personnes âgées en situation de vulnérabilité<sup>6</sup> (voir tableau 2). Trois clientèles vieillissantes qui, sans être considérées de façon homogène, sont également identifiées comme nécessitant d'approches particulières en raison de leurs besoins spécifiques, soit : les membres de la communauté lesbiennes, gays, bisexuels et trans (LGBT) (Stein, Beckerman et Sherman, 2010), les personnes criminalisées (Rosen, Pillemer et Lachs, 2008) et les aînés ayant des antécédents de problèmes de santé mentale. Le personnel des milieux d'hébergement n'est pas nécessairement formé pour travailler auprès de membres de chacun de ces groupes.

Tableau 2 : Facteurs de vulnérabilité à la maltraitance en milieu d'hébergement

<b>Facteurs de vulnérabilité</b>	
Profil des résidents pouvant être plus vulnérables à la maltraitance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• genre et âge (Cortez, 2013);</li> <li>• démence (Bytyqi, 2011; Cortez, 2013);</li> <li>• troubles psychiatriques (Cortez, 2013);</li> <li>• comportements agressifs (Cortez, 2013);</li> <li>• limitation dans la mobilité ou dans les activités de la vie quotidienne (Cortez, 2013);</li> <li>• dépendance (Bytyqi, 2011);</li> <li>• isolement social ou le fait d'avoir peu ou pas de visites de l'extérieur (Bytyqi, 2011; Cortez, 2013).</li> </ul>

<sup>6</sup> La vulnérabilité réfère généralement à des caractéristiques intrinsèques à la personne alors que la notion de situation de vulnérabilité intègre une lecture plus complète englobant à la fois les caractéristiques de la personne pouvant potentiellement être maltraitée mais aussi celles de l'environnement humain, physique et social dans lequel elle se trouve. Pour une réflexion sur les usages de la notion de vulnérabilité, voir le texte Beaulieu et Crevier (2013).



### 2.3 Enjeux pour la pratique

Les pratiques dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement reposent sur la promotion d'approches, de stratégies de prévention et d'intervention incluant des mécanismes de signalement. Toutes ces actions se chevauchent et se conjuguent. Sommairement, les approches de type milieu de vie visent à diminuer l'écart entre la vie à domicile et la vie en hébergement. Elles ont été adoptées au Québec par le ministère de la Santé et des Services sociaux<sup>7</sup> (MSSS) puisqu'elles sont identifiées comme prometteuses pour satisfaire les critères de qualité des centres d'hébergement et diminuer le taux de maltraitance (Belzile et coll., 2011). Néanmoins, l'approche de la qualité des soins demeure très prisée au Québec en matière de lutte contre la maltraitance faite aux personnes âgées en milieu d'hébergement. Elle s'appuie notamment sur 3 aspects clés : une organisation et du personnel sensibilisés et formés pour identifier la maltraitance (Commission européenne, 2012; Monitoring in Long-Term Care Pilot Project on Elder Abuse [MILCEA]), un protocole clair permettant d'assurer la protection de la personne qui fait le signalement ainsi que de la personne maltraitée (Commission européenne, 2012; MILCEA, 2010), puis l'évaluation de l'efficacité des actions (Milcea, 2010). Dans le même ordre d'idées, en 2014, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIO) a émis des recommandations relatives aux politiques, aux établissements et au système de santé et de services sociaux. Ces recommandations, exposées au tableau 3, dressent des balises quant aux attentes envers les milieux de soins et les directives gouvernementales. Elles se veulent applicables à l'ensemble du Canada<sup>8</sup>, donc au Québec. La recommandation 6.3 converge d'ailleurs avec la posture prise dans le présent sommaire exécutif, soit l'importance de la synergie d'un grand nombre de mécanismes. Finalement, en Europe, la notion de bientraitance est proposée comme solution à la maltraitance dans les milieux d'hébergement, car elle permettrait l'amélioration des pratiques (Guerdoux et Samacoits, 2011). Au Québec, la promotion de la bientraitance se conjugue plutôt à la lutte contre la maltraitance, en étant considérées comme des postures complémentaires.

Tableau 3 : Recommandations relatives aux politiques, aux établissements et au système de santé et de services sociaux<sup>9</sup>

No	Énoncé
6.1	Les organisations et les établissements établissent et soutiennent des équipes collaboratives afin de les aider à prévenir et à régler les mauvais traitements et la négligence des aînés.
6.2	Les organisations et les établissements établissent des politiques, des procédures et des soutiens qui permettent aux infirmières et infirmiers et aux autres prestataires de soins de santé de reconnaître les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, d'intervenir et, le cas échéant, de déclarer.

<sup>7</sup> La mise en place d'une approche « Milieu de vie » est guidée par sept (7) principes : 1) Les caractéristiques, besoins et attentes des personnes hébergées doivent constituer le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement. 2) L'établissement doit favoriser le maintien et le renforcement des capacités des personnes hébergées ainsi que leur développement personnel. 3) La qualité des pratiques passe par la préoccupation constante de la qualité de vie. 4) L'établissement doit favoriser et soutenir le maintien de l'interaction de la personne avec ses proches et favoriser leur implication dans les prises de décision. 5) La personne hébergée a droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et services de qualité. 6) Toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort et lui permet de donner un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination. 7) L'OHSLD [organisation d'hébergement et de soins de longue durée] doit prévoir des mécanismes d'adaptation des pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles qui favorisent l'ensemble des principes directeurs de l'approche. (Belzile et al., 2011 p. 34)

<sup>8</sup> L'Association a reçu un financement du gouvernement du Canada pour réaliser ses travaux et a constitué a) un groupe d'experts comprenant des professionnels et des scientifiques d'autres provinces que l'Ontario, b) une équipe qui a formulé les lignes directrices sur les pratiques exemplaires qui est essentiellement composée d'infirmières et infirmiers de l'Ontario et c) un groupe de 63 intervenants de partout au Canada – dont la première auteure de ce rapport- qui ont commenté leurs travaux.

<sup>9</sup> Extraits des p. 9-10 du document de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2014)

6.3	<p>Les établissements* adoptent une combinaison d’approches visant à prévenir les mauvais traitements et la négligence des aînés, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En effectuant le dépistage d’employés potentiels, l’embauche des employés les plus qualifiés et une supervision et une surveillance appropriées au travail;</li> <li>• En s’attachant les services d’un personnel qualifié;</li> <li>• En fournissant une formation obligatoire à tous les employés;</li> <li>• En soutenant les besoins des personnes atteintes de déficits cognitifs, y compris celles qui ont des comportements réactifs;</li> <li>• En respectant les droits des résidents;</li> <li>• En établissant et en maintenant des soins axés sur la personne et un milieu de travail sain; et</li> <li>• En renseignant les aînés et leurs familles sur les mauvais traitements et la négligence ainsi que sur leurs droits, et en établissant une marche à suivre pour les plaintes et l’amélioration de la qualité.</li> </ul> <p>*Remarque : peut également s’appliquer à d’autres établissements de soins de santé.</p>
6.4	Les organisations et les établissements auxquels on a confié un mandat de prévention et de promotion de la santé (comme les organismes communautaires et les organisations de santé publique), dirigent les initiatives visant à prévenir les mauvais traitements et la négligence envers les aînés ou y participent.
6.5	Les organisations et les établissements identifient et éliminent les obstacles auxquels les aînés et leurs familles pourraient faire face lorsqu’ils tentent d’accéder à de l’information à des services relatifs aux mauvais traitements.
6.6	Les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation des soins infirmiers fournissent des renseignements exacts sur les lois et les obligations dans leur territoire de compétence qui sont pertinentes pour les mauvais traitements et la négligence envers les aînés dans le continuum de soins.
6.7	Les gouvernements consacrent des ressources pour prévenir et résoudre de façon efficace les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.
6.8	Les infirmières, les autres prestataires de soins et les intervenants clés (p. ex., associations professionnelles, organisations de soins de santé, groupes de défense des droits) préconisent des changements au niveau des politiques, de l’organisation et du système, y compris la disponibilité des ressources nécessaires, pour prévenir et résoudre de façon efficace les mauvais traitements et la négligence des aînés.

La formation initiale et continue des professionnels constitue le socle de toute pratique préventive de la maltraitance en milieu d’hébergement (Action on Elder Abuse, 2008; Bytiqui, 2011; McCool, Jorgerst, Daly et Xu, 2009; Penhale, 2008 cité dans Tilse et Wilson, 2013). Dans une visée de complémentarité et de synergie des actions, cette approche doit nécessairement être accompagnée de mesures de sensibilisation des personnes aînées, de leurs proches et du grand public. À cet égard, le tableau 4 qui présente une synthèse des dispositifs canadiens de prévention de la maltraitance est aussi éclairant par son découpage en cinq sections qui met de l’avant l’efficacité de la synergie des actions préventives. Ces cinq champs de prévention sont déjà présents au Québec. Leur utilisation et leur efficacité pour prévenir et contrer la maltraitance demeurent cependant méconnues. Nous y reviendrons dans la section 4.

Tableau 4 : Synthèse des dispositifs canadiens en matière de prévention de la maltraitance (traduction libre de la figure 8 de Spencer et al, 2008, p. 57)

Qualité des soins (mécanismes visant à l’assurer)	Mécanismes centrés sur le personnel	Mécanismes visant à identifier et réagir aux problèmes ou préoccupations	Surveillance	Empowerment des résidents
Normes et règlements	Formation	Comité ou conseil des résidents et des familles	Inspection	Soins centrés sur le résident
Certification	Sélection avant embauche et vérification des antécédents criminels	Intercession ( <i>advocacy</i> )	Ombudsman ou vérificateur général	Intercession ( <i>advocacy</i> )

Inspections	Formation continue <ul style="list-style-type: none"> <li>• maltraitance</li> <li>• soins</li> </ul>	Mécanismes de signalement, plus particulièrement pour le personnel	Autorités en santé (contrats)	Conseil des résidents
Accréditation	Supervision	Protection lors de signalement	Enquête du Coroner (post crise)	Charte des droits
Énoncé de mission	Responsabilité ou devoir de signaler à un corps professionnel	Résolution des conflits	Accréditation	Éducation au sujet des droits
Corps professionnels				

Bien qu'il existe une multitude de mécanismes de dénonciation, que ce soit à l'international, au Canada (Spencer et coll. 2008) et particulièrement au Québec (Lalonde et Dufort, 2012), les mécanismes de dénonciation québécois sont peu connus, sous-utilisés et non adaptés à la réalité de la vie en hébergement (Charpentier et Soulières, 2013; Lindbloom, Brandt, Hough et Meadows, 2007).

Puisque peu d'études reposent sur un devis évaluatif, une posture critique s'impose face à l'ensemble des pistes d'actions et mesures proposées. La poursuite de travaux documentant la maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement est essentielle. Il importe d'évaluer les impacts des interventions afin de promouvoir celles qui sont les plus prometteuses pour régler les situations de maltraitance tout en respectant les personnes âgées qui en sont la cible (MILCEA, 2010).

### 3. Bilan des mécanismes existants de lutte contre la maltraitance en milieu d'hébergement au Canada

La plupart des provinces et territoires canadiens ont adopté des lois visant le signalement obligatoire de la maltraitance en milieux d'hébergement offrant des soins et certains en ont aussi adopté en milieux d'hébergement offrant peu ou pas de soins. Cette section expose les principaux arguments en faveur et en défaveur du signalement obligatoire de la maltraitance en milieu d'hébergement, les principaux enjeux entourant la mise en place de tels mécanismes et un bref inventaire critique des dispositifs canadiens et internationaux de signalement de la maltraitance en milieu d'hébergement<sup>10</sup>.

#### 3.1 Argumentaire en lien avec le signalement obligatoire

Plusieurs arguments sont avancés tant en faveur que contre le signalement obligatoire de la maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement. De façon générale, les arguments en faveur s'appuient sur une volonté d'assurer la protection des personnes âgées et de responsabiliser les acteurs qui œuvrent auprès d'elles. Les arguments en défaveur reposent plutôt sur le respect et la valorisation de la capacité d'autodétermination des personnes âgées qui demeurent des citoyens à part entière, peu importe leur condition. La préservation de la relation de confiance établie entre la population, les professionnels ou les institutions est également au cœur des arguments contre le signalement obligatoire.

<sup>10</sup> Il importe de préciser que la littérature est rarement explicite quant au milieu visé. Ce faisant, plusieurs propos peuvent difficilement être liés à des milieux précis de soins selon la nomenclature respectée au Québec, soit les CHSLD, les RPA, les RI et les RTF.

Contrairement à ce qui pourrait être attendu, l'analyse critique de ces positions ne propose pas une dichotomie entre, d'un côté, obliger des acteurs ciblés à signaler toute situation de maltraitance ou, d'un autre côté, les contraindre à ne rien faire. Elle vise plutôt à assurer que le signalement obligatoire atteigne le but visé, soit, en comparaison avec un signalement volontaire, une protection accrue des personnes âgées au moyen de meilleures pratiques de prévention, de repérage et de suivi de situations de maltraitance. Le signalement obligatoire soulève de nombreux enjeux tels :

- Le manque de connaissances au sujet de la maltraitance en milieu d'hébergement (Macdonald, 2011) et le peu de reconnaissance des aspects systémiques (Glendenning, 1999; Stevens et coll., 2009)
- Le peu d'approches préventives au profit d'actions réactives centrées sur les effets de la maltraitance une fois que celle-ci s'est produite (Payne et Fletcher, 2005);
- La centralisation des actions sur les personnes incriminées et sur les méfaits au détriment des personnes maltraitées et des circonstances entourant les méfaits (Wisconsin et Abramson, 2008; Pennsylvania, s.d.).
- La fixation de seuils de tolérance trop élevés en raison d'un manque de ressources pour soutenir les mesures de signalement obligatoire (GAO, 2011). Cela engendre un important nombre de situations rapportées qui ne mèneront à aucune action concrète (Alberta Protection for Persons in Care office, 2013; GAO, 2011);
- Le peu d'attention portée à distinguer les personnes âgées selon leur aptitude ou inaptitude (Wisconsin et Abramson, 2008; Pennsylvania, s.d.)
- La dévalorisation du jugement clinique des professionnels dans la recherche de solutions (Harries et Clare, 2002).

Ainsi, toute société inscrite dans un processus de changement est amenée à s'interroger sur la finalité, ou le but, de son ou ses mécanismes de signalement, que ce dernier soit obligatoire ou volontaire. Dans le cas précis de la démarche entreprise au Québec en 2013, la question se pose ainsi : Est-ce qu'un mécanisme de signalement obligatoire de la maltraitance envers les personnes âgées vivant en milieu d'hébergement permettrait d'atteindre le but visé? Six sous-questions méritent attention et discussion pour guider le processus pouvant mener à des changements législatifs et de pratiques :

- Quels sont nos mécanismes actuels de signalement de la maltraitance en milieu d'hébergement et comment sont-ils utilisés?
- Dans quel but veut-on introduire un mécanisme de signalement obligatoire?
- Pour atteindre ce but, est-il nécessaire d'instaurer un mécanisme obligatoire ou est-il possible de renforcer les mécanismes existants?
- Quelle est la place laissée aux personnes âgées et à leurs proches (dont le consentement de la personne présumée maltraitée) dans le nouveau mécanisme envisagé?
- Veut-on identifier des gens qui seraient obligés de signaler et qui pourraient être sanctionnés à défaut de ne l'avoir fait?
- Quel processus est-il souhaitable de retenir pour favoriser le changement de législation et de pratique?

### **3.2 Mécanismes de signalement de maltraitance en milieu d'hébergement**

La majorité des juridictions canadiennes sont dotées de mécanismes de signalement dans les milieux d'hébergement qui offrent des soins<sup>11</sup>. Ces mécanismes varient grandement quant à l'obligation de signaler (8/13) ou non, aux acteurs ciblés pour signaler (de tout un chacun à uniquement les membres

---

<sup>11</sup> Nous n'avons pas l'information pour les territoires du Nord Ouest et le Nunavut.

des conseils d'administration), aux acteurs mandatés pour recevoir et traiter le signalement (interne ou externe à l'établissement), aux types de maltraitance couverts (de tout type à uniquement la négligence ou l'autonégligence), à la protection des personnes qui signalent (spécifiée ou non) et aux mesures punitives ou sanctions données à défaut de signaler (spécifiées ou non, si spécifiées, cela va de l'amende à l'incarcération). Le portrait est similaire en ce qui concerne les milieux d'hébergement qui offrent peu ou pas de soins où 8 des 13 juridictions canadiennes ont adopté le signalement obligatoire. Bien que les modalités d'application de ces mécanismes soient bien documentées par juridiction, aucune des études répertoriées n'a mesuré les effets du signalement obligatoire de la maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement. Ainsi, en se comparant aux autres juridictions canadiennes, il est indéniable que le Québec a une posture différente de la majorité en matière de signalement de la maltraitance dans les milieux d'hébergement. Il n'est donc pas étonnant d'avoir à se pencher sur le sujet.

### **3.3 Mécanismes de lutte contre la maltraitance en milieu d'hébergement**

Vingt-sept mécanismes de lutte contre la maltraitance en milieu d'hébergement (tous milieux confondus, excluant les RI et les RTF)<sup>12</sup> furent identifiés au Canada (Spencer et coll., 2008). Bon nombre de ces mécanismes sont présents au Québec. Nous y reviendrons dans la section 4. Le signalement obligatoire n'est qu'un élément de la panoplie qui doit nécessairement être conjugué aux autres. Dès lors, un questionnement se pose quant à l'application spécifique de chacun de ces divers mécanismes et sur la synergie entre eux. Les travaux de Spencer et coll. (2008) soulèvent des interrogations sur les mécanismes réglementaires et législatifs que le Québec souhaite adopter. Une juste équilibrage entre le soutien au changement et la coercition doit être envisagée. D'emblée, nous recommandons davantage l'adoption de directives et de politiques que l'adoption de règlements (ou lois); le tout, dans une perspective d'accompagner le changement.

## **4. Bilan des mécanismes existants de lutte contre la maltraitance en milieu d'hébergement au Québec et de leurs usages**

Cette section expose un inventaire des mécanismes de suivi des situations de maltraitance en milieu d'hébergement du Québec<sup>13</sup>, ainsi qu'un premier bilan de leurs usages tirés d'une analyse documentaire (Voir la liste des documents consultés et analysés à la fin du document), d'échanges avec environ 150 informateurs-clés<sup>14</sup>, et un premier repérage des mécanismes mis en place par quatre ordres professionnels.

---

<sup>12</sup> Politiques de prévention de la maltraitance, Reconnaissance du problème/ promotion de bonnes pratiques de soins, Accréditation, Intercession (advocacy), Charte des droits des résidents, Normes de soins / règlements, Changement de la culture environnementale, Coroner (enquêtes sur décès suspects), Droit criminel, Information et formation (public, résidents, personnel), Conseils de famille, Protection des droits humains, Inspections, Poursuites, Certification, Ombudsman en soins de longue durée, Signalement obligatoire, Guichet ou portail unique, Campagne de sensibilisation du grand public, Sélection du personnel, Règlements, lois et normes, Signalement et protection pour signalement, Conseil des résidents (Comité des usagers (CU)), Législation de protection spéciale pour les personnes en milieu de soins ou autres personnes vulnérables, Nombre d'employés et ratios du personnel, Formation du personnel, Tolérance zéro.

<sup>13</sup> Cet inventaire s'appuie sur une démarche de recherche qui fut effectuée en deux temps : d'abord, un inventaire des mécanismes de surveillance de la qualité des soins et des services en place dans différents types d'hébergement (CHSLD, RI, RTF et RPA), suivi d'un recensement des recours qui peuvent être mobilisés pour réagir aux irrégularités dans la qualité des soins et des services ou aux insatisfactions des usagers.

<sup>14</sup> Ces informateurs-clés provenaient d'une centaine d'organismes ayant certainement ou potentiellement un rôle à jouer dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement (instances du MSSS, organismes gouvernementaux et non gouvernementaux en santé et services sociaux, établissements d'hébergement, organismes de défense des droits, associations représentant les intérêts des personnes âgées, etc.). Les informateurs se sont prononcés sur leur connaissance des mécanismes, leurs usages, la façon dont ils permettent ou non de traiter de situations potentielles ou avérées de maltraitance et la synergie entre eux.

## 4.1 Inventaires des mécanismes existants

Tous les établissements soumis à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) doivent adopter des mesures et différents mécanismes de surveillance de la qualité qui permettent d'assurer la sécurité des personnes hébergées, notamment en prévenant ou en repérant des situations potentielles ou avérées de maltraitance. De plus, plusieurs mécanismes de recours peuvent être mobilisés lorsqu'une situation de maltraitance est constatée ou suspectée dans un milieu d'hébergement. Le tableau 5 expose notre inventaire de mécanismes internes et externes au MSSS qui permettent de composer avec une situation de maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement, tant de façon préventive que réactive. Au total, 26 mécanismes ont été répertoriés, dont 7 mécanismes internes en CHSLD, 7 en RI et RTF et 3 en RPA. À cela s'ajoutent 2 mécanismes de recours interne au RSSS et 7 mécanismes externes qui peuvent être mobilisés pour réagir lors de la survenue d'une situation de maltraitance. Bien que certains de ces mécanismes soient sous-utilisés, tels les services de police, d'autres voient leurs activités augmenter progressivement (telle, depuis quelques années, la CDPDJ dans l'application de l'article 48 de la Charte québécoise des droits et libertés).

Tableau 5 : Inventaires des mécanismes permettant de composer avec une situation de maltraitance.

Mécanismes de surveillance de la qualité (n=17)	
CHSLD (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme conjoint d'agrément du Conseil québécois d'agrément (CQA)</li> <li>• Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie du MSSS</li> <li>• Registre national des incidents et accidents</li> <li>• Comité de vigilance et de la qualité</li> <li>• Comités des usagers (CU), Comités de résidents, Conseil pour la protection des malades</li> <li>• Code d'éthique</li> <li>• Cadre de référence pour l'application des mesures de contrôle</li> </ul>
RI et RTF (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaissance par les agences du gouvernement</li> <li>• Nouveau cadre de référence sur les RI et RTF</li> <li>• Visites d'appréciation de la qualité de vie du MSSS</li> <li>• Déclaration d'incidents et d'accidents</li> <li>• Comité de résidents</li> <li>• Code d'éthique</li> <li>• Protocole d'application des mesures de contrôle</li> </ul>
RPA (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus de certification</li> <li>• Déclaration d'incidents et d'accidents</li> <li>• Code d'éthique</li> </ul>
Mécanismes de recours (n=9)	
Recours internes au RSSS(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régime d'examen des plaintes (REP) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Commissaire local (CLPQS) et régional (CRQPS) aux plaintes et à la qualité des services</li> <li>- Protecteur du citoyen</li> </ul> </li> <li>• Curateur public</li> </ul>
Recours externes au RSSS (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CDPDJ</li> <li>• Bureau du coroner</li> <li>• Forces policières</li> <li>• Autorité des marchés financiers</li> <li>• Régie du logement</li> <li>• Ordres professionnels</li> <li>• LAAA</li> </ul>

La plupart de ces mécanismes ne traitent pas nommément de maltraitance. Ils peuvent néanmoins permettre de prévenir ou d'identifier des événements ou situations qui, a posteriori, sont désignés comme des actions ou des absences d'actions comprises dans la vaste définition de la maltraitance.

Puisque la maltraitance n’y est pas explicitement nommée, il n’est absolument pas certains que ces mécanismes servent de façon optimale à prévenir, à repérer ou à réagir aux situations de maltraitance envers les personnes âgées en milieu d’hébergement.

#### 4.2 Utilisation des mécanismes de surveillance de la qualité et des mécanismes de recours internes ou externes au RSSS dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées en milieu d’hébergement

La consultation de nombreux documents et les rencontres avec les 150 informateurs-clés ont permis d’identifier que seuls 12 des 26 mécanismes répertoriés sont considérés comme étant utilisés pour réagir aux situations de maltraitance (voir tableau 6). Cela s’explique notamment par le fait déjà rapporté plus haut que plusieurs de ces mécanismes n’emploient pas toujours explicitement le terme maltraitance pour traiter des situations qui s’y rapportent. De plus, comme peu d’entre eux ont pour mission première de lutter contre la maltraitance, leurs rapports annuels ne compilent pas nécessairement les données liées aux situations de maltraitance en milieu d’hébergement qu’ils ont pu rencontrer. Selon nous, ce constat est inquiétant et constitue un enjeu majeur, car en l’absence de trace quant au nombre et à la nature des situations de maltraitance qui sont traitées en milieu d’hébergement, il est difficile de savoir clairement ce qui est fait et quelles sont les effets de ces interventions.

Tableau 6 : Mécanismes utilisés pour réagir aux situations de maltraitance au Québec

Mécanismes de surveillance de la qualité à l’interne du RSSS (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports annuels d’application de la procédure d’examen des plaintes</li> <li>• Protecteur du citoyen</li> <li>• Visites d’évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD</li> <li>• Rapports des incidents et accidents</li> <li>• Plans d’action régionaux</li> <li>• Rapports d’agrément</li> <li>• Regroupement provincial des comités des usages, Le Conseil pour la protection des malades et les Centres d’assistance et d’accompagnement aux plaintes (CAAP)</li> </ul>
Mécanismes de recours externe au RSSS (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CDPDJ</li> <li>• Bureau du coroner</li> <li>• Curateur public</li> <li>• Régie du logement</li> <li>• LAAA</li> </ul>

Selon les informateurs-clés, il y a suffisamment de mécanismes en place pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées en milieu d’hébergement. Il serait inutile d’en ajouter, particulièrement si tout nouveau mécanisme ne s’accompagne pas de ressources financières et humaines suffisantes pour assurer son efficacité. Ils proposent plutôt d’investir temps, argent et énergie à bonifier les mécanismes existants afin qu’ils soient mieux connus, mieux utilisés, mieux balisés, mieux arrimés et qu’il y ait une meilleure synergie entre chacun. En ce sens, il faudrait donc renforcer la collaboration, la concertation et la circulation de l’information entre les organismes et les instances concernées par la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées. L’importance de la sensibilisation et de la formation a aussi été rappelée, tant auprès du personnel de soins que des gestionnaires, afin que la maltraitance soit mieux comprise et repérée et que les mécanismes de recours soient mieux connus et mènent à des interventions plus efficaces. À cela s’ajoute la nécessité d’un changement de culture majeur dans le RSSS, dans les établissements d’hébergement et dans la société en général. Selon plusieurs, ce changement passerait notamment par une clarification des responsabilités individuelles et collectives concernant le signalement et la gestion des situations de maltraitance, ainsi que par un renforcement de l’imputabilité de chaque organisme, des personnes ou

des instances en position d'exercer un rôle spécifique (ex. gestionnaires, direction, conseil d'administration, etc.).

### **4.3 Premier repérage des mécanismes mis en place par 4 ordres professionnels au Québec (CMQ, OIIQ, OIIAQ, OTSTCFQ)**

Un premier repérage des mécanismes mis en place par 4 ordres professionnels représentant des acteurs de première ligne dans le RSSS au Québec, fut fait auprès du Collège des médecins du Québec (CMQ), de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) et de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)<sup>15</sup>.

Deux mécanismes ont été identifiés. Tout d'abord, les ordres professionnels, de par leur code de déontologie, conjugué au Code des professions, ont pour objectif de définir et baliser la pratique et les rôles des professionnels qu'ils représentent. Par exemple, les professionnels de la santé ont l'obligation déontologique de protéger la sécurité des personnes et d'offrir des services de qualité de façon respectueuse. Ils ont également des responsabilités éthiques quant au signalement de situations de maltraitance potentielles ou avérées dont ils seraient témoins<sup>16</sup>. Cela a par conséquent un effet sur le contenu de la formation initiale et continue que les ordres offrent à leurs membres. Alors que certains ont pu identifier du contenu spécifique quant à la maltraitance envers les personnes âgées, d'autres affirmaient que ce sujet était rarement abordé dans le curriculum de formation.

Ensuite, la maltraitance n'est pas un motif de sanction disciplinaire au sein des ordres professionnels puisqu'elle ne figure pas explicitement dans les codes de déontologie. Les clients desservis par le professionnel peuvent toutefois porter plainte contre lui lorsqu'ils croient vivre une situation inacceptable de sa part. Ainsi, l'analyse des données colligées dans les rapports du Bureau du Syndic et du Conseil de discipline de chaque ordre professionnel permet de retrouver des décisions disciplinaires au sujet de situations pouvant être directement liées à des situations de maltraitance, sans que ce terme ne soit utilisé.

## **5. Avis des informateurs-clés sur le signalement obligatoire de la maltraitance en milieu d'hébergement**

Cette cinquième section traite de la réflexion et de la position des informateurs-clés sur le signalement obligatoire de la maltraitance en milieu d'hébergement. Bien que la majorité des arguments avancés soient contre, grand nombre d'informateurs-clés ont exposé une réflexion nuancée.

### **5.1 Arguments en faveur du signalement obligatoire**

Les arguments en faveur du signalement obligatoire reposent essentiellement sur la notion de protection. La mise en place d'un tel mécanisme pourrait être favorable à une meilleure protection des personnes âgées incapables de s'autodéterminer<sup>17</sup> ainsi que des personnes dénonciatrices - employés,

---

<sup>15</sup> Rappelons qu'il s'agit ici d'un portrait partiel s'appuyant sur un processus d'entrevue avec des représentants de chacun des ordres. Ainsi, une réflexion en profondeur sur le rôle des ordres professionnels et des membres qu'ils représentent dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées nécessiterait d'ajouter d'autres organismes incontournables tels l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) et la Fédération professionnelle des préposés aux bénéficiaires du Québec (FPBQ), pour n'en nommer que quelques-uns.

<sup>16</sup> Voir à ce propos un article publié dans la revue de l'OIIQ sur le cas ayant fait l'objet d'une enquête du coroner (Duplantie, 2009).

<sup>17</sup> Identifiées par les informateurs-clés comme étant les plus vulnérables.



proches ou autres-, contre de possibles représailles. La crainte de conséquences pour soi-même ou pour la personne maltraitée est un frein connu au signalement.

## 5.2 Arguments contre le signalement obligatoire

Nombreux et élaborés sont les arguments contre le signalement obligatoire. En voici un condensé.

- Les situations de maltraitance sont complexes. Elles nécessitent une intervention intersectorielle et un investissement temporel pour en saisir les enjeux et intervenir au mieux pour la personne maltraitée. Le signalement obligatoire peut mettre une pression considérable sur les personnes contraintes à signaler. Une mauvaise analyse de la situation peut conduire à des actions risquant d'aggraver la situation. L'autodétermination et le respect du consentement de la personne âgée, même «vulnérable», sont au cœur de toutes interventions. Plusieurs informateurs-clés soulignent que la mise en place d'un signalement obligatoire comporte des risques de dérive vers l'âgisme et d'infantilisation des personnes âgées.
- La mise en place d'une loi ne permettra pas de régler des éléments contextuels. Par exemple, le signalement obligatoire n'aura pas d'effet sur les conditions organisationnelles et institutionnelles (ex.: coupures budgétaires, accroissement des besoins de la clientèle, etc.) qui peuvent être à la source de situations de maltraitance. D'autre part, les situations de maltraitance entre personnes âgées (ex. errance intrusive, bousculades, etc.) demandent une réponse clinique plutôt que juridique.
- Plusieurs mécanismes de surveillance de la qualité et de recours sont en place. Certains reposent même sur un système de signalement obligatoire (tel le Registre d'examen des plaintes), alors que d'autres identifient déjà des personnes responsables. Il faut s'assurer que ces mécanismes offrent une réponse adéquate (ex.: action et suivi, imputabilité des personnes responsables et des recours). Leur renforcement est privilégié à l'ajout de nouveaux mécanismes. Il n'y a aucune assurance que la mise en place d'un nouveau mécanisme, même obligatoire, soit mieux connu, compris, utilisé et efficace que ceux existants.
- L'un des enjeux soulevés par quelques informateurs-clés, corroboré dans la recension des écrits, concerne le risque que seules les situations de maltraitance graves ou très graves ne soient rapportées; les acteurs ne voulant pas mobiliser tout un processus formel pour régler des situations plus « ordinaires <sup>18</sup> ». Selon eux, souvent les familles préfèrent régler les situations discrètement avec une direction des soins ou tout gestionnaire ayant de l'ascendant sur les membres de son équipe plutôt que de mobiliser des procédures plus imposantes.

## 5.3 Enjeux relatifs au signalement obligatoire

### 5.3.1 Applicabilité du projet de loi 399

Bien que la centralisation du signalement et de la réponse donnée aux situations de maltraitance en désignant une personne responsable dans chaque établissement soit bien reçue, la majorité des informateurs-clés émettent des réserves quant à l'application du projet de loi 399 dans sa forme actuelle. Plusieurs questions restent en suspens. Qui aura le pouvoir d'enquête? Quelles preuves faudra-t-il amasser pour sanctionner et punir? Comment départager une lacune de la qualité de la prestation de

---

<sup>18</sup> La notion de maltraitance ordinaire est documentée dans la littérature pour décrire ces situations dérangeantes qui ne seraient pas tolérées hors milieu d'hébergement, mais qui, dans ces milieux, sont considérées comme allant de soi.

soins et des services d'un acte de maltraitance commis par un membre du personnel, un résident, un bénévole ou un proche? Quelles sont les interventions et les sanctions à poser face à une situation de maltraitance, qu'elle soit le fait de petits gestes du quotidien (attitude, savoir-être) ou d'actes graves clairement identifiables ? Quelles sont les mesures de réparation et de soutien prévues pour les personnes maltraitées et leurs proches? Quelles sont les dispositions qui seront prises pour assurer que les mécanismes de surveillance et de recours soient accompagnés de pouvoir d'intervention approprié, de ressources (financières et humaines) suffisantes, de la formation et des outils nécessaires à leur efficacité? Par conséquent, la majorité des informateurs-clés ne penchent pas vers l'adoption du projet de loi dans sa forme initiale et plaident pour la bonification des mécanismes existants.

### 5.3.2 Confidentialité et secret professionnel

Selon certains informateurs-clés, la mise en place d'une loi permettrait de revoir et même d'assouplir certaines dispositions entourant le secret professionnel et la protection de renseignements personnels. En contrepartie, d'autres soulèvent que le secret professionnel est la pierre angulaire de la relation de confiance entre les professionnels et la population. En ce sens, la mise en place d'un signalement obligatoire pourrait nuire au lien de confiance entre les personnes « saines », les intervenants ou les institutions. Le signalement, qu'il soit libre ou obligé, est lourd de conséquences pour les professionnels, car il nécessite du temps et des ressources afin de bien évaluer la situation. S'il est déjà possible de lever le secret professionnel dans certaines situations qui l'exigent en vertu du Code des professions et de certaines lois, il demeure primordial de préserver le lien de confiance. Toutes brèches potentielles peuvent entraîner d'importantes conséquences. Le respect de l'autodétermination constitue une préoccupation fondamentale pour les informateurs-clés. Même si la personne aînée est considérée comme étant «vulnérable» ou déclarée inapte, elle pourrait être ébranlée par le signalement obligatoire.

### 5.3.3 Responsabilité et imputabilité

Pour une majorité des informateurs-clés, un des principaux enjeux au cœur de cette réflexion sur le signalement obligatoire réside dans les notions de responsabilité et d'imputabilité. Tel qu'indiqué à la section 2, si la responsabilité de contrer et de signaler la maltraitance est considérée comme étant collective, l'imputabilité est spécifique à des instances ou des acteurs ciblés. Plusieurs des acteurs rencontrés ont nommé que les établissements, qu'ils soient publics ou privés, seraient plutôt réfractaires ou « frileux »<sup>19</sup> à admettre ou à exposer leurs torts publiquement. À leur avis, la seule instauration d'une loi ne pourrait changer la culture ambiante « néfaste » de certains milieux. Dans un tel contexte, comment s'assurer de promouvoir des pratiques dans lesquelles tout un chacun se sent responsable, mais pour lesquelles des acteurs sont clairement identifiés comme étant imputables de ce qui se produit (on pense ici nécessairement aux gestionnaires, à la direction des soins, à la direction générale, etc.)?

## 6. Discussion générale appuyée sur l'ensemble des collectes de données

Cette discussion générale met en perspective la transversalité des constats tirés des sections précédentes.

- Le Québec est l'une des rares juridictions canadiennes à ne pas avoir de mesure de signalement obligatoire de la maltraitance envers les personnes aînées en milieu d'hébergement, que ce soit dans les milieux offrant des soins ou dans ceux n'en offrant pas.

---

<sup>19</sup> Ce terme est ressorti à plusieurs reprises.

- À elle seule, une loi reposant sur le signalement obligatoire de la maltraitance envers les personnes âgées ne peut tout régler. Elle doit être appliquée en synergie avec d'autres mécanismes.
- La définition de la maltraitance de l'OMS mériterait d'être bonifiée pour y inclure spécifiquement et nommément des aspects plus systémiques et organisationnels. De plus, que ce soit dans le cadre d'une loi ou pour bonifier des mécanismes existants, la maltraitance doit être déclinée en une série d'indicateurs qui vont permettre de l'opérationnaliser.
- Le déploiement d'une loi comprenant le signalement obligatoire doit nécessairement aller de pair avec divers mécanismes soutenant sa connaissance et son applicabilité (publication de la loi à tout public - dont résidents, familles et bénévoles -, connaissance spécifique des formes et types de maltraitance qui sont couverts par la loi, production et distribution d'une procédure pour faciliter le travail des acteurs concernés, formation des personnes qui seront obligées de signaler, formation de la personne qui recevra les signalements, énoncé des pouvoirs d'enquête et de sanction de cette dernière, etc.).
- Le Québec est pourvu d'une panoplie de mécanismes qui permettent de traiter de la maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement. Une grande partie des 27 stratégies de prévention de la maltraitance identifiées à la section 3.3 y est déjà déployée.
- La maltraitance n'est pas spécifiquement nommée dans la documentation sur les mécanismes québécois, ni utilisée dans le vocabulaire usuel de la plupart des mécanismes et organismes. Ce faisant, l'efficacité et la portée de ces mécanismes sont difficiles à évaluer en raison de la manière dont les données sont consignées (ou plutôt non consignées).
- Ces mécanismes, différents selon les milieux d'hébergement, reposent sur des dispositifs internes au MSSS (en particulier de surveillance de la qualité) et sur des mécanismes externes.
- Les balises sont plus claires lorsqu'il s'agit de lacunes dans la qualité des soins et services (REP, Protecteur du citoyen), d'exploitation financière (CDPDJ, Curateur public) ou de violence physique/sexuelle (qui peuvent faire l'objet d'un appel à la police). Elles le sont moins lorsqu'il s'agit de négligence ou de maltraitance psychologique commise par le personnel. Ceci s'explique par le fait que la solution repose plus sur la gestion interne des établissements – direction générale, direction des soins, ressources humaines.
- Les mécanismes internes au MSSS sont soit préventifs ou en réaction à une situation de maltraitance connue. L'application de mécanismes préventifs, telles les visites d'évaluation ou de certification par exemple, repose sur des grilles dont il est impossible, pour l'instant, de savoir si elles comprennent ou non spécifiquement des indices de maltraitance. De plus, il s'avère difficile de tracer précisément le suivi réactif aux situations de maltraitance, car plusieurs événements sont rapportés sans nécessairement porter la mention « maltraitance » (notamment dans les rapports d'incidents et d'accidents). Par exemple, depuis février 2014, le processus vise à s'assurer que des rapports d'incidents et d'accidents soient systématiquement complétés. Il nous fut impossible de savoir ce qui est fait de l'analyse des rapports d'incidents et d'accidents et en quoi leur analyse peut permettre d'induire des changements dans les milieux. Il en va de même pour les codes d'éthique et d'autres mécanismes.
- Parmi les mécanismes externes au MSSS, il est difficile d'identifier quand et comment ils sont déployés et surtout quels en sont les effets (en particulier pour la personne âgée).
- Bien que la très grande majorité des informateurs-clés se prononcent contre l'instauration d'une loi comprenant le signalement obligatoire, plusieurs aspects positifs liés à une telle loi sont évoqués. Il y a crainte de voir subvenir un nouveau mécanisme dans une riche panoplie, d'où une demande accrue de coordination des différentes actions et d'assurance que chacun des mécanismes déjà existants soit utilisé de façon optimale.

- Si le Gouvernement du Québec veut aller de l'avant avec des changements visant le signalement obligatoire, il importe de distinguer les dispositifs soit a) selon les milieux d'hébergement ou b) selon les caractéristiques des clientèles. La première avenue est prometteuse au plan de l'imputabilité organisationnelle. Par contre, la seconde est nettement plus intéressante dans une visée du respect de l'auto-détermination des personnes âgées, avec ou sans le soutien de leurs proches.
- Si le Gouvernement du Québec veut aller de l'avant avec une loi introduisant le signalement obligatoire, il doit travailler avec les Ordres professionnels qui seront directement concernés. Plusieurs aspects devront être clarifiés, dont le secret professionnel.
- Plus que tout, les informateurs-clés disent clairement que le statu quo est impossible. Ce faisant, des changements sont attendus notamment en termes de traçabilité de l'application de chaque mécanisme et de synergie entre les mécanismes (ce qui appelle nécessairement des approches intersectorielles).
- Plusieurs informateurs-clés ont suggéré des actions qui sont directement en phase avec les approches de qualité de soins, implantation de la bientraitance et implantation des milieux de vie. Ce faisant, le MSSS est directement interpellé.
- Advenant le renforcement des mécanismes internes en place, plusieurs informateurs-clés ont nommé le rôle crucial que doit jouer le commissaire local ou régional aux plaintes. Cependant, des questions se posent sur sa réelle autonomie et sur son pouvoir pour instaurer des changements. Néanmoins, avant de créer un nouveau poste, tel que le prévoit le projet de loi 399, il importe d'analyser en quoi le pouvoir et la « marge de manœuvre » de ces commissaires pourraient être bonifiés.
- Dans le contexte budgétaire actuel, considérant que l'instauration d'une loi de signalement obligatoire nécessiterait un investissement majeur pour être vraiment efficace, il serait judicieux de miser davantage sur : la prévention, la responsabilisation des acteurs et des milieux/établissements, le financement adéquat des mécanismes existants pour s'assurer que les contrôles soient appropriés et de juste niveau, la mise sur pied d'équipes intersectorielles ou d'ententes sociojudiciaires, le travail en partenariat et une meilleure concertation, des politiques de tolérance zéro dans tous les milieux, la formation des intervenants (particulièrement le personnel de soins de première ligne) et des gestionnaires, le soutien clinique, une meilleure connaissance des mécanismes, le renforcement des capacités d'agir des personnes âgées (qui passe notamment par une meilleure connaissance de leurs droits), ainsi que l'accompagnement et le soutien des employés, des personnes âgées et de leurs proches, etc.

Plusieurs questions subsistent et devront être prises en compte dans la suite des travaux du Gouvernement du Québec. En voici quelques-unes :

- La maltraitance commise par des visiteurs, d'autres résidents, ou encore par les résidents envers le personnel sera-t-elle consignée et rapportée ?
- Comment seront traitées les situations qui ne relèvent pas spécifiquement du mandat d'un intervenant ou d'un organisme? Ou qui sont plus difficiles à prouver (manque de respect, infantilisation, brusquerie, certaines subtiles menaces)?
- Certains parlent de « maltraitance ordinaire » pour nommer les gestes ou omissions - tels le temps passé dans une culotte souillée ou encore la température de l'eau (trop froide ou trop chaude) lors des soins d'hygiène de routine. Il est parfois difficile d'amasser des preuves dans ces situations. Ces dernières seront-elles repérées?

## 7. RECOMMANDATIONS

Tout comme Caci (2010), nous sommes d'avis que « [l]e lien social repose sur la confiance, alors que l'excès de surveillance atomise la société et sape les bases de la cohésion sociale » (p. 79). La question qui nous anime est : quoi mettre en place pour aller plus loin tout en restant conforme aux valeurs qui animent la société québécoise ? À la lumière de tout ce qui précède, des recommandations se dégagent en vue de changements menés par le Gouvernement du Québec. Dans un contexte de réforme du RSSS amorcée depuis le printemps 2015, certaines de nos analyses et recommandations pourraient devoir être ajustées pour être en phase avec les transformations opérées ou à venir.

### Loi

À notre avis, l'adoption d'une loi visant le signalement obligatoire n'est pas la meilleure avenue à prendre. Si le Gouvernement décidait d'emprunter cette voie, il doit absolument tenir compte des balises énoncées à la section 6. Ce changement législatif aurait moult impacts sur plusieurs pratiques, ce qui va nécessiter un travail interministériel en collaboration avec l'Office des professions, les divers groupes de professionnels et les ordres qui les représentent.

Si aucune nouvelle loi n'est adoptée, des procédures claires quant aux usages des mécanismes existants doivent être écrites et ce, tant pour les mécanismes internes au RSSS que pour les mécanismes externes. Cet usage devra être monitoré à partir d'indicateurs précis. En sus d'une meilleure connaissance des divers mécanismes, il importe d'explorer comment il est possible d'augmenter l'imputabilité des dirigeants des divers milieux d'hébergement, de favoriser un signalement libre et volontaire en ayant une assurance que des actions claires et définies seront entreprises et consignées et que les actions n'iront pas à l'encontre du respect de l'autodétermination des personnes âgées, pour celles qui sont encore en mesure de le faire. Pour reprendre des propos exprimés par une représentante du gouvernement du Manitoba, la réponse obligatoire à tout signalement de situation de maltraitance importe plus que l'obligation ou non du signalement. Ainsi tout soupçon de situation de maltraitance doit enclencher un processus de vigilance et d'action. Pour y parvenir, un ou des acteurs doivent être imputables.

### Orientations gouvernementales

Le Gouvernement du Québec sera amené à énoncer plusieurs orientations gouvernementales afin de renforcer la lutte contre la maltraitance en milieu d'hébergement. À cet effet, le tableau 3, soit les recommandations relatives aux politiques, aux établissements et au système de santé et de services sociaux de l'AIIO doit être adapté au contexte québécois. Le Gouvernement est invité à revoir ou préciser sa définition afin d'y inclure nommément des aspects plus systémiques et organisationnels. Il importe non seulement que la maltraitance soit explicitement nommée, mais aussi qu'elle se décline en une série d'indicateurs clairs. Cela va demander un travail interministériel d'adoption d'une définition de ce qui constitue de la maltraitance en milieu d'hébergement et de ses indicateurs. Un premier travail pourrait viser à décrire toutes les formes de maltraitance pouvant se produire en hébergement ainsi qu'à dresser la liste des protagonistes pouvant être concernés (y compris la direction de l'établissement par ses politiques et procédures). Le prochain PAM gagnerait à comprendre des dispositions particulières selon les divers milieux de vie des personnes âgées, dont les milieux d'hébergement.

Le Gouvernement doit aussi, dans tous les changements qu'il mettra en œuvre, introduire des approches évaluatives afin de monitorer l'implantation et les effets des divers programmes. De plus,

constatant le peu d'études faites sur la maltraitance en milieu d'hébergement au Québec (et ailleurs dans le monde), le Gouvernement doit envisager de soutenir la recherche afin de documenter non seulement le phénomène, mais aussi le développement et l'identification de pratiques prometteuses tant en prévention qu'en détection et en suivi de cas. Tout comme ce fut fait au sujet des pratiques des intervenants de première ligne en santé et en services sociaux (Laforest et coll., 2013), il importe de recenser les outils de recherche de cas validés en milieu d'hébergement. Cette recension devrait être suivie de l'implantation de quelques-uns de ces outils sous la forme d'une étude pilote. Les résultats de cette étude permettraient de standardiser des pratiques de recherche de cas. La même démarche pourrait aussi être entreprise au sujet des suivis de cas (intervention directe).

## Formation

La maltraitance en hébergement ne se reconnaît que si l'ensemble des acteurs sont adéquatement sensibilisés et formés à cet effet. Il importe donc de poursuivre les campagnes de sensibilisation sur la maltraitance et l'âgisme envers les personnes âgées (à la fois les campagnes liées au PAM, les formations données par l'équipe de soutien de la LAAA, les formations données par les coordonnateurs régionaux avec le *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (MSSS, 2013a), etc.) afin de s'assurer que les divers milieux d'hébergement soient directement rejoints. Il ne faut pas sous-estimer les acteurs de terrain qui sont amenés à agir dans des situations de maltraitance et qui doivent être explicitement formés à jouer leur rôle, tels les membres des comités des résidents.

Le Gouvernement doit aussi continuer à veiller à ce que soit introduit dans nombre de programmes de formation initiale, des notions claires sur ce qu'est la maltraitance, comment la reconnaître, comment agir. Nos discussions avec les ordres professionnels ont permis de constater qu'il y a place à l'amélioration de la formation tant collégiale qu'universitaire, mais également de la formation continue. En milieu d'hébergement, la formation doit être offerte à l'ensemble du personnel, y compris les intervenants non professionnels (dont les préposés aux bénéficiaires) et ce, de façon récurrente afin non seulement de compenser pour le roulement du personnel, mais aussi pour permettre aux intervenants de rester à la fine pointe des connaissances et des pratiques. Il ne faut pas négliger les apports des bénévoles qui peuvent agir comme sentinelles ou d'intervenants intéressés par un engagement plus important dans une pratique de lutte contre la maltraitance.

Afin de valoriser le travail des divers intervenants en milieu de pratique, le soutien au moyen de *communautés de pratiques* est une avenue à explorer. Ces dernières permettent le partage de l'expertise terrain en valorisant les acteurs qui échangent leur savoir.

## Partage d'expertise entre le ministère de la Famille et le MSSS

Plusieurs actions passent par l'implantation d'une approche différente dans les milieux d'hébergement, soit la qualité des soins, la promotion de la bientraitance et l'instauration des milieux de vie. D'autres orientations peuvent permettre une offre bonifiée de services, notamment les plans Alzheimer, les politiques sur les usages des contentions, etc.

Des mécanismes internes au RSSS ciblent déjà des types de maltraitance, tels les registres des incidents et accidents. Il faut en favoriser l'usage étendu (et non juste pour consigner des gestes entre résidents, par exemple) afin d'avoir une idée de l'ampleur du phénomène. Cela est cependant secondaire au suivi qui doit être fait de chaque situation (Qui a reçu et traité le signalement/la plainte? Quel type d'enquête

fut réalisé? Quelle place fut laissée à l'aîné et à ses proches? Comment la situation fut-elle conclue? Y a-t-il eu pénalité? Quel soutien ou mesure de réparation furent offerts à la personne maltraitée?)

Les milieux doivent être soutenus dans leur déploiement de mécanismes internes. Ainsi, plutôt que de leur demander de se doter d'une politique originale, il importe de leur fournir un modèle adaptable à leur établissement. À cet effet, les initiatives déjà amorcées en vue du développement d'un modèle de politique de « tolérance 0 face à la maltraitance » pourraient être soutenues.

Tel que déjà mentionné, mis à part la traçabilité des actions engendrées par chacun des mécanismes, qu'ils soient internes ou externes au RSSS, c'est leur fractionnement qui est souvent mis en cause. Comment assurer que les divers organismes responsables de l'application d'un ou de plusieurs mécanismes collaborent ensemble, tout en reconnaissant le pouvoir d'enquête de certains d'entre eux? Un comité de travail à cet effet devrait être mis en place pour arrimer les approches et assurer des suivis plus efficaces et respectueux des besoins des personnes âgées et de leurs proches. Des ententes, telle l'entente sociojudiciaire de la Mauricie, pourraient devoir être expérimentées et implantées en milieu d'hébergement.

## Références

- Action on Elder Abuse (2008). A profile of action on elder abuse, *The Journal of Adult Protection*, 10(3), 35-38.
- Alberta Protection for Persons in Care Office (2012). Statistical Reports, 2011-12. [En ligne] : <http://www.health.alberta.ca/documents/PPC-Stats-OutcomesType-2011-12.pdf>
- Ancessi, H. (2010). «Prévention et repérage des risques de maltraitance en Unité de Soins Longue Durée : quels outils pour l'inspecteur», Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 62 p.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework, *International of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2014). *Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système*. Toronto : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, P., Szebehely, M., Armstrong, H. & Lafrance, S. (2011). Structural violence in long-term, residential care for older people: Comparing Canada and Scandinavia, *Social Science and Medecine*, 74(3), 390-398.
- Bardot, F. (2009). Travail et maltraitance dans une maison de retraite, *Travailler*, 2(22), 121-134.
- Beaulieu, M., & Crevier, M. (2013). Quand l'âgisme mène à considérer toutes les personnes âgées comme étant vulnérables et sujettes à la maltraitance. *Vie et vieillissement*, 11(1), 5-11.
- Beaulieu, M., Manseau-Young, M.-E., Peletier, C., & Spencer, C. (2015). *La maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement. État de situation sur sa prise en charge et mise en perspective d'une approche visant le signalement obligatoire*. Rapport de recherche inédit. Sherbrooke : Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées. 116 p.
- Belzile, L., Ethridge, F., Couturier, Y., Beaulieu, M., Aubry, F. et Boudjémaa, M. (2011). Penser l'hébergement de longue durée comme un milieu de vie. Une condition de la bientraitance institutionnelle, *Forum, Revue de la recherche en travail social*, 134, p.32-39.
- Benbow, S. (2008). Failures in the system: our inability to learn from inquiries, *Journal of Adult Protection*, 10(3), 5-13.
- Bennett, G., Kingston, P. & Penhale, B. (1997). *The Dimensions of Elder Abuse: Perspective for Practitioners*. London: Macmillan.
- Blondet, E. (2008). *L'évaluation des pratiques professionnelles : un outil au service de la bientraitance* (Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique), 50 p.
- Burns, D., Hyde, P. & Killet, A. (2013). Wicked problems or wicked people? Reconceptualising institutional abuse, *Sociology of Health and Illness*, 35(4), 514-528.
- Buzgova, R. & Ivanova, K. (2011). Violation of ethical principles in institutional care for older people, *Nursing Ethics*, 18(1), 64-78.
- Bytyqi, B. (2011). *La maltraitance envers les personnes âgées en établissement médico-social (EMS) : Identification des facteurs de risque et des moyens de prévention*, Bachelor en science HES-SO en soins infirmiers, Fribourg, 122 p.
- Charpentier, M. & Soulières, M. (2013). Elder abuse and neglect in institutional settings: The resident's perspective, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 25(4), 339-354.
- Commission européenne (2012). *Cadre européen de Qualité pour les services de soins et d'accompagnement aux personnes âgées*. Bruxelles : Parlement européen.



- Connolly, M.-T., Breckman, R., Callahan, J., Lachs, M., Ramsey-Klawnsnik, H. & Solomon, J. (2012). The sexual revolution's last frontier: How silence about sex undermines health, well-being, and safety in old age, *Generations*, 36(3), 43-52.
- Cortez, N. (2013). *Elder Abuse and Neglect in Long Term Care Facilities: A Literature Review*, CSSS Cavendish.
- Daly, J.M., & Jogerst, G.J. (2007). Nursing home abuse report and investigation legislation, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19 (3-4), 119-131 at 123.
- Duplantie, A. (2009). « Éthique et responsabilité professionnelle face à la vulnérabilité d'autrui ». *Perspective infirmière*, septembre/octobre, vol. 6, n° 5, pp. 47-51.
- Gernet, I., & Chekroun, F. (2008). Travail et genèse de la violence : à propos des soins aux personnes âgées, *Travailler*, 2(20).41-59.
- Glendenning, F. (1999). Elder Abuse and neglect in residential settings: the need for inclusiveness in elder abuse research, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10 (1-2), 1-11.
- Government Accountability Office (GAO). (2011) Elder Justice -Stronger Federal Leadership Could Enhance National Response to Elder Abuse. Report to the Chairman, Special Committee on Aging, U.S. Senate. GAO-11-208.
- Guerdoux, E., & Samacoits, P. (2011). Et si nous étions tous maltraitants?, *La Revue francophone de gériatrie et gérontologie*, 18(179), p.465-469.
- Guillot, L. (2013). Chronique d'une violence ordinaire, *Le Sociographe*, 2(42), 97-102.
- Habjanic, A. & Lahe, D. (2012). Are frail older people less exposed to abuse in nursing homes as compared to community-based settings? Statistical analysis of Slovenia Data, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(3), p.261-270
- Habjanic, A., Saarnio, R., Elo, S., Turk, D.M. & Isola, A. (2012). Challenges for Institutional Elder Care in Slovenian Nursing Homes, *Journal of Clinical Nursing*, 21, p.2579-2589.
- Harries, M. & Clare, M. (2002) *Mandatory Reporting of Child Abuse: Evidence and Options*. Report for the Western Australian Child Protection Council. Online: [http://www.uwa.edu.au/data/assets/pdf\\_file/0009/1102131/MRFinalReport.pdf](http://www.uwa.edu.au/data/assets/pdf_file/0009/1102131/MRFinalReport.pdf)
- Joubert, L. & Posenelli, S. (2009). Responding to a «window of opportunity»: The detection and management of aged abuse in an acute and subacute health care setting, *Social Work in Health Care*, 48(7), 701-714.
- Kinjerski, V. & Skrypnik, B. (2008). The promise of spirit at work: increasing job satisfaction and organizational commitment and reducing turnover and absenteeism in long-term care, *Journal of Gerontological Nursing*, 34(10), 17-25.
- Laforest, J., Maurice, P., Beaulieu, M., & Belzile, L. (2013). *Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux de première ligne*. Institut national de Santé publique. Québec (Québec). 102 p.
- Lalonde, C. et Roux-Dufort, C. (2012). Comment prévenir une crise? Les leçons tirées des plaintes de maltraitance au centre de soins de longue durée Saint-Charles-Borromée, *Gestion*, 37, p.72-84.
- Lechevalier Hurard, L. (2013). Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique, *Sociologie du travail*, 55, p.279-301.
- Lebel, É. (2011). Maltraitance dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée, *Les Cahiers de PV*, p.125-127.
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K.K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology, *Implementation Science*, 5(69), 9 p.

- Lindbloom E. J., Brandt J., Hough L. D., & Meadows S. E. (2007). Elder mistreatment in the nursing home: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 610–616.
- Mas, S. (2009). Une trousse de bientraitance pour réfléchir aux pratiques en gériatrie, *Soins gérontologie*, 79, 18.
- McCool, J., Jogerst, G.J., Daly, J. M. & Xu, Y. (2009). Multidisciplinary reports of nursing home mistreatment, *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(3), p.174-180.
- McDonald, L. (2011). Elder abuse and neglect in Canada: the glass is still half full. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 30 (3), 437–465.
- McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S., Lowenstein, A., Podnieks, E. & Wahl, J. (2012). Institutional abuse of older adults: What we know, what we need to know, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(2), 138-160.
- Ministère de la Famille et des Aînés (MFA) (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2013a). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. Partenaires multisectoriels. 460 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2013b). *Troisième Forum des partenaires sur la maltraitance envers les personnes âgées*. Communiqué de presse, 11 octobre 2013.
- Monitoring in Long-Term Care Pilot Project on Elder Abuse (MILCEA) (2010). *Prevention of elder abuse in Europe. Towards a framework for the monitoring of elder abuse*. Final results. 36 p.
- Organisation des Nations Unies (ONU) (2002). *Rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement*, 78 p. (Également en ligne : [http://www.un-ngls.org/IMG/pdf/MIPAA\\_en\\_francais.pdf](http://www.un-ngls.org/IMG/pdf/MIPAA_en_francais.pdf)).
- Payne, B.K. & Fletcher, L.B. (2005). Elder abuse in nursing homes: Prevention and resolution strategies and barriers. *Journal of Criminal Justice*, 33(2), 119–125.
- Pennsylvania, USA; (s.d.) [En ligne] : <http://rainn.org/public-policy/legal-resources/pennsylvania/mandatory-reporting-elderly>
- Picken, S., Halphen, J.M. & Dyer, C.B. (2011). Elder mistreatment in the long-term care setting, *Annals of Long-Term Care and Aging*, 19(8), 30-35.
- Ragsdale, V. & McDougall, G. (2008). The changing face in long-term care: looking at the past decade, *Issues in Mental Health Nursing*, 29(9), 992-1001.
- Rosen, T. Pillemer, K. & Lachs, M. (2008). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: an understudied problem, *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 77-87.
- Schiamberg, L.B., Oehmke, J., Zhang, Z., Barboza, G.E., Griffore, R.J., Von Heydrich, L., Post, L.A., Weatherill, R.P. & Mastin, T. (2012). Physical abuse of older adults in nursing homes: A random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(1), 65-83.
- Spencer, C., Charpentier, M., McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S. and Podnieks, E. (2008). *National Snapshot: "Where things currently stand" – Executive Summary*. Prepared for the national project A Way Forward: Promising Approaches to Abuse Prevention in Institutional Settings. University of Toronto, Institute for Life Course and Aging.
- Stein, L. G., Beckerman, N.L. & Sherman, P.A. (2010). Lesbian and gay elders and long-term care: Identifying the unique psychosocial perspectives and challenges, *Journal of Gerontological Social Work*, 53(5), 421-435.

Stevens, M., Biggs, S., Dixon, J., Tinker, A., Manthorpe, J. & Lee, L. (December 2009). *Institutional Mistreatment and Dignity: Toward a Conceptual Understanding*. Kings College London, National Centre for Social Research. A paper for the Department of Health and Comic Relief.

Tilse, C. & Wilson, J. (2013). Recognising to financial abuse in residential aged care, *Journal of Adult Protection*, 15(3), 141-152. DOI: 10.1108.JAP-11-2012-0025.

Wisconsin, USA. Abramson, B. (2008) Wisconsin's Adult-at-Risk Reporting Law [En ligne] :<http://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/IAFN/baf09f1c-b3a1-403f-885c-282f980caa41/UploadedFiles/Wisconsin%20Adult%20at%20Risk%20Reporting%20Law.pdf>

## Documents consultés et analysés (section 4)

### **Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux (RNIASSSS)**

Gouvernement du Québec. (2013). *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec*. Période du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 30 septembre 2013.

Gouvernement du Québec. (2013). *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec*. Période du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 31 mars 2013.

### **Gouvernement du Québec / MSSS / Ministère de la Famille et des Aînés (MFA)**

Gouv. du Québec/MSSS. (2014). *Cadre de référence. Les ressources de type intermédiaire et les ressources de type familial*. 207 p.

Gouv. du Québec/MSSS. (2013). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. Partenaires multisectoriels. 460 p.

Gouv. du Québec/MSSS. (2013). *Bilan de la troisième année du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. 2 p.

Gouv. du Québec/MSSS. (2013). *Guide des responsabilités des agences de la santé et des services sociaux au regard des RI et des RTF*. Orientations ministérielles. 74 p.

Gouv. du Québec/MSSS. (2013). *Manuel d'application – Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*. Document maître. 143 p.

Gouv. du Québec. (2012). *Régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux*. Portail santé mieux-être. [En ligne <http://sante.gouv.qc.ca/systeme-sante-en-bref/plaintes/>]

Gouv. du Québec/MFA. (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. 84 p.

MSSS. (2007). *Cadre de référence relatif au pouvoir d'intervention du commissaire aux plaintes et à la qualité des services*. 36 p. [Modifié en février 2008]

MSSS. (2007). *Le régime d'examen des plaintes. Améliorer la qualité des services : notre préoccupation constante!* Dépliant.

MSSS. (2006). *Lignes directrices relatives au comité de vigilance et de la qualité et au commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans les agences de la santé et des services sociaux*. 22 p.

Gouv. du Québec/MSSS. (2001). *Ressources intermédiaires – Cadre de référence*. 61 p.

### **Commission des droits de la personne et de la jeunesse (CDPDJ)**

CDPDJ. (2013). *Rapport d'activités et de gestion 2012-2013*. 145 p.

CDPDJ. (2011). *Personnes âgées : À la défense de vos droits*. Dépliant.

Site web de la CDPDJ. [En ligne] Page consultée en avril 2014. [[www.cdpedj.qc.ca](http://www.cdpedj.qc.ca)]

### **Protecteur du citoyen**

Protecteur du citoyen. (2013). *Rapport annuel d'activités 2012-2013*. 148 p. [En ligne]

Protecteur du citoyen. (2011). *Procédure d'intervention auprès des ministères et des organismes publics assujettis à la compétence du Protecteur du citoyen*. 9 p.

Protecteur du citoyen. (2011). *Procédure d'examen des plaintes en matière de santé et de services sociaux*. 9 p. [En ligne - Dernière mise à jour le 15/01/2014]

### **Bureau du coroner**

Bureau du coroner. (2013). *Rapport annuel de gestion 2012-2013*. 44 p.

Bureau du coroner. (2013). *Rapport des activités des coroners en 2012*. 30 p.

Bureau du coroner. (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. 41 p.

Me Rudel-Tessier, C. (2008). *Rapport d'enquête sur le décès de Mme Claire Trudel (135144)*. 19 p.

Site web du Bureau du coroner. [En ligne] Page consultée en avril 2014.

<http://www.coroner.gouv.qc.ca/>

### **Curateur public du Québec**

Le Curateur public du Québec. (2014). *Mémoire du Curateur public du Québec à la Commission de la santé et des services sociaux*. Consultations particulières et auditions sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD. 30 p.

Le Curateur public du Québec. (2013). *Rapport annuel de gestion 2012-2013*. 80 p.

Curateur public. (2007). *Vieillesse et inaptitude : un enjeu à considérer*. Notes d'allocation de Mme Diane Lavallée lors de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, le 26 octobre.

En ligne. [[http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/allocation\\_consult\\_pub.pdf](http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/allocation_consult_pub.pdf)]

### **Conseil québécois d'agrément (CQA) et Agrément Canada**

CQA. (2013). *Rapport annuel 2012-2013*. 37 p.

CQA et Agrément Canada. (2012). *Rapport d'agrément – CSSS Cavendish*. 71 p.

Site web du Conseil québécois d'agrément. [En ligne]. Page consultée en avril 2014.

<http://cqaqualite.ca/>

### **Régie du logement du Québec**

Régie du logement. (2013). *Rapport annuel de gestion 2012-2013*. 88 p.

Régie du logement. (2013). *Signer un bail avec une résidence privée : Un guide pour les aînés et les propriétaires*. Dépliant.

### **CSSS Cavendish / Ligne Aide Abus Aînés**

Ligne AAA. (2014). *Statistiques périodiques de la Ligne Aide Abus Aînés – Mois de décembre 2013*.

Israel, S., Soulières, M. et N. Cortez. (2014). *Guide d'autoévaluation et de révision des politiques et procédures entourant la maltraitance envers les aînés en CHSLD*. Montréal, CSSS Cavendish. 58 p.

### **Barreau du Québec / Éducaloi**

Barreau du Québec et Éducaloi. (2003). *Vous avez des droits, prenez votre place!* Juriguide pour les aînés. [Dernière mise à jour : août 2009]

Éducaloi. [En ligne]. *L'hébergement des personnes âgées*. [<http://www.educaloi.qc.ca/capsules/lhebergement-des-personnes-agees>]

### **Coordonnateurs régionaux en matière de maltraitance envers les personnes aînées –**

#### **Plans d'action régionaux 2012-2015 pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées**

- ASSS du Saguenay Lac-Saint-Jean. (2012). *Plan d'action régional pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2012-2015*. 16 p.
- ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2012). *Plan d'action régional pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2012-2015*. 36 p.
- ASSS de l'Estrie/Table de concertation contre les mauvais traitements faits envers les personnes aînées de l'Estrie. (2012). *Plan d'action régional pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées de l'Estrie 2012-2015*. 10 p.
- ASSS de la Côte-Nord. (2012). *Plan d'action régional en matière de maltraitance envers les aînés 2012-2015*. 12 p.
- ASSS de la Gaspésie Îles-de-la-Madeleine. (2012). *Diagnostic et plan d'action régional 2012-2015 en matière de maltraitance envers les personnes aînées*. 29 p.
- ASSS des Laurentides. (2012). *Plan d'action régional Laurentides visant à contrer la maltraitance envers les aînés*. 14 p.
- ASSS de la Montérégie. (2012). *L'importance d'agir... tous ensemble. Plan d'action régional 2012-2015 pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées*. 13 p.

#### **Portraits et diagnostics régionaux de la maltraitance envers les personnes aînées**

- ASSS du Bas-Saint-Laurent. (2012). *La maltraitance envers les personnes aînées. Diagnostic du milieu*. 12 p.
- ASSS du Saguenay Lac-Saint-Jean. (2012). *La maltraitance envers les personnes aînées au Saguenay Lac-Saint-Jean. Portrait et diagnostic du milieu*. 45 p.
- ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2011). *Maltraitance envers les personnes aînées. Portrait du milieu*. 25 p.
- ASSS de l'Estrie. (2011). *Diagnostic de la maltraitance envers les personnes aînées de l'Estrie*. 39 p.
- ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue. (2012). *Diagnostic du milieu en vue de contrer la maltraitance envers les personnes aînées*. 12 p.
- ASSS de la Gaspésie Îles-de-la-Madeleine. (2012). *La maltraitance envers les personnes aînées. Portrait au plan régional et au plan local et inventaire des ressources disponibles*. 44 p.

#### **Commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services –**

**Rapports annuels 2012-2013 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services**

- Les rapports de 11 régions (ASSS) ont été consultés : Bas-Saint-Laurent, Saguenay Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Montréal, Gaspésie Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie.