



DÉPARTEMENT DE SERVICE SOCIAL
Faculté des lettres et sciences humaines
Université de Sherbrooke

QUIZ SUR LA MALTRAITANCE
ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES

© JOHANNIE BERGERON PATENAUDE

ESSAI

Déposé en vue de l'obtention du grade de

Maître en Service social

Sherbrooke
Le 15 novembre 2010

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
AVANT-PROPOS	4
INTRODUCTION	8
1. MISE EN CONTEXTE.....	17
1.1 D'où vient l'idée de développer un tel quiz ?	10
1.2 Perspective historique sur la maltraitance des personnes âgées.....	11
1.2 Influence de Palmore et l'âgisme	15
2. MÉTHODOLOGIE DES TRAVAUX.....	18
2.1 Recherche documentaire.....	18
2.2 Construction du quiz.....	20
2.3 Rencontre de consensus	21
2.4 Développement du manuel d'accompagnement quiz	22
3. PERTINENCE SOCIALE ET SCIENTIFIQUE.....	23
3.1 Du choix de la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées	23
3.1.1 <i>Charte des droits et libertés de la personne</i> du Québec	23
3.1.2 Vieillissement démographique	24
3.1.3 Âgisme	24
3.1.4 Conséquences de la maltraitance	26
3.2 Du quiz sur la maltraitance envers les aînés	28
3.2.1 Identifier les méconnaissances et augmenter les connaissances	28
3.2.2 Prévention par la voie de l'éducation.....	28
4. ENJEUX RELIÉS À L'ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES EN LIEN AVEC LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES.....	30
4.1 Définition	30
4.2 Ampleur du phénomène	31
4.3 Formes de maltraitance.....	32
4.4 Formes de maltraitance spécifiques au contexte d'hébergement.....	32
4.5-4.6 Facteurs de vulnérabilité et facteurs de risque	33
4.7 Notion de genre	34
4.8 Auteurs de la maltraitance.....	34
4.10 Freins à la dénonciation	36
4.11 Théories explicatives et compréhensives.....	36
4.12 Lois	37
4.13 Prévention	37
4.14 Dépistage.....	38
4.15 Intervention	38
4.16 Organisation des services.....	39
4.17 Rôle des associations de personnes âgées.....	39
4.18 Fardeau et stress	40
4.19 Aspects culturels.....	40
4.20 Formation	41

5. LE MANUEL DU QUIZ SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES	
AÎNÉES	43
5.1 Thème: Définition	43
5.2 Thème : Ampleur du phénomène.....	47
5.3 Thème: formes de maltraitance	50
5.4 Thème: Hébergement : formes de maltraitance	54
5.5 Thème : Facteurs de risque	58
5.6 Thème: Facteurs de vulnérabilité	62
5.7 Thème : Notion de genre.....	66
5.8 Thème: Auteurs de la maltraitance	69
5.9 Thème : Conséquences	74
5.10 Thème : Freins à la dénonciation.....	77
5.11 Thème: Théories explicatives.....	79
5.12 Thème: Lois.....	83
5.13 Thème: Prévention.....	86
5.14 Thème: Dépistage	89
5.15 Thème: Intervention.....	93
5.16 Thème: Organisation des services	98
5.17 Thème: Associations d'aînés.....	102
5.18 Thème: Fardeau et stress.....	107
5.19 Thème: Aspects culturels	111
5.20 Thème: Formation	115
CONSLUSION.....	119
RÉFÉRENCES.....	123
ANNEXE I	134

REMERCIEMENTS

En préambule à cet essai, je tiens à remercier très sincèrement Marie Beaulieu, ma directrice d'essai pour son soutien, ses bons conseils et sa patience. Grâce à sa solide implication, tout au long du développement de mon essai, j'ai pu me rendre à bon port avec fierté et sentiment d'accomplissement. Notre collaboration des derniers mois, ne s'arrête pas au dépôt de cet essai. Nous avons en effet des projets pour l'avenir. Merci Marie pour toutes les opportunités dont tu as su me faire profiter et pour celles à venir.

Je veux aussi remercier Julien Bélanger, qui a bien voulu prendre beaucoup de son temps pour me lire et me corriger. Sans son aide, il est évident pour moi que mes écrits n'auraient pas été rendus avec autant de clarté et de précision. Merci aussi à Julien pour son soutien au quotidien et les petites randonnées d'après-midi qui m'ont si souvent permis d'éclairer mes idées.

Enfin, je désire remercier mon amoureux pour ses nombreux encouragements sans cesse renouvelés qui m'ont aidé à persévérer dans ce travail ardu, mais tant gratifiant qu'est la réalisation d'un essai.

J'adresse donc mes plus sincères remerciements à tous, incluant mes parents et amis, qui m'ont accompagné pendant les étapes de ce grand processus.

AVANT-PROPOS

Au terme de mon baccalauréat en service social, je me suis trouvé un emploi d'étudiante au Centre de santé et de services sociaux- Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, (CSSS-IUGS) comme agente de sécurité et préposée à l'entretien ménager. Cette institution regroupe quatre centres hospitaliers et de soins de longue durée de Sherbrooke. Ce nouvel emploi en est un de travailleuse sociale en devenir. Dans mon travail, j'ai pu faire la rencontre d'un monde plutôt à part et auquel je me suis sentie privilégiée d'appartenir. J'ai côtoyé des personnes âgées qui proviennent de toutes les classes de la société, qui ont exercé tous les métiers et toutes les professions et qui présentent des parcours de vie très diversifiés. J'ai eu la chance d'entrer dans leur intimité. J'ai plus d'une fois été touchée et même bouleversée par des sourires réconfortants et inconditionnels, par de petites mains tendues réclamant un peu d'affection et de considération. J'ai à plus d'une reprise éprouvé un sentiment d'impuissance, voire un sentiment de colère, devant les souffrances engendrées par la maladie chez plusieurs personnes âgées. Ainsi, certaines formes de démence ont comme caractéristiques de faire constamment rire ou d'entraîner une perte d'inhibition chez la personne atteinte, ce qui peut parfois donner accès à la beauté de certains gestes spontanés. Toutefois, certaines autres formes de démence peuvent malheureusement plonger la personne âgée qui en souffre dans une tristesse sans fin ou encore dans des visions d'horreur au point que la peur peut se lire sur son visage. Cet amalgame d'émotions à la fois riches et contrastées dont j'ai fait l'expérience en travaillant et en vivant dans la quotidienneté de ces personnes a été à l'origine d'une curiosité, d'un amour et d'un intérêt personnel et professionnel envers la clientèle âgée.

Un jour, j'ai été confrontée à une situation particulière impliquant un homme âgé malade, qui se situait aux premiers stades de la maladie d'Alzheimer et qui venait d'être admis au pavillon

Saint-Joseph après l'hospitalisation de son épouse, qui était son aidante principale à domicile. Cet homme avait été accueilli au pavillon un vendredi, au début de l'après-midi. Monsieur ne se montrait pas vraiment coopératif lors de son admission et il a essayé à deux reprises de se sauver du pavillon. Ces tentatives de fugue ont eu comme conséquence que la direction du pavillon a jugé qu'il devenait nécessaire de transférer monsieur à l'unité prothétique qui a été conçue spécialement pour recevoir les clients atteints de la maladie d'Alzheimer ; dans cette unité, toutes les portes sont contrôlées par des codes d'accès, de sorte que toute fuite devient pratiquement impossible pour les résidents. Durant la fin de semaine, le comportement de monsieur s'est détérioré à un point tel qu'il a déclenché pas moins de trois codes blancs (on parle ici de situations d'agressivité physique) en l'espace de deux jours. C'est à une de ces occasions que j'ai dû intervenir à titre d'agente de sécurité du pavillon. Après que la situation soit redevenue sous contrôle et que le monsieur se soit calmé, je suis allée discuter du cas de monsieur avec les membres du personnel soignant ; je voulais savoir pour quelle raison, à leur avis, le monsieur s'était comporté de cette manière. Mais, parmi les membres du personnel soignant, personne n'était vraiment en mesure d'expliquer les comportements de non-coopération et les gestes de violence de monsieur. Je me rappelle que ce qui m'avait marquée, pour ne pas dire saisie, c'était le fait qu'une infirmière avait dit qu'il était déplorable de ne pas pouvoir mettre monsieur sous contention parce que celle-ci aurait permis de régler le problème. Quand j'essayais d'expliquer mon point de vue et que je présentais mes arguments au personnel de l'équipe soignante, je me sentais comme si j'arrivais de nulle part avec mes idées. Je me disais que, peut-être, personne n'avait vraiment pris le temps de s'asseoir avec ce monsieur pour l'écouter avec attention et l'entendre exprimer ses craintes et ses déceptions et que, dans le contexte dans lequel on l'avait placé, où il était privé presque totalement de sa liberté, sa réaction était parfaitement normale. Il faut dire aussi que l'ambiance qui règne à l'unité prothétique est très particulière du fait que plusieurs des résidents et résidentes qui y

vivent sont atteints de formes de démence qui sont très sévères et beaucoup plus avancées que celle dont est atteint monsieur. Il se pouvait également que le personnel de l'équipe soignante manque de connaissances sur les processus psychologiques dont il faut se servir pour pouvoir soutenir et accompagner adéquatement et de façon humaine une personne qui se trouve dans la condition médicale de monsieur. Il était possible aussi que les membres de l'équipe soignante soient accablés par une charge de travail beaucoup trop lourde, ce qui faisait qu'ils n'avaient pas assez de temps à leur disposition pour intervenir dans des situations d'exception ou d'urgence comme celle que je viens de décrire en quelques mots. Quoi qu'il en soit, la question qui m'a tiraillée intérieurement était la suivante : pourquoi l'infirmière a-t-elle cru que seule une contention pouvait permettre de régler le problème qui vient d'être évoqué? En fait, quel était au juste le véritable problème ? Étaient-ce les comportements agressifs de monsieur envers le personnel ? Serait-ce le manque de ressources appropriées à ce type de situations particulières ? S'agissait-il d'un manque de formation du personnel ? Avait-on affaire à un environnement où la charge de travail est trop grande et où les travailleurs subissent la pression de performer et d'avoir à fournir un certain rendement ? Y avait-il quelque chose qui n'allait pas dans la culture organisationnelle de l'établissement ? En bref, je me retrouvais devant une multitude d'hypothèses à propos de cette situation et, surtout, je ne crois pas qu'une seule d'entre elles aurait suffi pour expliquer dans sa totalité la situation présentée. Cela dit, un point m'apparaît évident : les membres du personnel soignant n'ont pas à être victimes de violence dans le cadre de leurs fonctions. Mais, un point restait à éclaircir : les contentions ne sont-elles pas censées être utilisées uniquement pour protéger les patients contre les risques de chute ?

Donc, c'est en faisant l'expérience ou du moins en étant témoin de situations similaires que j'ai développé un intérêt marqué non seulement pour les personnes âgées en général, mais

aussi et surtout pour celles d'entre elles qui vivent en milieu d'hébergement. Qui plus est, la situation que j'ai décrite précédemment m'a amenée à me questionner sur la problématique de la bientraitance ou, au contraire, des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées. Par ailleurs, je me dois de préciser que, tout au long de mon parcours universitaire, la question de la maltraitance des personnes âgées a presque toujours été le sujet pour lequel j'optais dans mes travaux de recherche, en autant, bien entendu, que ce choix était possible.

INTRODUCTION

Dans le cadre du présent essai, il aurait été possible de pousser davantage l'étude de la maltraitance des personnes âgées vivant en milieu d'hébergement. Or, j'ai choisi de me questionner sur l'état actuel des connaissances sur la maltraitance qui survient à domicile et en milieu d'hébergement institutionnel. Ainsi, la question à laquelle je tenterai d'apporter une réponse dans le cadre du présent essai est la suivante: quelles sont les connaissances factuelles qui sont en lien avec la problématique des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées? Le côté innovateur et créatif de cet essai réside dans le fait qu'il cherche à répondre à cette question au moyen de l'élaboration d'un outil intitulé *Quiz sur la maltraitance envers les personnes âgées*. Dans les pages suivantes, je vais présenter la démarche qui a conduit au développement de cet instrument, lequel est doté d'abord et avant tout d'une visée éducative. Dans le premier chapitre, par l'intermédiaire d'une mise en contexte, j'exposerai d'où est venue l'idée de développer un tel quiz. Ensuite, je me pencherai sur la problématique des mauvais traitements envers des personnes âgées dans une perspective historique. Enfin, je vais traiter de l'influence de Palmore dans le domaine de la gérontologie en lien avec la question de l'âgisme. Dans le deuxième chapitre, qui constitue en quelque sorte le volet méthodologique de mon essai, je me pencherai respectivement sur la démarche de recherche documentaire, sur le processus de construction du quiz, sur la rencontre consensus et, enfin, sur la conception du manuel d'accompagnement du quiz. Le troisième chapitre abordera la question de la pertinence sociale et de la pertinence scientifique de cet essai; je parlerai tout d'abord de la pertinence de choisir la problématique des mauvais traitements envers les personnes âgées comme sujet de mon essai, puis je me prononcerai sur la pertinence d'élaborer le quiz proprement dit. Dans le quatrième chapitre, je ferai état des enjeux en lien avec l'état actuel des connaissances sur les mauvais traitements envers les personnes âgées.

Dans le cinquième et dernier chapitre, je vais présenter le contenu du manuel d'accompagnement du quiz. La conclusion, dans laquelle je proposerai entre autres une réflexion sur la pratique du travail social gériatologique, viendra mettre un terme à mon travail.¹

¹ Noter bien que dans le cadre de cet essai, les expressions « maltraitance » et « mauvais traitements » sont utilisés sans distinction aucune et renvoient donc au même concept. Les termes « aîné », personne aînée » et « personne âgée » sont également employés sans distinction afin de désigner un individu âgé ; selon les études consultées, on parle d'une personne âgée de 65 ans et plus.

1. MISE EN CONTEXTE

1.1 D'où vient l'idée de développer un tel quiz ?

Au moment où j'ai décidé que mon essai traiterait des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées, il m'est apparu évident que je devais approcher Marie Beaulieu pour lui demander si elle accepterait de devenir ma directrice d'essai, compte tenu de l'expertise qu'elle a développée sur ce sujet au fil des années. Madame Beaulieu a accepté de me suivre et de me superviser dans cette démarche créative que constitue l'essai en fin de maîtrise dans le programme de service social. C'est ainsi que lors de discussions que nous avons eues pour clarifier le sujet de mon essai, Marie Beaulieu m'a proposé de travailler avec elle comme assistante de recherche au Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux- Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke pour développer un quiz qui porterait sur les mauvais traitements envers les personnes âgées qui s'inspirerait des travaux menés par Palmore sur l'âgisme. Cette proposition m'a tout de suite plu parce que j'y voyais un moyen stimulant de développer mes connaissances sur la maltraitance envers les personnes âgées et d'acquérir certaines compétences en recherche, et ce, tout en élaborant mon essai. Cette conjoncture particulière m'a donné la possibilité de participer avec Marie Beaulieu à la co-construction du *Quiz sur la maltraitance envers les personnes âgées*. À ce propos, je me dois de mentionner que les recherches qui furent menées pour construire l'outil ont été financées en grande partie par le RQRV² dans les activités du réseau thématique «interaction et soutien social» et par l'organisme NICE³.

² Le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement est un organisme qui soutien la recherche interdisciplinaire en lien avec le vieillissement, tout en stimulant la création de partenariats de recherche.

³ L'organisme NICE (National Initiative for the Care of the Elderly) est un réseau pancanadien qui est formé de chercheurs, de praticiens, d'étudiants et de personnes âgées et qui est dédié à l'amélioration des soins donnés aux personnes âgées.

1.2 Perspective historique sur la maltraitance des personnes âgées

Bien que la reconnaissance de la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées ait été tardive, la bientraitance des personnes âgées suscite un intérêt de plus en plus grand au Québec depuis le début des années 1980 (Beaulieu et Crevier, 2010). Cette période pendant laquelle on se rend compte de l'importance considérable de ce phénomène s'inscrit dans un contexte où l'on commence à prendre conscience du vieillissement excessivement rapide de la population et des importantes répercussions de cette situation sur notre société. Dans un même temps, on reconnaît le fait que les mauvais traitements envers les personnes âgées peuvent également se produire en milieu institutionnel (Giasson, & Beaulieu, 2005).

En 1991, les *Principes des Nations Unies pour les personnes âgées* soulignaient l'importance pour ces dernières d'avoir la possibilité de vivre dans la dignité et la sécurité sans crainte d'être exploitées ni soumises à des sévices physiques ou mentaux, d'être traitées avec justice quels que soient leur âge, leur sexe, leur race, leur origine ethnique, leurs handicaps ou autres caractéristiques, et être appréciées indépendamment de leur contribution économique (Nations Unies, 1991, dans Paris, 2009a).

Plus récemment, en 2002, le *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement*, fruit de la Deuxième assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement, durant laquelle les participants provenant de tous les horizons avaient discuté des enjeux et des conséquences du vieillissement démographique et des différentes actions qui doivent être mises en place au cours des 20 prochaines années pour contrer ce problème, affirmait l'importance de garantir le plein respect des droits des personnes âgées en éliminant toute forme de discrimination ou d'abus envers celles-ci et en mettant en place des interventions de soutien afin de résoudre les cas de maltraitance qui sont identifiés (Paris, 2009a).

La position que tient le Québec sur cette question s'inscrit au cœur de ces grandes orientations mondiales. En effet, c'est dans les années 1970 que prend racine au Québec l'intérêt porté à la question des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées à l'occasion de colloques régionaux sur la violence qui avaient été convoqués à l'initiative du Ministère de la Justice. C'est à cette époque que la maltraitance est considérée comme une préoccupation d'ordre publique. Quelques années plus tard, le gouvernement québécois publie un rapport intitulé *Vieillir en tout liberté* (1989). Si, dans ce document, on expose pour la première fois dans sa grande complexité la problématique des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées, on y retrouve aussi des recommandations qui s'inscrivent en faveur du développement d'une action gouvernementale dans ce domaine et de la mise en place de repères pour guider les interventions en matière de maltraitance des personnes âgées. Du reste, depuis plus de 20 ans, les Québécois attendent de leur gouvernement des actions concrètes en vue de mobiliser la population dans la lutte contre les mauvais traitements envers les personnes âgées (Beaulieu, & Crevier, 2010).

Pour sa part, le Conseil des aînés a rédigé un nombre considérable de documents portant sur ce sujet. Le rôle de ce conseil consistait (il convient maintenant d'en parler au passé car le Conseil des aînés doit être aboli en décembre 2010) principalement à faire part aux instances gouvernementales des préoccupations de la population du Québec sur des questions qui touchent les personnes âgées. Parmi les nombreuses publications du Conseil des aînés, on remarque plus particulièrement *L'avis sur les abus exercés à l'égard des personnes âgées* (1995), qui dénonce l'inaction gouvernementale dans ce dossier (Beaulieu, & Crevier, 2010).

Au plan international, en 2002, le *Plan d'action international sur le vieillissement des Nations Unies* a été dévoilé, ce qui conduit à l'organisation de la toute première journée internationale

de sensibilisation contre la maltraitance des aînés, prévue alors pour le 15 juin 2006. Toujours en 2002, le document *Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation* a permis d'instaurer des mesures pour enrayer la maltraitance envers les personnes âgées (Paris, 2009a).

Au Québec, en 2007, une vaste consultation publique mise en branle par le Ministère de la Famille et des Aînés a conduit à la production du *Rapport de la consultation sur les conditions de vie des aînés*, duquel se dégagent un certain nombre de préoccupations majeures en rapport avec la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées. Ce rapport fait notamment mention de la nécessité de rompre le silence entourant cette question, de modifier les représentations de la population face à cette problématique dans la perspective d'assurer un dépistage plus efficace des cas de maltraitance, de rendre compte de la pluralité des situations et des contextes de mauvais traitements, de prendre conscience de l'importance primordiale de procéder à un suivi du dossier, de mettre en place un meilleur encadrement des transactions bancaires, de déployer une vigilance accrue dans les milieux d'hébergement, d'instaurer des peines plus sévères pour les auteurs des mauvais traitements et, enfin, de donner le meilleur soutien possible aux personnes âgées qui se retrouvent victimes de mauvais traitements (Ministère de la Famille et des Aînés, 2008).

Suite à la publication de ce rapport, la Ministre responsable des aînés se voit confier, par le Conseil des Ministres, le mandat de former un comité interministériel chargé de produire un plan d'action gouvernemental. Treize ministères et organismes gouvernementaux sont engagés à non seulement circonscrire le phénomène et poser le bilan des actions entreprises, mais aussi pour proposer des mesures concrètes afin d'offrir une réponse plus adéquate aux personnes âgées maltraitées et aux personnes de leur entourage. Par ce plan d'action, attendu en juin 2010, le Québec s'engage dans un tournant majeur (Beaulieu, & Crevier, 2010 : 4).

C'est durant l'été 2010 qu'est rendu public le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*, lequel sera en vigueur au cours des cinq prochaines années ; selon la ministre responsable des aînés, madame Marguerite Blais, le plan d'action

témoigne de notre volonté de promouvoir l'égalité entre les personnes de tous les âges, peu importe leur condition. Ce plan cible toutes les personnes âgées, qu'elles soient autonomes et en bonne santé ou vulnérables et en perte d'autonomie. Il démontre la détermination avec laquelle notre gouvernement s'est engagé à accroître la qualité de vie des aînés et à stimuler leur pleine participation à notre société (Gouvernement du Québec, 2010b: 3).

Rassemblant autour d'un objectif commun 13 ministères qui relèvent du gouvernement du Québec et quatre experts en contenu, le plan vise à renforcer la cohérence des actions qui ont déjà été entreprises et à accroître la concertation entre les divers acteurs. Les efforts consentis dans le cadre de ce plan doivent permettre de déployer un continuum de services adéquats et efficaces, qui assurent la prévention, le dépistage et l'intervention dans le domaine de la maltraitance envers les personnes âgées. Le défi que veut relever le plan d'action consiste à **défaire les fausses conceptions au sujet de la maltraitance des personnes âgées**, à rendre compte de toute la complexité de ce phénomène et, enfin, à parvenir à renforcer un continuum de services. Le plan prévoit l'adoption de mesures précises, dont la mise en œuvre sera soutenue par un financement de 20 millions de dollars qui couvre les cinq prochaines années.

Le plan d'action gouvernemental prévoit notamment

la diffusion d'une campagne de sensibilisation grand public ; la création d'une chaire de recherche universitaire sur la maltraitance ; la création d'une ligne téléphonique d'écoute et de référence et la mise en place de coordonnateurs dans toutes les régions du Québec (Gouvernement du Québec, 2010b: 53).

Enfin, il convient de rappeler que la réussite du plan repose en grande partie sur l'engagement constant et indéfectible de tous les partenaires qui sont parties prenantes dans la démarche, la collaboration entre ces derniers représentant véritablement un défi d'envergure.

1.2 Influence de Palmore et l'âgisme

Dans les années 1970, Palmore a développé les FAQ⁴ (*Facts on Aging Quiz*), continuant ainsi une recherche sur l'âgisme qui avait été entreprise par Butler au cours des années précédentes. Tout a commencé avec la modeste intention de Palmore de stimuler l'intérêt et la curiosité de ses étudiants au début d'une session universitaire en leur montrant jusqu'à quel point ils entretiennent de fausses conceptions à propos de la vieillesse (Palmore, 2005). Au cours de la décennie 1980, le FAQ1 de Palmore est devenu un modèle standard et international pour mesurer les connaissances et les connaissances erronées dans le domaine du vieillissement : « The FAQ was and is still the only published documented test of basic knowledge and misconceptions about aging » (Palmore, 2009: 144). En 1987, plus de 90 recherches avaient été effectuées dans le but de tester le FAQ1 auprès de groupes de personnes très diversifiés. Un résultat intéressant réside dans le fait que la moyenne de réussite des répondants atteint à peine 52%. Au fil des années, Palmore a apporté plusieurs modifications et bonifications aux versions plus récentes de son FAQ1 (Palmore, 1998).

Le FAQ1 comprend 25 questions auxquelles on peut répondre par vrai ou faux. Chacune des questions couvre un aspect spécifique du vieillissement. La pertinence la plus évidente du FAQ1 consiste à stimuler la discussion au sein d'un groupe de participants et à corriger leurs méconnaissances au sujet du vieillissement, donc à éduquer les participants. L'utilisation du FAQ1 dans une perspective éducative est la plus connue et il s'agit peut-être de l'approche la plus appropriée à employer avec divers groupes de personnes (Palmore, 1998).

L'engouement pour le FAQ1 a conduit Palmore à concevoir une autre version de son quiz, en l'occurrence le FAQ2. Cette deuxième version a été conçue pour les situations qui requièrent

⁴ Une série de 5 questionnaires indépendants, mais complémentaires.

un test de connaissances avant une formation de même qu'un test de connaissances après cette formation. Un bel exemple d'une telle application consiste à faire remplir le FAQ1 par les participants avant de débiter la formation et à faire compléter le FAQ2 par ces mêmes participants après la formation. Cette façon de procéder présente une grande efficacité car elle permet d'identifier les changements qui sont survenus dans les connaissances entre les deux prises de mesure⁵. Essentiellement, le FAQ2 revisite les thèmes qui figurent dans le FAQ1 mais avec des questions qui ont été formulées différemment. Le FAQ2 contient le même nombre de questions que le FAQ1.

Par la suite, Palmore a développé des versions du FAQ1 et du FAQ2 qui contiennent toujours 25 questions mais auxquelles il a assorti un choix de réponses. Ces versions à choix multiple sont considérées comme démontrant une plus grande validité que les versions de type vrai ou faux parce que les répondants ne peuvent pas répondre au hasard aux questions du quiz. En analysant les réponses que les participants donnent à chaque question, il devient alors possible d'évaluer leur niveau de connaissances, lequel peut être jugé comme étant totalement correct, totalement faux ou partiellement correct. Toutefois, l'administration de ces versions à choix multiple demande plus de temps qu'il n'en fallait avec les versions précédentes. Enfin, un cinquième Quiz a été développé par Palmore, le FAMHQ, qui traite principalement d'éléments reliés à la santé mentale pendant la période de la vieillesse.

En somme, les quiz conçus par Palmore, qui possèdent, comme on le dit en anglais, un caractère *edumetric*⁶, peuvent être utilisés dans différentes situations, notamment pour éduquer

⁵ Pour plus d'informations à ce sujet, consulter Stuart-Hamilton et Mahoney (2003).

⁶ « A test may be evaluated in terms of its edumetric properties, that is, the extent to which it reflects the within-individual growth that traditionally has been of primary interest to educational testing. Teacher made tests, for

les gens, pour mesurer les apprentissages, pour tester les connaissances d'un groupe de participants et pour mesurer les attitudes des participants par rapport au vieillissement.

Using research to document accurate generalizations about growing older is more difficult than one might expect, but professor Palmore has demonstrated that establishing the reliability and validity of a brief quiz on aging is a rewarding as well as lengthy and demanding exercise (G.L. Maddox,1998:3)

C'est donc en s'inspirant des travaux de Palmore sur le vieillissement et l'âgisme que l'idée a émergé de concevoir un quiz sur la maltraitance envers les personnes âgées. L'adaptation d'un instrument plus général sur le vieillissement à la problématique plus spécifique des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées pourrait nous amener à disposer d'un outil puissant, qui permettrait de dispenser des formations à plusieurs publics (travailleurs sociaux, infirmières, préposés aux bénéficiaires, personnes âgées, population en général, etc.). Mais, étant donné la complexité que représente ce travail, cet essai se contentera de proposer la première version du *Quiz sur la maltraitance envers les personnes âgées*, avec un manuel d'accompagnement qui contient les réponses aux questions, donne les explications à ces réponses et présente de courtes rubriques abordant différents aspects de la maltraitance des personnes âgées et intitulées *Le savez vous?*

Ce chapitre visait d'abord et avant tout à expliquer d'où est venue l'idée de faire le point sur l'état des connaissances sur les mauvais traitements envers des personnes âgées au moyen d'un quiz portant sur ce sujet. Ceci dit, le quiz constitue un outil éducatif très stimulant. Le chapitre suivant exposera la démarche méthodologique qui a été suivie pour développer le quiz.

example, usually focus more on the edumetric dimension rather than on the psychometric dimension”(Carver, 1974:512). Pour plus d'informations à ce propos, consulter Carver (1974).

2. MÉTHODOLOGIE DES TRAVAUX

Cette section décrit la démarche méthodologique qui a conduit à la construction du quiz. Elle traitera, dans l'ordre, de la recherche documentaire qui était nécessaire pour faire le point sur la question, de l'élaboration du quiz proprement dit, de la rencontre de consensus et du développement du manuel d'accompagnement du quiz.

2.1 Recherche documentaire

Tout d'abord, afin de bien m'immerger dans l'état actuel des connaissances en lien avec la problématique des mauvais traitements envers les personnes âgées, une recension exhaustive des écrits sur ce sujet a été effectuée. Des monographies portant sur la maltraitance en général ont été explorées pour identifier les auteurs qui sont les plus impliqués dans les recherches en lien avec cette problématique. De plus, puisque j'avais déjà effectué plusieurs travaux sur la maltraitance dans le cadre de ma maîtrise en service social, j'ai repris et consulté ces travaux pour retracer les auteurs sur lesquels je m'étais appuyée pour étayer ma pensée. En utilisant Internet, j'ai pu consulter des recensions d'écrits détaillées (sous forme de bibliographies) abordant différents aspects des mauvais traitements. Mais, étant donné que la maltraitance des personnes âgées constitue un phénomène qui se situe à la croisée du domaine social et du domaine médical (Lachs, & Pillemer, 2004), plusieurs phases de recherche documentaire, plus particulièrement, dans des banques de données (AGELINE et MEDLINE), ont été nécessaires.

Devant le nombre impressionnant de documents de toutes sortes que nous avons pu trouver, certains choix méthodologiques s'imposaient. Parmi tous ces documents, y furent extraits

seulement les textes qui étaient susceptibles de livrer des informations qui étaient directement en lien avec les thématiques centrales à la problématique à l'étude ; je reviendrai sur ce point dans la section suivante. Par la suite, lorsque les questions du quiz ont été développées (processus qui sera présenté plus bas), ce même processus a été refait en veillant à conserver uniquement les articles scientifiques pouvant aider à appuyer les réponses à ces questions. Le jugement concernant la pertinence des textes sélectionnés se basait sur la lecture du résumé et, plus souvent, sur la lecture en tout ou en partie de l'article.

Lors de rencontres avec ma directrice d'essai, nous avons décidé de sélectionner les textes en nous appuyant sur certains critères. Ainsi, mise à part la pertinence du contenu, nous avons choisi d'inclure dans le corpus les textes qui présentent les caractéristiques suivantes:

- date de publication postérieure à 1999 ;
- articles scientifiques ;
- articles de récit de pratique ;
- articles développant des savoirs expérientiels ;
- articles publiés au Québec, au Canada et au plan international ;
- articles rédigés en anglais ou en français.

En cours de route, nous avons constaté que certains articles qui avaient été publiés avant 2000 demeuraient encore de nos jours des documents incontournables pour appuyer certains aspects de la maltraitance envers les personnes âgées, compte tenu du fait qu'ils étaient très souvent cités dans des recherches plus récentes, de sorte que nous avons choisi de les inclure dans la recension des écrits (par exemple : Coyne, Reichman, & Berbig, 1993 ; Pillemer, & Finkelhor, 1988 ; Podnieks, Pillemer, Nicholson, Shillington, & Frizzel, 1990). Nous avons également été confrontées à la rareté de textes pertinents pour développer certaines questions.

Dans ces conditions, nous avons décidé d'inclure quelques articles qui furent publiés avant 2000 mais seulement pour les rares questions qu'il était impossible de documenter avec des articles plus récents (par exemple : Pillemer, & Hudson, 1993 (pour répondre à la question 13) ; Kosberg, 1998 (pour répondre à question 7)).

2.2 Construction du quiz

À un certain moment, j'avais amassé et parcouru suffisamment d'articles pour parvenir à une certaine compréhension des grands thèmes qui émergent des recherches sur la maltraitance envers les personnes âgées (prévalence, facteurs de risque, auteurs de la maltraitance, etc.). Avec ma directrice d'essai, nous avons, lors d'une séance de *brainstorming*, identifié les 20 thématiques que nous considérons comme étant plus particulièrement importantes pour notre problématique.

Après cette étape de sélection des thématiques, nous avons entrepris l'élaboration du quiz proprement dit. Pour chacun des thèmes retenus, nous avons rédigé une question à laquelle les participants devaient répondre par vrai ou faux. Il s'agissait d'une étape charnière car, une fois les 20 questions développées, un travail laborieux d'analyse de la documentation était requis pour étoffer convenablement les réponses à ces questions (à ce sujet, consulter le manuel d'accompagnement, présenté au chapitre 5). Plusieurs rencontres de co-construction avec ma directrice d'essai ont été nécessaires pour mettre au point le quiz. Une fois ces étapes complétées, nous avons identifié les éléments d'information supplémentaires qui allaient servir à documenter les sections intitulées *Le saviez-vous ?* En résumé, notre quiz contient 20 questions portant sur des thématiques que nous avons sélectionnées avec soin.

2.3 Rencontre de consensus

Une fois terminée la construction du quiz, un groupe de consensus a été constitué. Ce groupe comprenait quatre étudiantes, soit une étudiante au doctorat en gérontologie ; Marie Crevier, une étudiante à la maîtrise en gérontologie ; Fiona Grenon et deux étudiantes à la maîtrise en service social ; Cynthia Brunet et Josée Lévesque. Toutes ces étudiantes entretenaient depuis plusieurs années un intérêt prononcé pour la problématique des mauvais traitements envers les personnes âgées et toutes avaient des intérêts de recherche en lien avec cette problématique. Le but de cette rencontre de groupe était de tirer profit de l'expertise de ces personnes et de recueillir leurs commentaires sur le quiz afin de bonifier ce dernier. Au nombre des questions qui ont été posées à ces quatre personnes, mentionnons celles-ci:

- Les thématiques choisies permettent-elles de couvrir l'ensemble de la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées ?
- Les questions sont-elles claires et bien formulées ?
- Puisqu'on a déjà identifié 20 thématiques, y aurait-il lieu d'en soustraire certaines pour les remplacer par d'autres que vous considérez plus pertinentes ?
- Outre les aspects couverts par les questions, avez-vous des suggestions d'éléments à ne pas oublier dans les parties « réponse, explications, ou saviez-vous que ? »

En bref, la rencontre de consensus, grâce aux différents commentaires constructifs qui ont été formulés par ces quatre étudiantes, a permis de valider les choix que nous avons faits et de d'améliorer le travail que nous avons accompli jusqu'alors

2.4 Développement du manuel d'accompagnement quiz

Le *Quiz sur la maltraitance envers les personnes âgées* est un questionnaire qui comprend 20 questions, auxquelles les participants doivent répondre par vrai ou faux. Un manuel éducatif a été créé pour accompagner ce quiz. Ce manuel reprend toutes les questions et comprend les réponses données à ces questions, les éléments d'explication pour ces réponses et de courtes rubriques ayant pour titre *Le saviez-vous ?* C'est dans ce manuel qu'on retrouve les résultats de l'analyse documentaire que j'ai effectuée avant d'entamer la construction du quiz. Chaque question est répondue au moyen d'une brève synthèse, dont la longueur tourne autour de deux ou trois pages en moyenne.

Dans cette section, j'ai exposé en détail la démarche dont je me suis servi pour développer un quiz portant sur les mauvais traitements envers les personnes âgées. À des fins de clarté, cette démarche a été présentée point par point de manière linéaire, même si, en réalité, cette démarche se déroulait davantage de façon itérative et circulaire, comme c'est le cas avec les recherches qui sont menées selon une approche qualitative. La recherche documentaire, la lecture des articles recensés et pertinents, l'analyse de ces mêmes articles, la démarche de réflexion et les nombreuses rencontres de co-construction avec ma directrice d'essai furent autant d'étapes déterminantes dans la démarche de développement du quiz. Les questions ont à plus d'une reprise été revues, reformulées et clarifiées. L'ordre de présentation des questions a lui aussi été modifié en cours de route. En annexe, j'ai placé un exemplaire du quiz dans sa forme questionnaire.

Le chapitre suivant expose les raisons pour lesquelles un tel outil, doté d'une visée éducative, présente une pertinence certaine à la fois sur le plan social et sur le plan scientifique.

3. PERTINENCE SOCIALE ET SCIENTIFIQUE

Ce chapitre comprend deux sous-parties. En premier lieu, je me pencherai sur la pertinence sociale de cet essai en lien avec la problématique des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées, et ce, par l'entremise de courts développements sur *la Charte des droits et libertés de la personne* du Québec, sur le vieillissement de la population québécoise, sur la question de l'âgisme et sur la question des conséquences engendrées par la maltraitance des personnes âgées. Ensuite, la pertinence spécifique du quiz développé dans le cadre de cet essai sera exposée, en mettant l'accent sur sa capacité d'identifier les connaissances erronées et les fausses conceptions des gens sur les mauvais traitements envers les personnes âgées, sur son objectif consistant à accroître les connaissances sur cette forme particulière de maltraitance et, enfin, sur sa visée préventive par la voie de l'éducation.

3.1 Du choix de la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées

3.1.1 *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec

Tout d'abord, il importe de savoir que, dans le contexte québécois, les mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées sont considérés comme une violation des droits fondamentaux de la personne (Beaulieu, 2007). À cet effet, l'article 48 de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec stipule ceci :

Toute personne âgée ou handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation et que telle personne a aussi le droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu (Gouvernement du Québec, 1975).

Ainsi, même si le Québec n'a pas encore adopté de politique générale sur la vieillesse ou de loi pour la protection des personnes âgées vulnérables, cette disposition de la Charte sous-tend la promotion du bien-être et du respect des personnes âgées.

3.1.2 Vieillissement démographique

Dans le contexte actuel du vieillissement massif de la population québécoise (Statistique Canada, 2010), l'attention que l'on accorde à la problématique à l'étude acquiert tout son sens (Gouvernement du Québec, 2010b). En effet, avec la conjoncture démographique actuelle, il est possible de croire qu'on assistera à une hausse du nombre de cas de maltraitance envers les personnes âgées au cours des prochaines années avec le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes âgées au Québec et au Canada. Même si cela ne veut pas nécessairement dire que la prévalence des mauvais traitements envers les personnes âgées augmentera, il n'en reste pas moins que nous serons tout de même confrontés à un plus grand nombre de situations dans lesquelles une personne âgée est victime de mauvais traitements. Ainsi, la conjoncture démographique actuelle peut justifier un intérêt pour la problématique de la maltraitance des personnes âgées puisque plusieurs défis devront être relevés afin de s'assurer que des réponses adéquates seront apportées aux besoins particuliers des personnes âgées qui sont la cible de maltraitance.

3.1.3 Âgisme

Un essai portant sur la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées tire sa pertinence sociale du fait qu'il doit influencer de manière positive un autre problème social, en l'occurrence l'âgisme (Gouvernement du Québec, 2010b). En 1969, Butler inventait le

terme « âgisme » afin d'illustrer le processus de discrimination que vivent les personnes âgées qui sont confrontées aux nombreux stéréotypes qui leur sont attribués. Tout comme le sexisme et le racisme, l'âgisme se présente fréquemment sous des aspects très subtils. L'âgisme teinte les interactions sociales, plusieurs institutions (par exemple, les centres de soins de santé, les centres d'hébergement, les médias, etc.), le marché du travail, la monde politique et la scène culturelle (Dozois, 2006). L'âgisme renvoie aux idées reçues, aux prénotions, aux stéréotypes et aux préjugés qui se fondent sur l'âge. Toutefois l'âgisme est différent du sexisme et du racisme, car si nous finissons tous par vieillir à un moment ou à un autre, ce n'est pas tout le monde qui se retrouve victime de sexisme ou de racisme. En bref, « l'âgisme est une discrimination sur ce que nous devenons, le racisme et le sexisme sur ce que nous sommes » (Paris, 2009b : 2).

Il n'en demeure pas moins qu'à long terme, l'âgisme risque d'entraîner pour les personnes âgées concernées la perte d'estime de soi et la marginalisation sociale. Les conséquences tangibles de l'âgisme résident dans les attitudes péjoratives et préjudiciables des gens envers les personnes âgées, attitudes qui peuvent tracer la voie à la maltraitance envers ces dernières.

Plus spécifiquement, les attitudes âgistes influencent inconsciemment les comportements des professionnels et, de cette manière, constituent des freins à la mise en place de services et de mesures de soutien efficaces pour les personnes âgées maltraitées (Walsh, Ploeg, Lohfeld, Horne, MacMillan, & Lai, 2007). Pour sa part, Dozois (2006), dans une revue de littérature portant sur la problématique de l'âgisme, donne plusieurs exemples concrets de pratiques âgistes que l'on peut observer dans le secteur de la santé. Ainsi, on remarque que, pour des symptômes équivalents, les personnes âgées se verraient prescrire plus de médicaments que les personnes qui sont plus jeunes. De même, on constate que les personnes âgées seraient

moins susceptibles que les individus plus jeunes d'être référées pour des examens de dépistage ou des traitements de tous ordres. De plus, il semble que les signes et symptômes de certaines maladies dont souffrent les personnes âgées seraient sous-identifiés et attribués à tort au processus normal du vieillissement humain. En outre, comparativement aux individus plus jeunes, les personnes âgées sont moins sujettes à faire l'objet de références en psychiatrie pour des évaluations (Dazois, 2006). Finalement, il apparaît également que l'âgisme serait très souvent présent dans les services ambulatoires et davantage dans les institutions de soins de longue durée (Kane, & Kane, 2005).

On notera également que certaines représentations sociales de la vieillesse ont pour effet de dévaloriser les personnes âgées, qui peuvent en venir à développer et entretenir une image négative d'elles-mêmes parce qu'elles ont intériorisé le discours âgiste et que, de cette manière, elles tolèrent la situation de maltraitance. Cette intériorisation de l'âgisme peut aussi amener les personnes âgées à anticiper une mauvaise réponse sociale face à un problème de violence qu'elles vivent et à garder le silence sur leur situation (Walsh, et al., 2007). En fin de compte, il importe de s'attaquer à l'âgisme en tant que précurseur des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées.

3.1.4 Conséquences de la maltraitance

La maltraitance envers les personnes âgées doit être enrayée car elle cause du tort ou amène la détresse chez celles d'entre elles qui la subissent (Organisation mondiale de la Santé, 2002). Pour les personnes âgées qui en sont victimes, les mauvais traitements peut entraîner plusieurs conséquences sur les plans physique, comportemental, psychologique et social (Lachance, &

Beaulieu, 2010). Sans compter que toute cette souffrance chez la personne âgée peut être la cause de son décès par suicide ou autrement (Gouvernement du Québec, 2010b).

D'un autre côté, il ne faut pas oublier que les mauvais traitements envers les personnes âgées peuvent avoir des répercussions importantes pour l'auteur des mauvais traitements. À ce sujet, Lachance et Beaulieu (2010), dans une recherche qui s'intéresse à la maltraitance des personnes âgées en milieu d'hébergement, font mention des conséquences sociales, légales et professionnelles auxquelles s'expose celui ou celle qui commet des mauvais traitements.

Finalement, la maltraitance des personnes âgées entraîne des coûts sociaux et économiques considérables. En effet, il est possible de croire que les situations de maltraitance ont un impact majeur sur l'utilisation des services du système de santé et de services sociaux et des organismes communautaires. Par exemple, il se peut que le placement dans un établissement du réseau de la personne âgée maltraitée s'impose pour faire cesser la situation de mauvais traitements, mais il faut voir que cette situation représente des coûts supplémentaires pour le système de santé. Le problème social de la maltraitance des personnes âgées exige que des efforts soient investis dans la prévention, l'éducation et la recherche. Enfin, sur le plan social, les mauvais traitements envers les personnes âgées peuvent empêcher certaines d'entre elles de participer à la vie de leur communauté (Lachance, & Beaulieu, 2010).

3.2 Du quiz sur la maltraitance envers les aînés

3.2.1 Identifier les méconnaissances et augmenter les connaissances

Comme on le verra plus loin dans la section présentant le manuel d'accompagnement du quiz, plusieurs acteurs occupent une place importante dans la lutte contre les mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées.

Les attitudes et les comportements de ces acteurs sont influencés par leur méconnaissance de la problématique de la maltraitance à l'endroit des personnes âgées. Cependant, cette situation peut engendrer une réponse inadéquate à ce problème (identification des manifestations de la maltraitance, dénonciation, référence, intervention, etc.). Une voie possible pour remédier à ce problème consisterait à adopter une perspective préventive, ce qui pourrait se faire entre autres par l'intermédiaire d'une approche éducative ; or, on s'en rappellera, il s'agit justement de la visée première de notre quiz.

3.2.2 Prévention par la voie de l'éducation

Le processus éducatif peut amener les gens à prendre conscience de ce qu'ils savent et de ce qu'ils ne savent pas sur la maltraitance et, par conséquent, les conduire à vouloir combler leur manque de connaissances sur ce sujet. Or, ce que le *Quiz sur la maltraitance envers les personnes âgées* se propose de faire, c'est justement de susciter la discussion et l'ouverture sur la problématique par une démarche de réflexion et, de cette manière, contribuer à accroître et bonifier les connaissances et favoriser les apprentissages dans le domaine de la maltraitance à l'endroit des personnes âgées. Le quiz présente l'avantage d'être à la fois amusant et simple à utiliser.

L'approche éducative préconisée dans le quiz sur la maltraitance s'inspire des savoirs qui ont été développés dans le champ de l'âgisme, plus particulièrement des travaux de Palmore et de ses *Facts on aging Quiz*, comme nous l'avons vu précédemment.

La pertinence sociale et scientifique du *Quiz sur la maltraitance envers les personnes âgées* tient au fait que cet instrument vise à aider les gens à prendre conscience de certaines de leurs conceptions erronées au sujet de la maltraitance envers les personnes âgées afin non seulement de leur donner accès à de nouvelles connaissances, mais aussi de leur permettre de réfléchir sur leurs attitudes et leurs comportements lorsqu'ils sont témoins de situations de mauvais traitements envers les personnes âgées. À ce propos, mentionnons que le récent plan d'action du gouvernement du Québec pour lutter contre les mauvais traitements envers les personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2010b) insiste fortement sur ce point en mentionnant l'importance de déconstruire les méconnaissances qu'entretiennent les gens par rapport à cette problématique. Finalement, le quiz tire aussi sa pertinence du fait que, à ce jour, aucun autre instrument de ce genre, c'est-à-dire un instrument faisant, sous la forme novatrice d'un quiz doté d'une portée éducative, le point sur les connaissances actuelles dans le domaine de la maltraitance des personnes âgées, n'existe.

Avant de se pencher sur le manuel d'accompagnement du quiz, les enjeux en lien avec les thématiques sélectionnées seront présentés et expliqués dans le chapitre suivant pour justifier la pertinence de leur choix.

4. ENJEUX RELIÉS À L'ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES EN LIEN AVEC LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂGÉES

Certains auteurs comparent l'état actuel des connaissances sur les mauvais traitements envers les personnes âgées à la situation qui prévalait il y a 15 ans dans le domaine de la violence conjugale et dans le domaine de violence à l'endroit des enfants. En fait, la compréhension de la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées serait considérablement moins avancée que la compréhension des autres grandes dimensions de la violence familiale. Plus de 40 ans après la reconnaissance de la maltraitance en tant que problème social, il reste encore beaucoup à faire dans la lutte contre ce fléau social, et ce, sur plusieurs plans (Beaulieu, 2007). Ce chapitre donne un bref aperçu des thématiques qui ont été sélectionnées pour construire le *Quiz sur la maltraitance envers les personnes âgées*. Certains éléments contextuels ainsi que quelques interrogations en rapport avec l'état actuel des connaissances seront présentés pour chacun des thèmes que nous avons choisis. En résumé, les prochaines lignes visent à introduire les principales thématiques choisies tout en exposant leur pertinence.

4.1 Définition

Le choix d'une définition appropriée de la maltraitance, qui permettrait de rendre compte de toute la complexité du phénomène, constitue une démarche rigoureuse qui a longtemps animé les chercheurs. Malgré l'existence d'un certain consensus à ce sujet au sein de la communauté scientifique, on constate que certaines différences d'ordre conceptuel sont toujours présentes et engendrent des problèmes de nature méthodologique quand vient le temps de comparer des recherches entre elles. En bref, ce qu'il faut surtout retenir ici, c'est qu'il n'existe toujours pas à ce jour de définition qui soit reconnue au plan international pour la maltraitance à l'endroit des personnes âgées (Beaulieu, 2007; McDonald, Beaulieu, Harbison, Hirst., Lowenstein,

Podnieks, et al., 2008; Organisation mondiale de la Santé, 2002 ; Santé Canada, 2000) et ce, même si la définition proposée par l'Organisation mondiale de la Santé en 2002 est largement utilisée. Quels sont les différents éléments qui constituent ou devraient être considérés dans la définition de la maltraitance ?

4.2 Ampleur du phénomène

Le choix d'une définition influence les recherches qui s'emploient à évaluer la prévalence de la maltraitance envers les personnes âgées. Au Canada, seulement deux études⁷ portant sur ce sujet ont fait preuve d'une rigueur scientifique suffisante pour mériter notre attention, elles seront présentées plus loin (Beaulieu, 2007 ; Dauvergne, 2003 ; Podnieks, & Pillemer, 1990). Un des points saillants à retenir est que la prévalence de la maltraitance qui est rapportée dans ces recherches constitue une sous-estimation de la réalité. Cette situation s'explique en partie par les obstacles rencontrés par les chercheurs dans le choix de l'approche méthodologique qu'ils veulent mettre à contribution pour parvenir à identifier les situations de mauvais traitements. (Beaulieu, 2007 ; Biggs, Manthorpe, Tinker, Doyle, & Erens, 2009 ; Cooper, Selwood, & Livingston, 2008 ; Garre-Olmo, Planas-Pujol, Lopez-Pousa, Juvinya, Vila, Vilalta-Franch, et al., 2009 ; Lowenstein, Eisikovits, Band-Winterstein, & Enosh, 2009). Ce constat nous amène à nous demander comment il faudrait s'y prendre dans des recherches étudiant la prévalence pour traduire avec justesse le pourcentage de personnes âgées touchées par ce problème ?

⁷ Ces deux études seront présentées plus loin dans les pages qui suivent.

4.3 Formes de maltraitance

L'identification des différentes formes de mauvais traitements envers les personnes âgées et la détermination de la prévalence de ces mauvais traitements nous permettent d'être informés sur les manifestations les plus répandues de cette maltraitance et de développer des outils de dépistage qui sont efficaces. Les principales formes de mauvais traitements reconnues sont la maltraitance physique, la maltraitance sexuelle, la maltraitance psychologique, la maltraitance financière ainsi que la négligence (Organisation mondiale de la Santé, 2002). Par ailleurs, il convient de mentionner que, dans plusieurs dossiers de maltraitance, la personne âgée peut être victime de plusieurs formes de mauvais traitements en même temps (Garre-Olmo, et al., 2009 ; Podnieks, & Pillemer, 1990 ; Vida, Monks, & Des Rosiers, 2002). Aurait-il lieu d'inclure et de reconnaître d'autres manifestations de la maltraitance à l'endroit des personnes âgées afin de rendre compte de la pluralité de ces situations et des contextes dans lesquelles elles se développent ?

4.4 Formes de maltraitance spécifiques au contexte d'hébergement

Il y a plusieurs années déjà qu'on sait que les mauvais traitements envers les personnes âgées peuvent se produire non seulement dans la communauté, mais aussi en milieu d'hébergement. Bien que plusieurs auteurs aient identifié une forme de maltraitance qui est spécifique au contexte d'hébergement, en l'occurrence la maltraitance dite systémique ou organisationnelle (Beaulieu, 2007 ; Charpentier, & Soulières, 2007 ; McDonald, et al., 2008), force est de constater que plusieurs acteurs, dont le gouvernement provincial, se montrent encore quelque peu frileux à l'idée de reconnaître cette forme de maltraitance (Gouvernement du Québec,

2010b). En effet, le tout nouveau plan d'action gouvernemental visant à contrer la maltraitance envers les aînés n'en fait aucunement mention. Il faut dire qu'une reconnaissance publique de cette forme bien particulière de mauvais traitements nécessiterait une analyse critique et peut-être une profonde remise en question du contexte qui prévaut actuellement dans nos centres d'hébergement qui accueillent les personnes âgées les plus vulnérables. N'y a-t-il pas des situations préjudiciables aux personnes âgées vivant en milieu d'hébergement qui ne relèvent pas seulement d'une responsabilité individuelle ? Comment agir pour contrer ces manifestations si on ne reconnaît pas leur source d'origine ?

4.5-4.6 Facteurs de vulnérabilité et facteurs de risque

L'identification des facteurs de vulnérabilité (liés aux caractéristiques personnelles de l'aîné) et des facteurs de risques (en rapport avec les caractéristiques de l'environnement de l'aîné) (Fulmer & al., 2005) dans le cas des personnes âgées qui sont plus particulièrement susceptibles d'être touchées par les mauvais traitements permet notamment d'adapter les mesures de prévention en fonction des groupes cibles. Bien que plusieurs caractéristiques des personnes âgées maltraitées fassent largement consensus en tant que facteurs de vulnérabilité, certaines autres caractéristiques font encore l'objet de débats, comme c'est le cas des facteurs de risque de la maltraitance. Ce qu'il importe de savoir, c'est qu'il n'existe pas de portrait type ni de la personne âgée qui peut potentiellement être victime de maltraitance, ni de celui ou celle qui peut possiblement être l'auteur de cette maltraitance (Beaulieu, 2007). Ainsi, le dépistage des mauvais traitements doit tenir compte du contexte et amener les intervenants professionnels à faire preuve d'une vigilance plus grande, plus globale. Actuellement, que savons-nous des principaux indicateurs (facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité) de la maltraitance qui devraient inviter les professionnels exerçant auprès des personnes âgées à investiguer plus en profondeur pour dépister les cas de mauvais traitements qu'ils peuvent

rencontrer dans leur pratique ? Existe-t-il des facteurs de protection qui peuvent venir interférer ou amoindrir l'impact des facteurs de risque et des facteurs de vulnérabilité ?

4.7 Notion de genre

Dans l'analyse de la maltraitance comme dans celle de toute autre problématique sociale, la notion de genre revêt une importance cruciale. Puisque le genre influence notre rapport au monde social, il joue aussi un rôle dans la façon dont nous concevons les phénomènes sociaux et se reflète dans nos manières d'aller chercher de l'aide en cas de besoin. Le genre colore aussi nos interactions sociales selon des normes qui sont apprises et intériorisées. Ainsi, les différences entre les deux sexes doivent être prises en considération si on veut développer des modalités d'intervention qui sont mieux adaptées aux personnes âgées de chaque sexe et qui répondent adéquatement à leurs besoins respectifs. La connaissance des différences entre les genres permet également de prévoir les obstacles qu'on peut rencontrer dans la prévention, le dépistage et, surtout, les interventions en matière de mauvais traitements envers les personnes âgées (Kosberg, 1998 ; Mouton, Talamantes, Parker, Espino, & Miles, 2002 ; Pillemer, & Finkelhor, 1988 ; Yaffe, Weiss, Wolfson, & Lithwick, 2007). Ainsi, il importe de se demander quels sont les principaux biais en rapport avec le genre que l'on peut retrouver chez les intervenants professionnels et qui peuvent nuire au bon déroulement des interventions dans le domaine des mauvais traitements ?

4.8 Auteurs de la maltraitance

La connaissance des personnes qui sont susceptibles de se livrer à des mauvais traitements sur les personnes âgées permet notamment de déterminer dans quel type de relations vont se

développer les situations de maltraitance. Ceci dit, il est important que les personnes qui commettent des mauvais traitements aient accès à certains services, par exemple à des services de soutien ou à des activités dans lesquelles ils sont amenés à se responsabiliser et à prendre conscience des conséquences néfastes et parfois dramatiques qui sont engendrées par leurs actions. (Nahmiash, & Reis, 2000). On peut se demander quelles caractéristiques personnelles ou quelles circonstances particulières sont plus particulièrement propices à contribuer à l'éclosion de situations de maltraitance ? Ces caractéristiques diffèrent-elles selon les formes de mauvais traitements ?

4.9 Conséquences

Les conséquences des mauvais traitements peuvent être de plusieurs ordres et d'une intensité variable, et ce, selon la ou les formes de maltraitance vécues par la personne âgée maltraitée, la fréquence des actes de maltraitance et la durée de ces mêmes actes (Lachance, & Beaulieu, 2010). La documentation des conséquences des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées a une très grande importance puisque c'est la gravité de ces mêmes conséquences dans la vie des personnes âgées qui justifie en grande partie la lutte à la maltraitance des personnes âgées. Ceci souligne la grande pertinence de développer des connaissances rigoureuses et complètes sur les mauvais traitements envers les personnes âgées dans le but de parvenir à enrayer, voire à prévenir, ce phénomène qui se révèle fort préjudiciable aux personnes âgées maltraitées en particulier et à la société en général. Ceci dit, mises à part les conséquences auxquelles doivent faire face les personnes âgées qui sont victimes de mauvais traitements, quelles sont celles affectant les auteurs des mauvais traitements et, de manière plus globale, la société ?

4.10 Freins à la dénonciation

Être en mesure de comprendre pour quelles raisons une personne âgée refuse de lever le voile sur la maltraitance qu'elle subit ou pourquoi les membres de la famille gardent le silence sur les épisodes de maltraitance qu'ils ont vu ou ont cru voir, c'est se donner la possibilité d'agir pour briser le mur du silence qui entoure un très grand nombre de situations de mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées (Cooper, Selwood, & Livingston, 2009 ; McCool, Jogerst, Daly, & Xu, 2009). Quels mécanismes ou approches pouvons-nous mettre en place afin de reconforter les aînés touchés par la maltraitance et leurs témoins, à l'effet qu'il y a plus de bénéfices à dénoncer et reconnaître les actes maltraitants qu'à les tolérer et les garder sous silence ?

4.11 Théories explicatives et compréhensives

Plusieurs théories ont été élaborées en vue de comprendre et d'expliquer pourquoi, dans un contexte précis, une situation de mauvais traitements envers une personne âgée se développe. Cependant, toutes ces théories possèdent leurs propres limites et aucune d'entre elles n'est en mesure à elle seule de rendre compte de la grande diversité des cas de maltraitance. Depuis quelques années, on assiste à l'éclosion de théories qui mettent l'accent sur les interactions entre la personne âgée maltraitée et l'auteur de la maltraitance. Ces nouvelles théories apparaissent plus adéquates que les modèles unidirectionnels antérieurs pour expliquer les situations de mauvais traitements envers les personnes aînées (Beaulieu, 2007 ; Santé Canada, 2000). Comment expliquer qu'une situation de maltraitance puisse se développer dans un certain contexte et ne pas manifester dans un autre contexte? Sur quels éléments ou quelles dimensions doit reposer l'analyse des situations de maltraitance ?

4.12 Lois

Jusqu'à maintenant, le Québec a refusé d'adopter une loi de protection des personnes âgées vulnérables par crainte d'introduire par le fait même des processus d'infantilisation et de stigmatisation des personnes âgées (Beaulieu, 2002 ; Conseil des aînés, 2007). Toutefois, d'autres moyens sont à la disposition des professionnels qui se retrouvent confrontés à des cas de maltraitance qui nécessitent une intervention plus structurée ou pour des personnes qui désirent que justice soit rendue. Mais encore faut-il que les uns et les autres connaissent ces moyens et qu'on travaille à rendre ces moyens plus efficaces en termes de réponse apportée aux besoins des personnes âgées qui se retrouvent victimes de mauvais traitements (Beaulieu, 2002). En fait, comment assurer la protection des personnes âgées maltraitées sans pour autant leur enlever leur droit à l'autodétermination ? Quel est ou devrait être le rôle des diverses lois pouvant être mobilisées à cette effet ?

4.13 Prévention

La prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées doit être effectuée auprès de l'ensemble de la population et être adaptée en fonction de groupes de personnes âgées qui sont plus vulnérables et plus susceptibles de vivre des situations de maltraitance. Idéalement, la prévention des mauvais traitements devrait être régulée en fonction des diverses formes de maltraitance (Beaulieu, 2010). Par exemple, la prévention de la maltraitance économique ou financière et la prévention de la violence conjugale chez les couples âgés représentent deux mondes complètement différents. Comment influencer la promotion et l'importance accordée aux mesures préventives au lieu de se centrer à l'application d'approches curatives ?

4.14 Dépistage

La maltraitance des personnes âgées fait moins souvent l'objet d'un dépistage que la violence conjugale ou que la violence envers les enfants. Dans ce contexte, l'utilisation de grilles de dépistage validées et la dispensation de formations sur les mauvais traitements constituent des moyens pertinents pour accroître la vigilance de tous les acteurs qui sont susceptibles et en position de pouvoir dépister les situations problématiques (Beaulieu, 2010 ; Cooper, et al., 2009 ; Kennedy, 2005a ; Lachs, & Pillemer, 2004 ; Yaffe, Wolfson, Lithwick, & Wolfson, 2008). Quelles sont les embûches que l'on peut rencontrer lors du dépistage de la maltraitance et qui sont amenées par les personnes âgées elles-mêmes ? Qu'en est-il pour la population en général ? Quelle est la situation du côté des professionnels de la santé et des services sociaux ?

4.15 Intervention

Il importe de favoriser le développement des expertises dans le domaine de l'intervention psychosociale non seulement auprès des personnes âgées qui se retrouvent victimes de mauvais traitements, mais aussi auprès des individus qui posent les gestes de maltraitance. La pratique psychosociale soulève de nombreux enjeux éthiques que les intervenants doivent être habilités à évaluer et ce, en tenant compte de la capacité d'autodétermination des personnes âgées et de la marge de manœuvre dont ils disposent au sein de l'organisation où ils travaillent (Beaulieu, & Leclerc, 2006 ; Giasson, & Beaulieu, 2005). Quelles sont les pratiques que l'on reconnaît comme étant efficaces ? Sur quels critères doit reposer l'évaluation de la situation de mauvais traitements ?

4.16 Organisation des services

L'organisation des services influence la qualité des interventions qui peuvent être faites tant pour les personnes âgées qui subissent des mauvais traitements que pour les individus qui les maltraitent. C'est pourquoi l'analyse des contextes de pratique demeure importante. Dans ce domaine, un des plus grands défis auxquels sont confrontés les intervenants consiste à offrir aux personnes âgées qui sont maltraitées et aux auteurs des mauvais traitements une gamme de services qui répondent bien à tous leurs besoins et qui ne sont pas en rupture de continuité (Nerenberg, 2006 ; Osgood, & Manetta, 2000-2001 ; Salamone, Dougherty, & Evans, 2009). À cet égard, il convient de se demander quelles caractéristiques doivent être portées par les organisations et contribuer aux bonnes pratiques et à la dispensation de services adéquats ?

4.17 Rôle des associations de personnes âgées

Certaines associations de personnes âgées, par exemple l'AEIFA dans la région de l'Estrie et DIRA-Laval, à Montréal, jouent un rôle important en matière de prévention, de dépistage et d'intervention en matière de mauvais traitements envers les personnes âgées (AEIFA, sans date; DIRA-Laval, 2006). L'identification des moyens permettant de motiver les personnes âgées à participer pleinement à leur société, notamment par l'entremise de telles organisations, requiert de grandes capacités d'innovation et de créativité et suppose également une réflexion sur la reconnaissance sociale que nous accordons aux personnes âgées qui se montrent actives et impliquées dans leur communauté (Podnieks, & Baillie, 1995 ; Raymond, Gagné, Sévigny, & Tanguay, 2008). Quels sont les avantages que procurent les interventions menées par ces acteurs auprès des aînés maltraités et des auteurs des mauvais traitements ?

4.18 Fardeau et stress

Les théories du fardeau et du stress sont souvent utilisées pour rendre compte de l'émergence des situations de maltraitance en contexte d'aide et de soins (Daloz, 2007; McDonald, et al., 2008 ; Shinan-Altman, & Cohen, 2009; Terreau, 2007), bien qu'elles n'expliquent pas tout. Ici, il y a lieu de s'interroger sur les mesures peuvent être mises en place afin de réduire cette impression de fardeau et de diminuer le niveau de stress chez les proches-aidants et chez les personnes qui travaillent auprès des personnes âgées ?

4.19 Aspects culturels

Les normes culturelles influencent les représentations sociales que nous avons à propos de ce que nous considérons ou non comme étant une situation de maltraitance envers une personne âgée. Ces normes teintent aussi le rapport que nous entretenons face aux institutions sociales et elles délimitent la sphère du privé et du public. Pour comprendre la complexité et la variété des situations de mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées et mettre en place des interventions qui sont vraiment efficaces, la prise en considération de la dimension culturelle s'impose pour les intervenants professionnels (Kosberg, & Garcia, 2003 ; Lowenthal, 2007 ; Moon, 2000 ; Mouton, Larme, Alford, Talamantes, McCorkle, & Burge, 2005 ; Patterson, & Malley-Morrison, 2006). Comment peut-on appliquer la sensibilité culturelle en intervention ? Quels sont les dangers associés au fait de ramener toute explication des mauvais traitements envers les personnes âgées en termes de culture ?

des formations existantes qui peuvent entraîner des résultats positifs sur les capacités des gens à reconnaître et à intervenir dans cette problématique ?

5. LE MANUEL DU *QUIZ SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES*

Dans la présente section, vous trouverez les synthèses ou les réponses et explications développées pour chacune des 20 questions du Quiz. Ainsi, pour chacun des 20 thèmes sélectionnés, une question afférente y est associée et répondue. Par exemple, le point 5.1 correspond à la question 1 du Quiz et ainsi de suite. L'ensemble des 20 thèmes et 20 questions afférentes, ainsi que leur réponse et explication constituent le manuel d'accompagnement du Quiz dans sa version questionnaire, présente en annexe de cet essai.

5.1 Thème: Définition

Il n'existe qu'une seule définition de la maltraitance (faux).

Réponse

L'enjeu consistant à définir la maltraitance envers les personnes âgées a longtemps été débattu par les chercheurs et praticiens et il continue de l'être aujourd'hui. Plusieurs auteurs affirment que les questionnements entourant le choix d'une seule et unique définition sont choses du passé depuis l'adoption d'une définition de la maltraitance par l'Organisation mondiale de la Santé en 2002. Cependant, une recension des écrits exhaustive met en lumière le fait que « de nombreuses études publiées après 2002 tentent encore de définir le problème » (McDonald, et al., 2008: 29). Bien qu'il n'existe toujours pas de définition des mauvais traitements qui soit acceptée universellement (Anetzberger, 2005 ; Daskalopoulos, Kakouros, Nolido, & Malley-Morrison, 2006), on s'entend tout de même sur le fond de la définition (Beaulieu, 2007). Toutefois, il semble que certains concepts en lien avec la notion de maltraitance (aidant,

intentionnalité, vulnérabilité, etc.) soient encore perçus de façon différente selon les auteurs (Beaulieu, 2007).

Explications

Dans toute société, la manière dont on définit une problématique aura un impact sur tout ce qui en découle. Ainsi, la question du choix d'une définition de la maltraitance à l'endroit des personnes âgées s'avère très complexe puisque plusieurs conséquences directes en dépendent. Ainsi, la définition qu'on donne à la maltraitance permettra de savoir qui peut être considéré ou non comme étant une personne âgée maltraitée et d'établir dans quelles circonstances les personnes impliquées dans une situation de mauvais traitements auront droit aux services disponibles. Plus encore, le choix d'une définition déterminera la nature des interventions qui seront mises en place en vue de prévenir, de dépister et d'assurer le suivi des situations de maltraitance. Les désaccords qui continuent d'entourer le choix d'une définition des mauvais traitements tiennent au fait que, dans le passé, les définitions étaient souvent élaborées à partir de perspectives très différentes les unes des autres, c'est-à-dire selon les points de vue de la personne âgée maltraitée, de l'individu qui est l'auteur de la maltraitance, du professionnel de la santé, du travailleur social, du juriste, et ainsi de suite (Cohen-Lithwick, 2003; Daly, & Jogerst, 2001; McDonald, et al., 2008; Pillemer, & Finkelhor, 1988; Santé Canada, 2000; Selwood, Cooper, & Livingston, 2007).

So, while the behaviour of a police officer is probably affected by definitions of elder abuse found in the Criminal Code, a health care professional will follow institutional policy, which, more than likely, will have a different definition of elder abuse in order to cover health contingencies in the facilities (McDonald, et al., 2008: 6).

Par ailleurs, certains auteurs cherchent à définir la maltraitance sous l'angle de son intensité et de sa fréquence, des motivations ou de l'intentionnalité de la personne maltraitante à causer du

tort et, enfin, des conséquences que la maltraitance entraîne pour la personne âgée qui en est la cible (Daskalopoulos, et al., 2006; Gouvernement du Québec, 2010b).

Parmi les définitions existantes, le gouvernement du Québec a choisi d'adopter celle qui a été proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (2002) :

il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée (Gouvernement du Québec, 2010b: 17).

La maltraitance peut prendre plusieurs formes :

- violence physique : causer des douleurs ou des blessures, utiliser la contrainte physique ou recourir à des moyens de contention physiques ou médicamenteux ;
- violence psychologique ou morale : infliger des souffrances morales à la personne âgée;
- exploitation financière ou matérielle : exploiter ou utiliser de manière illégale ou improprie les fonds ou les ressources d'une personne âgée ;
- violence sexuelle : contact sexuel non consensuel avec une personne âgée ;
- négligence : refuser de s'acquitter d'une obligation de soin ou ne pas s'en acquitter

(Anetzberger, 2005 ; Daly, & Jogerst, 2001, 2006 ; Lachs, & Pillemer, 2004 ; Mouton, et al., 2002 ; Organisation mondiale de la Santé, 2002).

Finalement, certains auteurs reconnaissent que la violation des droits de la personne (Buka, & Sookhoo, 2006 ; Gouvernement du Québec, 2010b) et la maltraitance de nature systémique ou organisationnelle constituent aussi des formes de mauvais traitements envers les personnes âgées (Beaulieu, 2007 ; Charpentier, & Soulières, 2007 ; Gouvernement du Québec, 2010b ; McDonald, et al., 2008).

Le saviez-vous?

The concept of social representations was defined by Abric (1994, p. 13) as being “a functionalist view of the world” that permits individuals or groups to assign meaning to their behaviors and to understand their world according to these self-assigned systems of reference. They then orient themselves to this world and thus find their place within it. This definition of Abric’s reminds us that individuals’ behaviors are influenced by how they see and understand a situation. Specially, Abric’s “functionalist view of the world” consists not only of the process of assigning meaning, but also includes the behavioral result. Thus the content of a wife’s social representation of psychological violence can reveal how she orients herself to her reality, based on how she understands her situation. To operationalize this functional vision of the world, Moscovici (1976) identified three core elements of the content and functioning of representations: information, images and attitudes. These interact with each other and through the dynamic by which they function to provide meaning to an individual’s behaviour (Montminy, 2005: 7).

En résumé, les représentations sociales constituent des processus qui influencent la manière dont les individus voient et agissent par rapport à la maltraitance envers les personnes âgées. Elles apparaissent donc comme une avenue intéressante pour saisir la diversité des perspectives en lien avec cette problématique sociale particulièrement préoccupante.

5.2 Thème : Ampleur du phénomène

Au Canada, une personne âgée sur cinq, vivant à domicile, est maltraitée. (faux).

Réponse

Seules les études populationnelles, et non pas les données statistiques colligées par des organisations comme les institutions de soins de santé et les services policiers, peuvent donner une idée assez juste de l'ampleur du phénomène des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées. Mais, même encore, les chiffres sur la prévalence de la maltraitance envers les personnes âgées vivant à domicile varient sensiblement d'une recherche à l'autre. Cette situation s'explique par les différentes façons dont les chercheurs définissent et mesurent la maltraitance dans leur recherche. Ainsi, Cooper et al. (2008), à partir d'une recension d'écrits exhaustive, estiment que plus de 6% des personnes âgées vivant à domicile auraient été cible de maltraitance au cours du mois précédant l'étude. Les taux qui sont présentés par Cooper et al. (2008) varient de 2.6% à 29.3%. Cependant, ces taux sont sous-représentatifs de la réalité, compte tenu des obstacles rencontrés lors du dépistage des cas de mauvais traitements et de la réticence manifestée par les professionnels de la santé et des services sociaux et les personnes âgées elles-mêmes à dénoncer les situations de maltraitance (Cooper, et al., 2009; Kennedy, 2005a; Lachs, & Pillemer, 2004; McCool, et al., 2009; Mosqueda, Heath, & Burnight, 2001; O'Brien, 2010; Yaffe, et al., 2008).. À ce jour, les deux seules recherches canadiennes faisant montre de rigueur scientifique sont celle de Podnieks et ses collaborateurs (1990) de même que celle qui a été menée par Statistique Canada en 1999 dans le cadre de son enquête sociale générale (Pottie Bunge, 2000).

Explications

Au Canada, deux études populationnelles (Podnieks, et al., 1990; Pottie Bunge, 2000) ont permis de montrer que de 4 à 7% des personnes âgées demeurant à domicile sont touchées d'une manière ou d'une autre par la maltraitance (Beaulieu, 2007).

Ces données, comparables à celles qu'on retrouve dans d'autres pays, sont considérées comme n'étant que la pointe de l'iceberg en raison de nombreuses limites méthodologiques de ces recherches, telles le fait que les répondants âgés ont pu taire des informations en raison de la proximité de la personne qui les maltraite, le fait que les répondants devaient être en mesure de converser au téléphone et de répondre à un questionnaire - ce qui exclut de facto les vieillards ayant des problèmes auditifs et ceux présentant une perte importante d'autonomie physique ou cognitive, etc. (Beaulieu, 2007 : 1150).

En outre, toujours selon Beaulieu (2007), certains auteurs vont même jusqu'à doubler, voire tripler les chiffres sur la prévalence de la maltraitance, ce qui revient à dire que de 8 à 20% de la population âgée demeurant à domicile vivent une situation de maltraitance.

Une étude effectuée par Biggs et al. (2009) au Royaume-Uni en arrive à la conclusion que 2,6% des personnes âgées ayant pris part à la recherche avaient été violentés ou négligés par un proche. Si l'on compare ce pourcentage à ceux qui proviennent d'autres pays, il apparaît plutôt faible. Il est possible de penser que, dans cette étude, la prévalence est sous-estimée du fait que les personnes âgées les plus vulnérables, entre autres celles vivant en hébergement ou celles souffrant d'une démence sévère, n'ont pas pu être interrogées. À cet égard, on sait que les personnes âgées affichant un mauvais bilan de santé et celles qui présentent des troubles cognitifs importants sont moins en mesure de participer à des enquêtes et, par conséquent,

d'être incluses dans les statistiques. Or, les recherches indiquent clairement qu'un mauvais état de santé est associé à des risques plus élevés de mauvais traitements (Biggs, et al., 2009). Une autre étude, menée en Israël (Lowenstein, et al., 2009), dévoile que 26% des personnes âgées participantes ont été exposées à au moins une forme de maltraitance pendant les douze mois précédant cette recherche. Une étude semblable, réalisée en Espagne (Garre-Olmo, et al., 2009) conclut que la prévalence de la maltraitance chez les personnes âgées s'établit à 29%. En bref, deux études arrivent au constat qu'au moins un aîné sur quatre serait la cible de maltraitance, les autres recherches affichant des taux beaucoup plus bas.

Le saviez-vous ?

Selon Statistique Canada (2010), le vieillissement de la population va s'accroître entre 2010 et 2031, période pendant laquelle la génération des baby-boomers atteindra l'âge de 65 ans, pour reprendre par la suite une vitesse de croisière plus normale. On estime que le groupe des personnes âgées de 65 ans ou plus représentera entre 23% et 25% de la population en 2036 et entre 24% et 28% en 2061, alors qu'il se situait à 14% environ en 2009. Entre 2015 et 2021, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans dépassera le nombre d'enfants ayant 14 ans et moins, ce qui constituera une première dans l'histoire du Canada. Il apparaît également que la population de 80 ans et plus sera multipliée par un facteur de 2.6 d'ici 2036 et par un facteur de 3.9 d'ici 2061 et que nous passerons de 3.3 millions de personnes âgées de plus de 80 ans à 5.1 millions de 2036 à 2061.

Donc, compte tenu de cette conjoncture démographique, on peut légitimement penser que le nombre réel de cas de mauvais traitements va s'accroître au cours des prochaines années au

Canada. Toutefois, cela ne veut pas nécessairement dire que la prévalence de la maltraitance à l'endroit des personnes âgées augmentera durant la même période (Beaulieu, 2007).

5.3 Thème: formes de maltraitance

La maltraitance physique est la principale forme de maltraitance chez les personnes âgées (faux).

Réponse

En réalité, c'est la négligence qui représente la forme de maltraitance la plus courante chez les personnes âgées qui sont victimes de mauvais traitements.

Explications

	FORMES DE MALTRAITANCE					
	Négligence	Financière	Psychologique	Physique	Sexuelle	Autres
Garre-Olmo, et al. (2009) Espagne	16%	4.7%	15.2%	0.1%		3.6% présence de deux formes
Lowenstein, et al. (2009) Israël	26% pour les juifs 19.6%	6.4% pour les juifs 9.3% pour	14.5% verbale pour les juifs 11.5% verbale	1.6% physique et sexuelle pour les juifs		2.6% brimer la liberté pour les juifs

Canada. Toutefois, cela ne veut pas nécessairement dire que la prévalence de la maltraitance à l'endroit des personnes âgées augmentera durant la même période (Beaulieu, 2007).

5.3 Thème: formes de maltraitance

La maltraitance physique est la principale forme de maltraitance chez les personnes âgées (faux).

Réponse

En réalité, c'est la négligence qui représente la forme de maltraitance la plus courante chez les personnes âgées qui sont victimes de mauvais traitements.

Explications

	FORMES DE MALTRAITANCE					
	Négligence	Financière	Psychologique	Physique	Sexuelle	Autres
Garre-Olmo, et al. (2009) Espagne	16%	4.7%	15.2%	0.1%		3.6% présence de deux formes
Lowenstein, et al. (2009) Israël	26% pour les juifs 19.6%	6.4% pour les juifs 9.3% pour	14.5% verbale pour les juifs 11.5% verbale	1.6% physique et sexuelle pour les juifs		2.6% brimer la liberté pour les juifs

	pour les non-juifs	les non-juifs	pour les non-juifs	6.2% physique et sexuelle pour les non-juifs		4.1% brimer la liberté pour les non-juifs
Biggs, et al. (2009) Royaume-Uni	1.1%	0.7%	0.4%	0.4%	0.2%	
Laumann, et al. (2008) États-Unis		3,5%	9% verbale	0,2%		
Pottie Bunge, (2000) Canada		1%	7% incidents psychologiques	1% physique et sexuelle		
Podnieks, et al. (1990) Canada	0.4%	2.4%	1.4%	0.5%		0.8% multiples

Source : Beaulieu, & Lévesque, 2010, inédit.

Étant donné que les recherches scientifiques qui s'intéressent à la prévalence et à l'incidence des mauvais traitements envers les personnes âgées sont peu nombreuses, nous avons eu recours à six études populationnelles pour documenter notre réponse. Deux de ces études, relativement anciennes, ont été menées au Canada, tandis que les quatre autres études, très

récentes, ont été effectuées dans d'autres pays. Ce qui ressort de la plupart de ces études, c'est que, si on ne tient pas compte des mauvais traitements à caractère sexuel, la maltraitance physique est de loin la moins fréquente de toutes les formes de mauvais traitements (Garre-Olmo, et al., 2009; Laumann, Leitsch, & Waite, 2008; Lowenstein, et al., 2009). Cependant, les trois recherches qui ont été publiées en 2009 indiquent que la négligence serait la forme de maltraitance la plus répandue (Biggs, et al., 2009; Garre-Olmo, et al., 2009; Lowenstein, et al., 2009). En fait, seule l'étude réalisée par Podnieks et Pillemer (1990) n'arrive pas à ce constat et conclut que la négligence représente la moins fréquente (0.4%) des formes de maltraitance. Par ailleurs, il importe de préciser ici que la recherche menée par Laumann et al. (2008) et celle de Pottie Bunge (2000) n'ont pas évalué la prévalence de la négligence. Selon Podnieks et al. (1990), la maltraitance financière représente la plus fréquente des quatre types de maltraitance qui ont été étudiés dans leur recherche (2.5% des cas). Toutefois, on remarque que les mauvais traitements économiques et financiers et la maltraitance psychologique se classent au deuxième ou au troisième rang dans la plupart des autres recherches. Finalement, les mauvais traitements à caractère sexuel arrivent en dernière place dans toutes les études qui les mesurent (Biggs, et al., 2009; Lowenstein, et al., 2009; Pottie Bunge, 2000).

Le saviez-vous?

Un grand nombre de personnes âgées maltraitées sont en fait victimes de plus d'une forme de mauvais traitements en même temps. D'après l'étude de Podnieks et al. (1990), ce serait le cas d'environ 0.8% des personnes âgées au Canada. Selon cette recherche, près de 19% des personnes âgées ayant déclaré avoir subi des mauvais traitements se sont retrouvées dans cette situation. Dans la plupart des cas, il s'agissait de deux types de mauvais traitements, mais une

minorité assez importante de personnes âgées (environ 3 %) ont connu trois formes différentes (maltraitance financière, maltraitance physique, maltraitance psychologique) de mauvais traitements (Podnieks, & al., 1990). Plus récemment, l'étude de Garre-Olmo et al. (2009) montre que 3.6% de la population âgée serait victime de deux formes de mauvais traitements à la fois

La recherche de Vida, Monks et Des Rosiers (2002), qui constitue une étude rétrospective portant sur les dossiers médicaux de patients ayant été admis dans un service de soins psychiatriques ou gériatriques, parvient à la conclusion que 5.6% de la population âgée serait victime de plus d'une forme de maltraitance en même temps. Cependant, ce dernier chiffre soulève certains doutes parce qu'il n'est pas vraiment représentatif de l'ensemble de la population des personnes âgées.

5.4 Thème: Hébergement : formes de maltraitance

L'organisation des soins en milieu d'hébergement (telles que l'heure des levers et des couchers) peut être considérée comme une forme de maltraitance (vrai).

Réponse

Beaulieu (2007) explique que certaines politiques et pratiques organisationnelles en vigueur dans un établissement d'hébergement peuvent causer certains préjudices aux personnes âgées qui y résident et, par conséquent, constituer une forme de maltraitance d'ordre systémique ou organisationnel. Quand on a affaire à un milieu d'hébergement, les actes maltraitants peuvent être causés par les membres du personnel ou, comme dans les cas de maltraitance qui se produisent à domicile, par des proches ou des membres de la famille de la personne âgée concernée. « Ainsi, la maltraitance en institution est à la fois attribuable à des causes organisationnelles et à des causes personnelles » (Beaulieu, 2007 : 1157). Cela dit, il convient de préciser que ce ne sont pas tous les auteurs qui reconnaissent cette forme de maltraitance en contexte d'hébergement (Anetzberger, 2005; Daly, & Jogerst, 2001). En effet, certains auteurs définissent la maltraitance en hébergement uniquement en termes de causes ou de manquements individuels, ce qui exclut une analyse systémique de l'organisation et du mode de dispensation des services.

Explications

Depuis qu'on a commencé à s'intéresser à la problématique de la maltraitance des personnes âgées en contexte d'hébergement, plusieurs études ont cherché à comprendre les causes de ce phénomène à partir de la perspective des personnes âgées elles-mêmes. Les résultats de ces

recherches permettent d'identifier plusieurs pratiques issues de politiques organisationnelles qui « sont jugées violentes ou agressantes » (Beaulieu, 2007 : 1157) par les personnes âgées résidant en institution (Beaulieu, 2007; Charpentier, & Soulières, 2007). Parmi ces pratiques, mentionnons le fait d'accorder une plus grande importance au respect de l'horaire de travail du personnel soignant qu'aux besoins et au rythme de vie des personnes âgées résidentes, de ne pas dispenser une formation adéquate aux membres du personnel, de ne pas donner de soutien au personnel en cas de besoin, de ne pas s'assurer la présence d'un nombre suffisant d'employés sur certains quarts de travail, d'utiliser d'une façon non légitime et inappropriée la contention chimique ou la contention physique sous prétexte de calmer les comportements perturbateurs de certaines personnes âgées, etc. (Lachance, & Beaulieu, 2010).

Par ailleurs, toute institution, même si elle ne constitue pas à proprement parler un milieu d'hébergement, est susceptible de mettre en place des situations de discrimination systémique. L'Ontario Human Rights Commission définit la violence systémique de la manière suivante :

systemic or institutional discrimination consist of patterns of behaviour, policies or practices that are part of the social or administrative structures of an organization, and which create or perpetuate a position of relative disadvantage for persons identified by (a particular) status » (McDonald, et al., 2007, cité dans McDonald, et al., 2008 : 5).

Même si certaines de ces situations de maltraitance peuvent sembler anodines ou inoffensives au premier regard, il n'en demeure pas moins qu'elles peuvent avoir des conséquences très importantes pour les personnes âgées, notamment entraîner leur exclusion sociale (McDonald, et al., 2008).

Dans plusieurs cas de maltraitance, systémique ou autre, la personne qui est à l'origine des mauvais traitements ne désire pas vraiment blesser ou causer du tort à la victime de propos

délibéré. Souvent, la situation s'explique par un manque de connaissance de la personne qui est l'auteur des mauvais traitements; qui n'est pas consciente du tort engendré (il s'agit ici de maltraitance individuelle) ou par le fait que l'organisation pour laquelle travaille cette personne n'a pas été claire sur ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas en terme de comportement (on parle ici de maltraitance systémique). Par exemple, un préposé aux bénéficiaires qui n'est pas bien informé de la routine d'hygiène à suivre pour la clientèle âgée aux prises avec un problème d'incontinence peut se montrer négligent quand il donne des soins personnels à des personnes âgées (Straka & Montminy, 2006).

Par ailleurs, bien qu'elle soit rarement reconnue comme telle, la violation des droits de la personne peut aussi être perçue comme une forme de maltraitance de nature systémique. C'est le cas, entre autres, lorsque les résidents n'ont pas un grand pouvoir de décision en ce qui concerne la gestion de leur propre routine, qu'on ne leur accorde pas assez d'intimité, que les travailleurs enfreignent la confidentialité à leur endroit ou qu'on s'immisce dans la gestion de leurs finances personnelles (McDonald, et al., 2008).

Certains auteurs affirment qu'à l'intérieur de certaines institutions peut se recréer une forme de « microsociété ». Or, dans cette structure, le détenteur principal du pouvoir est rarement la personne âgée elle-même, laquelle est plus souvent qu'autrement cantonnée à un rôle passif de receveur de services. La perspective consistant à voir une personne âgée uniquement en termes de pertes et de dépendance, qui est trop souvent vue comme caractéristique principale des personnes âgées vivant en milieu d'hébergement, contribue à l'effritement identitaire de ces dernières et facilite la prise du monopole du pouvoir par le personnel soignant. Dans ce contexte, la personne âgée peut avoir le sentiment qu'elle n'a pas son mot à dire dans des

situations qui la concernent et que son droit de faire des choix est restreint (Charpentier, & Soulières, 2007).

Le saviez-vous?

Certains facteurs ont été identifiés comme étant contributifs aux mauvais traitements envers les personnes âgées vivant en milieu d'hébergement, notamment le manque de politiques claires pour contrer la maltraitance, les facteurs financiers (qui entrent en ligne de compte dans la dispensation de soins et de services de mauvaise qualité), le manque de contrôle sur la qualité des soins et des services, la culture organisationnelle, le manque de personnel qualifié, le niveau de stress au travail des employés, le *burnout* professionnel, la personnalité (traits de caractère) des membres du personnel, un pouvoir décisionnel plutôt restreint des résidents, la vulnérabilité des résidents et, enfin, la réponse des membres du personnel aux mauvais traitements dont ils sont eux-mêmes victimes de la part des résidents (Beaulieu, 2007).

5.5 Thème : Facteurs de risque

Pour qu'une personne soit maltraitée, elle doit non seulement présenter certains facteurs personnels de vulnérabilité, mais aussi se trouver dans un contexte qui l'expose à des risques (vrai).

Réponse

Lorsqu'une personne âgée présente plusieurs facteurs de vulnérabilité qui la rendent plus susceptible d'être victime de maltraitance mais qu'aucun élément dans son environnement ne constitue un facteur de risque, il y a très peu de chances qu'elle fasse éventuellement l'objet de maltraitance (Fulmer, Paveza, VandeWeerd, Fairchild, Guadagno, Bolton-Blatt, 2005). Inversement, lorsqu'une personne âgée vit dans un environnement où elle se retrouve exposée à de nombreux facteurs de risque de mauvais mais qu'il n'y a chez elle aucun facteur de vulnérabilité qui l'empêche de se défendre et de se protéger, les risques qu'elle soit la cible d'actes de maltraitance sont diminués.

Explications

Pour bien comprendre ce qui précède, il faut savoir que la notion de facteur de risque renvoie aux conditions stressantes ou perturbantes qu'on retrouve dans l'environnement dans lequel vit la personne âgée, tandis que la notion de facteur de vulnérabilité fait plutôt référence aux caractéristiques personnelles de la personne âgée concernée. Ainsi, le fait qu'un proche-aidant souffre de dépression ou qu'il manque de moyens financiers pour pourvoir adéquatement aux besoins de l'aîné dont il a soin constituent deux exemples de facteurs de risque en rapport

avec l'environnement ou au contexte de vie de la personne âgée. Un aîné présentant des pertes cognitives ou un déclin de son état de santé (par exemple, une diminution de son autonomie fonctionnelle qui l'empêche d'accomplir certaines tâches courantes de la vie quotidienne) est une personne chez laquelle on retrouve certains facteurs de vulnérabilité à la maltraitance (Fulmer, et al., 2005).

À ce propos, plusieurs chercheurs ont contribué à identifier un certains nombre de facteurs de vulnérabilité et de facteurs de risque en lien avec l'apparition de situations de maltraitance envers les personnes âgées. Ainsi, le mauvais état de santé d'un aidant constitue un facteur de risque parce qu'il rend ce dernier moins capable de subvenir aux différents besoins de la personne âgée dont il a soin (Fulmer, et al., 2005). De même, le fait qu'un aidant ait été victime de violence physique dans son enfance représente aussi un facteur de risque important. La manière dont l'aidant a été traité durant son enfance peut faire en sorte qu'il s'en tiendra à des critères de qualité moins exigeants dans les soins qu'il dispense à la personne aînée dont il s'occupe (Fulmer, et al., 2005; Lachs, & Pillemer, 2004). Enfin, certaines caractéristiques pathologiques de l'aidant ont été identifiées comme étant particulièrement susceptibles d'être associées à des risques de mauvais traitements, notamment des troubles de santé mentale et un problème de dépendance à l'alcool (Fulmer, et al., 2005; Lachs, & Pillemer, 2004).

Parmi les facteurs de vulnérabilité qui peuvent être présents chez la personne âgée, les chercheurs ont identifié les pertes cognitives et les démences. L'explication réside dans le fait que plusieurs personnes âgées présentent des pertes cognitives ou souffrent de démences qui s'accompagnent des comportements perturbateurs ou agressifs. Ces comportements peuvent à leur tour augmenter le niveau de stress et la frustration chez l'aidant, lequel peut répondre par

des gestes violents ou des comportements négligents envers la personne âgée dont il prend soin. La perte d'autonomie fonctionnelle, qui limite l'accomplissement de certaines activités de la vie quotidienne, représente aussi un facteur de vulnérabilité aux mauvais traitements (Fulmer, et al., 2005). De plus, la personne âgée qui montre des symptômes dépressifs se révèle plus vulnérable à la maltraitance (Fulmer, et al., 2005). En outre, l'isolement social de la personne âgée constitue un facteur de vulnérabilité parce que le manque de soutien social a pour effet d'augmenter le niveau de stress de l'aidant ou des membres de la famille. En fait, la personne âgée isolée ne peut pas bénéficier de la protection des autres qui, s'il survenait une situation de maltraitance, pourraient dénoncer les actes de violence ou de négligence dont cette personne âgée est victime et la protéger (Fulmer, et al., 2005; Lachs, & Pillemer, 2004). Les expériences antérieures de violence physique ou de négligence comptent également au rang des facteurs de vulnérabilité chez les personnes âgées (Fulmer, et al., 2005). Finalement, le fait de vivre avec quelqu'un constitue un facteur de vulnérabilité à la maltraitance. En fait, cette situation favorise les occasions d'être en interaction et, par conséquent, augmente de façon importante les possibilités que surviennent des tensions ou de conflits interpersonnels. Cependant, on observe la situation contraire dans les situations de maltraitance économique ou financière, dans lesquelles on voit que les victimes vivent seules habituellement (Lachs, & Pillemer, 2004).

Le saviez-vous?

Contrairement à une idée qui a longtemps été véhiculée, les auteurs de mauvais traitements tendent à être très dépendants de la personne âgée qu'ils maltraitent. Pendant longtemps, les chercheurs expliquaient les situations de maltraitance seulement en fonction de la dépendance de la personne âgée envers son agresseur. Toutefois, plusieurs situations de maltraitance sont

en fait attribuables à un proche ou un membre de la famille qui essaie de s'en prendre aux biens de la personne âgée. On sait que beaucoup de relations familiales conflictuelles sont fondées uniquement sur la dépendance financière d'un enfant envers le parent âgé (Lachs, & Pillemer, 2004).

5.6 Thème: Facteurs de vulnérabilité

Les personnes âgées en milieu d'hébergement sont plus vulnérables à la maltraitance que celles vivant à domicile (vrai).

Réponse

Les personnes âgées qui vivent en milieu d'hébergement sont particulièrement vulnérables aux mauvais traitements car plusieurs d'entre elles montrent des pertes cognitives sévères, présentent une importante perte d'autonomie physique ou souffrent de dépression. Ces trois caractéristiques sont connues comme étant des facteurs de vulnérabilité importants dans les situations de maltraitance envers les personnes âgées (Brandl, Dyer, Heisler, Otto, Stiegel, & Thomas, 2007; Burgess, Dowdell, & Prentky, 2002; Dyer, Pavlik, Murphy, & Hyman, 2000; Fulmer, et al., 2005; Lachs, & Pillemer, 2004; Lachs, Williams, O'Brien, Hurst, Kossack, Siegal, et al., 1997; Lindbloom, Brandt, Hough, & Meadows, 2007; Pillemer, & Finkelhor, 1988; Post, Page, Conner, Prokhorov, Fang., & Biroscak, 2010).

Explications

Les personnes âgées vivant en milieu d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie sont dépendantes du personnel pour leurs soins quotidiens. Or, cette situation a pour effet de les placer en position de vulnérabilité face à la maltraitance, notamment devant le risque de se voir dispenser des soins de piètre qualité ou d'être victimes de négligence (Lindbloom, et al., 2007; Maas, Specht, Buckwalter, Gittler, & Bechen, 2008).

Mentionnons également que ce qui caractérise la clientèle âgée qui demeure dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (institutions publiques), c'est qu'elle représente la catégorie la plus vieille (85 ans et plus) de la population âgée (Conseil des aînés, 2007; McDonald, et al., 2008). Par conséquent, les personnes âgées vivant dans ces établissements affichent une moins bonne santé que celles qui résident dans la communauté parce que, pour qu'une personne soit admise dans un centre d'hébergement, une évaluation médicale doit établir hors de tout doute qu'elle montre un grand besoin d'aide et de supervision (Conseil des aînés, 2007; McDonald, et al., 2008b). De même, comparativement aux aînés qui vivent dans la communauté, ces personnes âgées sont plus susceptibles de présenter des pertes cognitives, d'être atteintes de démence, de souffrir de dépression, de montrer une perte d'autonomie physique prononcée ou d'avoir besoin d'assistance et de supervision dans la vie de tous les jours (Lindbloom, et al., 2007 ; McDonald, et al., 2008). On sait maintenant que les pertes cognitives, certaines formes de démence et la dépression constituent des facteurs de risque de mauvais traitements envers les personnes aînées (Cooney, Howard, & Lawlor, 2006; Coyne & al., 1993; Dyer, et al., 2000 ; Eastley, & Gordon, 1997; Lindbloom, et al., 2007). La vulnérabilité de ces personnes âgées est très grande parce que plusieurs d'entre elles ne sont pas capables ou ne sont plus en mesure de dénoncer les mauvais traitements qui leur sont infligés ou que la peur les amène à ne pas vouloir parler de leur situation par crainte de devoir subir des représailles (Beaulieu, 2007 ; Brandl, et al., 2007 ; Lindbloom, et al., 2007). Il convient de préciser ici que les démences et la dépression peuvent affecter de manière importante la capacité de jugement des personnes présentant ces deux conditions au point où elles peuvent en arriver à ne même plus se rendre compte qu'elles sont victimes de violence ou de négligence (Brandl, et al., 2007).

En outre, on remarque souvent que, pour plusieurs résidents, un élément de vulnérabilité sociale s'ajoute à ces facteurs de fragilisation. La vulnérabilité sociale fait référence au genre, à la culture, aux conditions socioéconomiques et à l'isolement social d'une personne (Charpentier & Soulières, 2007). D'ailleurs, en lien avec l'isolement social, on observe que seulement 12-13% des résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée sont encore mariés. De plus, plusieurs résidents se retrouvent isolés à cause de l'éloignement géographique du centre d'hébergement, une situation qui a pour effet d'espacer les visites des membres de leur famille. Ces résidents sont dépendants d'autres personnes pour leurs soins ou pour recevoir du soutien et de l'assistance, de sorte qu'ils apparaissent beaucoup plus vulnérables aux mauvais traitements que les personnes âgées demeurant à domicile (McDonald, et al., 2008). Ceci revient donc à dire que ces personnes âgées sont particulièrement exposées à être victimes de mauvais traitements, ne serait-ce que parce qu'elles ont besoin de la protection que donne le milieu d'hébergement (Santé Canada, 2000).

L'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population et les nombreuses coupures budgétaires imposées aux services de santé et aux services sociaux invitent nos dirigeants à revoir et à modifier les conditions d'admissibilité des personnes âgées ou handicapées dans les centres d'hébergement qui sont subventionnés par le gouvernement (McDonald, et al., 2008). Comme nous l'avons mentionné auparavant, les personnes âgées qui sont accueillies dans ces centres sont uniquement celles dont une évaluation médicale montre clairement qu'elles présentent un très bas niveau d'autonomie fonctionnelle. Ceci explique pourquoi seulement une très petite partie de la population âgée ayant des besoins de cet ordre parvient à obtenir une place en hébergement dans le réseau public. Dans ces conditions, un grand nombre de personnes âgées qui ont besoin d'aide pour plusieurs besoins spécifiques doivent être dirigées vers le secteur privé. Cependant, il faut savoir que les résidences privées ne sont

pas tenues de se conformer aux mêmes règles et aux mêmes politiques organisationnelles que les résidences et les centres d'hébergement qui font partie du réseau public de santé et de services sociaux. Ce sont ces deux groupes de personnes âgées que les chercheurs ont identifié comme étant de loin les plus vulnérables aux mauvais traitements, compte tenu que, dans l'état dans lequel se trouvent ces personnes, elles ne sont pas en position de se défendre et de dénoncer la maltraitance dont elles sont victimes, le cas échéant (Charpentier, 2000; McDonald, et al., 2008). Toutefois, il ne faut pas croire pour autant que les institutions d'hébergement publiques sont complètement immunisées contre les mauvais traitements (Beaulieu, 2007).

Le saviez-vous ?

Il existe une grande variété de milieux de vie substituts qui peuvent accueillir les personnes âgées qui ont besoin d'assistance. Ces milieux d'hébergement se placent sur un continuum, à partir des résidences sans services médicaux pour personnes âgées autonomes (par exemple, les logements sociaux et les habitations communautaires) jusqu'à des milieux d'hébergement et de soins de longue durée qui ont été spécialement conçus pour des personnes âgées qui présentant une perte d'autonomie importante (Conseil des aînés, 2007 ; McDonald, et al., 2008). En 2005-2006, au Québec, on comptait 130 929 unités d'habitation pour les aînés en perte d'autonomie, qui se répartissent ainsi : 55% de résidences privées à but lucratif, 29% de résidences dans un milieu d'hébergement possédant un permis d'exploitation de type CHSLD, 10% de résidences gérées par un organisme privé à but non lucratif, 5% de résidences de type familial ou intermédiaire et, enfin, 1% de résidences de type HLM (0,7%) dotées de services pour personnes âgées et dans des résidences issues de projets novateurs (0,3%) (Conseil des aînés, 2007).

5.7 Thème : Notion de genre

Les femmes sont généralement plus à risque d'être maltraitées que les hommes (faux).

Réponse

De manière générale, les hommes âgés sont autant à risque d'être maltraités que les femmes âgées (Garre-Olmo, et al., 2009; Pillemer, & Finkelhor, 1988; Yaffe, et al., 2007). Le plus grand nombre de femmes qu'on compte parmi les victimes de mauvais traitements s'explique par le fait que celles-ci sont beaucoup plus nombreuses que les hommes dans la population âgée. Souvent, quand une recherche montre qu'un pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes sont victimes de mauvais traitements, c'est tout simplement parce que l'échantillon de participants dans cette recherche comprend plus de femmes que d'hommes ou que les données disponibles ne permettent pas de déterminer la composition de l'échantillon (Biggs, et al., 2009; Laumann, et al., 2008; Lowenstein, et al., 2009; National Center on Elder Abuse, 2006).

Explications

L'idée erronée selon laquelle les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être la cible de mauvais traitements peut s'expliquer de différentes façons. Tout d'abord, Kosberg (1998) montre que les femmes ont plus de chances que les hommes de connaître le veuvage puisque, en règle générale, elles vivent plus longtemps que ces derniers. Ensuite, les femmes sont plus susceptibles de vivre seules que les hommes car ceux-ci affichent une plus grande tendance à se remarier ou à cohabiter de nouveau avec une autre femme lorsque leur première épouse

décède. Or, comme on l'a vu précédemment, plusieurs recherches laissent voir que le fait pour une personne de vivre avec quelqu'un d'autre constitue un facteur de risque majeur pour les mauvais traitements (Fulmer, et al., 2005; Lachs, & Pillemer, 2004; Pillemer, & Finkelhor, 1988). Enfin, Kosberg (1998) met en relief que, de manière générale, les femmes sont moins en mesure que les hommes de se défendre face à un agresseur. Considérés ensemble, ces trois facteurs contribueraient à entretenir l'idée selon laquelle, dans les situations de maltraitance envers les personnes âgées, les femmes sont plus souvent les victimes et les hommes sont plus fréquemment les agresseurs. Pour leur part, Pillemer et Finkelhor (1988) arrivent au même constat et avancent une autre explication. En effet, l'étude de ces deux chercheurs permet de mettre en lumière le fait que les mauvais traitements infligés aux femmes âgées sembleraient plus graves que ceux qui sont commis sur des hommes âgés (Kosberg, 1998; Pillemer, & Finkelhor, 1988). Or, comme ces auteurs le mentionnent, les actes de maltraitance qui sont les plus susceptibles d'être dénoncés sont ceux qui semblent être les plus sérieux et les plus bouleversants (Pillemer, & Finkelhor, 1988). En fait, ce sont ces mêmes actes de maltraitance qui constituent les sources des statistiques sur la maltraitance envers les aînés. Selon Mouton et al. (2002), l'idée suivant laquelle les femmes âgées seraient davantage à risque que les hommes âgés d'être la cible de maltraitance pourrait aussi trouver son origine dans les recherches qui ont été menées dans le domaine de la violence conjugale, qui révèlent que plus de femmes que d'hommes sont victimes de violence dans ce contexte spécifique.

Plus encore, Kosberg (1998) cite des chercheurs qui sont parvenus à la conclusion que les hommes âgés seraient même plus à risque d'être maltraités que les femmes âgées. Ceci peut s'expliquer par le fait que plusieurs hommes âgés sont victimes de mauvais traitements de la part de leur femme ou de leurs enfants, qui se vengeraient d'actes de violence qu'ils auraient subis dans le passé. De plus, les hommes âgés sont plus à risque que les femmes âgées de

développer des problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues, et il est bien connu que cette situation est étroitement reliée à l'incidence de la maltraitance. Enfin, les hommes âgés sont aussi moins portés à se montrer critiques face aux soins qu'ils reçoivent, ce qui pourrait expliquer qu'ils soient plus à risque d'être victimes de mauvais traitements que les femmes âgées.

Le saviez-vous?

Yaffe et al. (2007) ont étudié le rôle joué par les médecins au Canada dans le dépistage des cas de mauvais traitements chez leurs patients âgés en tenant compte du genre des médecins et de leurs patients. Leur recension des écrits fait mention d'une recherche menée en Grande-Bretagne qui démontre que, dans les dossiers de maltraitance envers les personnes âgées, les professionnels des services sociaux utilisent des approches différentes selon le genre de leur client lors de leurs interventions. Les professionnels de la santé pourraient entretenir plusieurs idées biaisées face aux hommes âgés qui sont victimes de mauvais traitements, idées qui permettraient d'expliquer pourquoi, en comparaison avec les femmes âgées, les hommes âgés feraient moins fréquemment l'objet « d'évaluations holistiques (médicale, psychologique et sociale) » (Yaffe, et al., 2007 : 48). Il s'agirait d'une autre raison pour laquelle les cas de mauvais traitements dans lesquels ce sont des hommes âgés qui sont les victimes seraient sous-estimés, que la maltraitance que ces derniers subissent serait moins souvent dénoncée et que les soins qui sont offerts aux hommes âgés seraient moins adéquats que ceux qui sont disponibles pour les victimes âgées de sexe féminin (Yaffe, et al., 2007).

5.8 Thème: Auteurs de la maltraitance

Lorsqu'il y a de la violence au sein d'un couple âgé, c'est parce qu'elle existe depuis plusieurs années. (faux)

Réponse

Gravel et al. (1997) ont réalisé une étude de suivi de situations de mauvais traitements qui sont survenues sur une période d'un an et qu'ils ont identifiées à l'aide de demandes de services qui ont été faites à trois CLCS du Québec. Cette recherche a permis de montrer qu'il existe deux dynamiques de violence conjugale bien distinctes dans les couples de personnes âgées. D'un côté, on peut avoir affaire à la continuation ou de la transformation durant la vieillesse d'une relation de violence qui existe depuis longtemps. De l'autre côté, il peut s'agir de l'émergence d'une nouvelle dynamique de violence ou de négligence dans le couple. Fait à souligner, ce constat a aussi été fait par plusieurs autres chercheurs (Desmarais, & Reeves, 2007; Gravel, et al., 1997 ; Lundy, & Grossman, 2004; Montminy, 2005; Nerenberg, 2006; Reeves, Desmarais, Nicholls, & Douglas, 2007; Yon, 2010). Donc, il est possible qu'un couple âgé n'ait jamais connu d'épisodes de violence durant la majeure partie de sa vie commune, mais que, au moment de la vieillesse, certains facteurs entrent en ligne de compte et entraînent la mise en place d'une dynamique de violence au sein de ce couple.

Explications

L'étude de Gravel et al. (1997) a révélé que la moitié des 128 situations de maltraitance qui avaient été identifiées sont des cas de violence conjugale et que les deux formes de violence

qui sont le plus souvent mentionnées à cet égard étant la violence psychologique et la violence physique. Les résultats de cette recherche ont aussi permis de dévoiler que, quand il s'agissait de violence entre deux partenaires lucides, celle-ci perdurait depuis plusieurs années dans 68,8% des couples, ce qui signifie que dans 31,2% des cas étudiés, la violence au sein des couples âgés s'était développée depuis relativement peu de temps.

La perte d'autonomie physique d'un des conjoints constitue une piste très intéressante à suivre pour expliquer le développement de comportements violents chez l'autre conjoint (Gravel, et al., 1997; Lundy, & Grossman, 2004; Montminy, 2005; Nerenberg, 2006; Yon, 2010). Gravel et al. (1997) ont trouvé que presque la moitié des conjoints maltraitants avaient besoin de l'aide de leur conjoint pour accomplir certaines activités de la vie de tous les jours. Souvent, la dépendance physique se double d'une dépendance psychologique envers le conjoint qui est victime des actes violents (Gravel, et al., 1997). En fait, la perte d'autonomie et la dépendance psychologique représentent des facteurs de risque des mauvais traitements qui ont été bien documentés dans la littérature scientifique (Cooney, et al., 2006; Coyne, et al., 1993; Fulmer, et al., 2005; Lachs, & Pillemer, 2004).

Parfois aussi, c'est le conjoint en perte d'autonomie qui devient la cible de la violence :

Dans certains cas, c'est l'homme qui est l'aidant et qui maltraite sa conjointe. Celle-ci, affaiblie physiquement, devient une cible encore plus vulnérable aux mauvais traitements. Il s'agit selon plusieurs auteurs de la situation typique : la personne âgée et vulnérable physiquement dépend d'un aidant pour ses soins quotidiens » (Gravel, et al., 1997: 79).

Il y a aussi la violence qui s'intensifie avec l'apparition de troubles cognitifs chez le conjoint qui est l'auteur des mauvais traitements (Desmarais, & Reeves, 2007; Gravel, et al., 1997; Reeves, et al., 2007, Yon 2010). Dans certains couples, les pertes cognitives semblent être la

cause directe des actes violents (Desmarais, & Reeves, 2007; Gravel, et al., 1997; Reeves, et al., 2007, Yon 2010). Ainsi, il est maintenant largement reconnu que la maladie d'Alzheimer et certaines démences connexes peuvent avoir comme conséquence le développement de comportements agressifs chez la personne atteinte (Cooney, et al., 2006; Coyne, et al., 1993; Gravel, et al., 1997). Parfois, c'est la personne qui présente des pertes cognitives qui subit la maltraitance. En fait, le fardeau du conjoint aidant, sa réaction face à l'agressivité de son conjoint souffrant de démence ou sa méconnaissance de la démence de son conjoint représentent des facteurs qui peuvent expliquer l'irruption de situations de violence ou de négligence (Gravel, et al., 1997). Enfin, l'étude de Gravel et al. (1997) laisse voir que la violence conjugale chez les personnes âgées peut se caractériser par une violence mutuelle si un des partenaires présente des pertes cognitives, chaque conjoint étant tantôt l'auteur de la maltraitance, tantôt la victime de la maltraitance.

Une recherche effectuée par Montminy (2005) a permis de mettre en évidence l'impact de certains événements reliés avec l'avancée en âge qui contribuent à exacerber les situations de violence conjugale au sein des couples de personnes âgées. Selon cette auteure, le début des problèmes de santé dans le couple, le départ des enfants de la maison et le début de la retraite représentent des marqueurs de l'augmentation de l'intensité et de la fréquence de la violence psychologique dans la dynamique conjugale. Comme les conjoints se retrouvent plus souvent ensemble qu'auparavant, les possibilités de conflits entre eux augmentent sensiblement.

En définitive, si la plupart des situations de violence au sein des couples âgés perdurent depuis plusieurs années et s'expliquent bien par la théorie du contrôle et du pouvoir, certaines situations de violence qui se sont développées avec la venue des pertes physiques et/ou cognitives seront mieux comprises si on les examine à la lumière de la théorie du stress de

l'aidant occasionné par des perturbations dans le comportement des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer (Gravel, et al., 1997; Lundy, & Grossman; 2004; Montminy, 2005; Reeves et al., 2007; Yon, 2010).

Le saviez-vous?

On a longtemps cru que la violence familiale tendait à diminuer avec l'avancée en âge (Montminy, 2005). Toutefois, au cours des dernières années, on a commencé à reconnaître que la violence conjugale chez les personnes âgées constituait un véritable problème social et que ce problème allait devenir encore plus important du fait du vieillissement de la population (Montminy, & Drouin, 2004). Étant donné que la violence conjugale au sein d'un couple de personnes âgées peut s'inscrire dans une dynamique de violence qui perdure depuis plusieurs années ou être la résultante de changements survenus lors de la vieillesse, deux approches distinctes orientent les interventions en la matière. À cet égard, il convient de se demander si « une femme âgée qui est victime de violence domestique doit être considérée comme une femme violentée ou une femme âgée victime de maltraitance? » (traduction libre de Straka et Montminy, 2006: 253). Selon Straka et Montminy (2006), la violence conjugale au sein de couples âgés serait une problématique sociale qui se situe à l'interface de deux courants de pensée. D'un côté, la perspective de la violence domestique met de l'avant une vision du problème qui se définit en termes de genres et de rapports de pouvoir inégalitaires. De l'autre côté, la perspective de la maltraitance a tout d'abord lu la problématique sous l'angle du fardeau de l'aidant et avance des explications qui prennent en considération les facteurs de risque et les facteurs de vulnérabilité. Quoiqu'il en soit, l'échec de chacune de ces approches à rendre compte adéquatement à la problématique étudiée a conduit leurs défenseurs à se concerter dans le but de développer une réponse sociale qui soit efficace et qui mise sur les

points forts de chacune des deux approches. Ainsi, un modèle d'intervention de nature hybride a été développé en vue de satisfaire aux besoins particuliers des hommes et des femmes âgés qui présentent des pertes physiques et cognitives et qui vivent de la violence dans leur relation conjugale (Montminy, 2000; Straka, & Montminy, 2006; Wolf, 2000).

5.9 Thème : Conséquences

La maltraitance subie par les personnes âgées peut les mener au suicide (vrai).

Réponse

Dans la littérature scientifique, le lien entre, d'une part, les expériences de maltraitance qui ont été vécues au cours de l'enfance ou durant l'âge adulte et, d'autre part, les comportements autodestructeurs comme le suicide, est clairement établi (Conwell, 1995; Gagnon, & Hersen, 2000; Osgood, & Manetta, 2000-2001; Talbot, Duberstein, Cox, Denning, & Conwell, 2004)

Explications

La recension des écrits n'est pas très riche en textes qui explorent la question du lien entre la maltraitance envers les personnes âgées et le suicide. En fait, la plupart des études empiriques qui ont été effectuées sur ce sujet nous renseignent plutôt sur les conséquences à long terme (notamment le suicide), c'est-à-dire sur les retombées qui vont se manifester au cours de la vieillesse, des mauvais traitements subis par une personne pendant son enfance ou durant sa vie adulte. Bien qu'ils s'inscrivent dans une perspective réflexive sur la question, les écrits de Conwell (1995) établissent une relation directe entre les mauvais traitements et le suicide chez les personnes âgées.

Parmi les études empiriques sur ce sujet, celle de Talbot et al. (2004) a démontré que les femmes âgées qui avaient été victimes d'abus sexuel dans leur enfance étaient nettement plus à risque de présenter des idéations suicidaires et d'avoir déjà tenté plusieurs fois à leur vie

quand elles étaient parvenues à la vieillesse. De même, une recherche menée par Osgood et Manetta (2000-2001) laisse voir que plusieurs femmes âgées souffrant de dépression et/ou présentant des idéations suicidaires sont la cible de mauvais traitements dans leur vieillesse ou l'ont déjà été durant leur enfance ou pendant leur vie adulte. Une seconde étude effectuée par ces deux mêmes auteurs (Osgood, & Manetta, 2002) présente trois cas de personnes âgées qui ont vécu une histoire de maltraitance qui les a amenées à développer des comportements autodestructeurs, notamment l'abus de drogue et d'alcool et les tentatives de suicide. La recherche d'Osgood et Manetta (2002) permet de mettre en évidence le fait que les mauvais traitements vécus pendant l'enfance, la violence conjugale et l'abus de drogues et/ou d'alcool peuvent être associés au risque suicidaire chez les personnes âgées. Un point important ressort des trois recherches que nous venons d'évoquer et de l'étude de Gagnon et Hersen (2000), à savoir l'impact à long terme de la maltraitance sur la santé psychologique des personnes âgées qui ont dû la subir, même si cette maltraitance a eu lieu plusieurs années auparavant.

Osgood et Manetta (2000-2001) émettent un commentaire intéressant qui peut, d'une part, rendre compte du manque actuel de connaissance sur l'impact des mauvais traitements envers les personnes âgées sur le risque de suicide et, d'autre part, représenter une stratégie de dépistage de la maltraitance. Selon ces deux auteurs, la dépression et les idéations suicidaires chez les personnes âgées ne seraient pas toujours bien identifiées et, par conséquent, ne seraient pas traitées par les intervenants oeuvrant auprès de cette clientèle. Osgood et Manetta expliquent que les intervenants professionnels qui travaillent en situation de crise auprès des femmes maltraitées ou des femmes qui subissent de la violence conjugale ne pratiquent pas le dépistage systématique de la dépression et des idéations suicidaires. Ainsi, il est maintenant largement reconnu que les personnes âgées souffrant de dépression doivent faire l'objet d'un dépistage pour le risque suicidaire et que leur histoire de vie devrait permettre de mettre en

lumière des expériences de maltraitance actuelles ou passées. De même, les personnes âgées qui sont victimes de maltraitance doivent être dépistées pour la dépression et le risque suicidaire et les personnes âgées qui affichent des idées suicidaires doivent elles aussi être dépistées pour la dépression et une histoire présente ou passée de mauvais traitements. Les intervenants ont la possibilité d'utiliser plusieurs grilles de dépistage validées pour identifier les personnes âgées qui ont besoin d'aide à cet égard et les référer aux instances et aux services appropriés (Gagnon, & Hersen, 2000; Osgood, & Manetta, 2000-2001).

Le saviez-vous?

Une étude effectuée par Lachs, Williams, O'Brien, Pillemer et Charlson (1998) a montré que la maltraitance des personnes âgées est associée à la mort prématurée de ces dernières. Cette recherche, qui portait sur une cohorte de personnes âgées vivant dans la communauté, laisse voir qu'après une période de suivi d'une durée de 13 ans, les personnes âgées maltraitées étaient décédées dans 91% des cas, comparativement à 83% pour celles qui vivaient une problématique d'autonégligence et à 60% pour celles qui n'avaient jamais été victimes de mauvais traitements.

«A 1998 GAO study concluded that more than half of the suspicious deaths studied among the 1.6 million Americans residing in nursing homes across the nation were probably due to nursing home neglect, including malnutrition and dehydration » (Lachs, et al., 1998, cité dans Maas, 2008 : 124).

5.10 Thème : Freins à la dénonciation

La plupart des professionnels de la santé et des services sociaux dénoncent les actes de maltraitance dont ils sont témoins. (vrai).

Réponse

Une revue de la littérature qui a été réalisée par Cooper et al. (2009) conclut qu'aux États-Unis, seulement un médecin sur quatre a dénoncé à l'instance appropriée toutes les situations de mauvais traitements dont il a eu connaissance au cours de l'année précédente. En revanche, 60% des médecins n'ont signalé aucun cas de maltraitance durant la même période. De plus, cette recherche montre que les professionnels de la santé sont moins enclins à dénoncer les situations de mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées que les cas de maltraitance à l'endroit des enfants (Cooper, et al., 2009). Dans une autre étude (McCool, et al., 2009), pas moins de 53% des intervenants affirmaient avoir déjà soupçonné l'existence d'une situation de mauvais traitements dans le milieu où ils travaillent. Par contre, 35% de ces intervenants prétendaient n'avoir pas déclaré tous les cas dont ils suspectaient l'existence.

Explications

Il semble que le manque de confiance des professionnels de la santé en leurs connaissances sur les mauvais traitements envers les personnes âgées, les moyens à prendre pour dépister cette maltraitance et la procédure à suivre pour effectuer un signalement représentent des empêchements majeurs à la dénonciation des cas de maltraitance envers les personnes âgées (Cooper, et al., 2009; McCool, et al., 2009). En fait, les professionnels de la santé craignent

que la dénonciation des situations de mauvais traitements qu'ils rencontrent dans leur pratique ait des effets négatifs sur les relations qu'ils entretiennent avec leurs patients et des conséquences directes pour leurs patients (Cooper, et al., 2009). Certains professionnels se sentent mal à l'aise à l'idée de dénoncer un cas s'ils ne sont pas pleinement convaincus qu'ils ont affaire à une situation de mauvais traitements; à cet égard, quelques auteurs parlent même de « zones grises » qui rendraient certains professionnels hésitants devant la décision de dénoncer une situation de maltraitance (Cooper, et al., 2009; McCool, et al., 2009). De même, la peur de se retrouver au cœur de procédures judiciaires peut rendre les professionnels plus réticents à signaler un cas de mauvais traitements envers une personne âgée. Finalement, la perplexité ou l'empathie ressentie par les professionnels lorsque la personne qui est suspectée d'infliger des mauvais traitements est un collègue constitue une autre barrière très importante à la dénonciation d'une situation de maltraitance envers les personnes âgées (Cooper, et al., 2009; McCool, et al., 2009).

Le saviez-vous?

Dans plusieurs situations, les mauvais traitements représentent la réponse des intervenants aux agressions et aux difficultés auxquelles ils font face quand ils travaillent auprès de certaines personnes âgées souffrant de démence. Ces situations se produisent lorsque les intervenants ne sont pas familiers avec la question du vieillissement, qu'ils ne connaissent pas assez la problématique de la démence et qu'ils manquent d'expérience en matière d'intervention auprès de personnes âgées présentant des comportements perturbateurs et agressifs (Astrom, Karlsson, Sandvide, Bucht, Eisemann, Norberg, et al., 2004 ; Conlin-Shaw, 2004; Cooney, et al., 2006; McCool, et al., 2009; Robitaille, 1985).

5.11 Thème: Théories explicatives

Le désir de s'enrichir est la seule explication possible aux situations de maltraitance financière. (Faux)

Réponse

La littérature qui aborde la question de la maltraitance économique et financière distingue deux types de personnes qui sont plus particulièrement susceptibles de s'en prendre aux biens ou à l'argent d'une personne âgée. Tout d'abord, il y a celle que l'on présente comme étant opportuniste, qui ne recherche pas délibérément une victime potentielle mais qui tire avantage de toute situation qui lui en offre la possibilité. Ensuite, il y a celle qui exerce une influence induite sur la personne âgée pour parvenir à ses fins. Cette dernière est décrite comme étant plus agressive. Elle choisit sa victime méthodiquement pour instaurer avec celle-ci une relation fondée sur le pouvoir et le contrôle (Brandl, et al., 2007; Hafemeister, 2003; Quinn, 2000; Tueth, 2000).

Explications

D'entrée de jeu, il importe de savoir en quoi consiste la maltraitance de nature économique ou financière. En voici quelques exemples :

Soutirer de l'argent à une personne en faisant du chantage émotif, lui voler des bijoux, des biens ou des espèces, faire des pressions sur elle en vue d'en hériter, détourner des fonds qui lui appartiennent, la frauder par vol d'identité, par télémarketing, en utilisant de façon inappropriée des cartes de services bancaires ou une procuration bancaire (Gouvernement du Québec, 2010b:19).

La maltraitance économique ou financière peut survenir seule ou en combinaison avec d'autres formes de maltraitance; par exemple, elle accompagne fréquemment la violence psychologique (Setterlund, Tilse, Wilson, McCawley, & Rosenman, 2007). Deux recherches récentes, soit celle de Kemp et Liao (2006) et celle de Kemp et Mosqueda (2005), vont dans le même sens et concluent que les mauvais traitements économiques ou financiers seraient présents dans 20% à 30% de toutes les situations de maltraitance envers les personnes âgées.

La maltraitance économique ou financière perpétrée par une personne qui use d'une influence induite se caractérise par une prise de contrôle de la personne âgée, par désir de domination ou par volonté de punition. Cette dynamique relationnelle ressemble à celle que l'on retrouve dans les cas de violence conjugale (Brandl, et al., 2007; Pillemer, & Finkelhor, 1988). La personne qui maltraite est convaincue qu'elle possède le droit de contrôler sa victime un peu comme si cette dernière lui devait obéissance (Brandl, et al., 2007). La malhonnêteté, l'intimidation et certaines formes de manipulation relevant de la maltraitance psychologique constituent les armes privilégiées par l'auteur des mauvais traitements pour contrôler sa victime (Hafemeister, 2003). De manière générale, celui-ci opère de la façon suivante. Tout d'abord, il repère une personne âgée dépendante et vulnérable. Par la suite, en se montrant tour à tour attentionné, serviable et amical envers cette dernière, il crée un climat de confiance (par exemple en lui prodiguant des soins ou en lui rendant de petits services) tout en manoeuvrant la personne âgée dans le but précis de l'isoler de sa famille et de ses amis. Au bout du compte, la personne âgée en vient à croire que seule cette personne peut lui donner les soins dont elle a besoin, ce qui la rend plus vulnérable à la manipulation et à la domination exercée par cette dernière, qui finit par s'en prendre à ses biens ou à son argent (Hafemeister, 2003; Quinn, 2000).

Cinq critères doivent être présents pour qu'il soit possible d'affirmer qu'il existe vraiment une situation de maltraitance économique ou financière s'accompagnant d'une influence indue : (a) la victime âgée doit être isolée de ses contacts sociaux (famille, amis, etc.) ou de ses sources d'information; (b) il doit y avoir eu création d'un lien de dépendance de la victime envers l'auteur des mauvais traitements; (c) la manipulation psychologique doit être présente dans la relation; (d) la personne âgée doit avoir donné son accord à l'acte de maltraitance et (e) il doit en résulter une perte de biens ou d'argent pour la victime (Brandl, et al., 2007).

La maltraitance économique ou financière est difficile à dépister parce que, dans plusieurs situations, par exemple lors d'une transaction bancaire, la personne âgée peut avoir donné son autorisation de procéder à la personne qui commet des mauvais traitements économiques et financiers à son endroit, ce qui n'est pas le cas pour les autres formes de mauvais traitements (Brandl, et al., 2007; Hafemeister, 2003). Par ailleurs, les personnes âgées qui ne montrent aucune limitation de quelque nature que ce soit ne sont pas pour autant à l'abri de devenir victimes de mauvais traitements économiques ou financiers (Brandl, et al., 2007; Hafemeister, 2003; Quinn, 2000).

Le saviez-vous?

La maltraitance économique ou financière amène plusieurs répercussions négatives pour les personnes âgées qui la subissent. Souvent, les victimes peuvent se sentir responsables de ce qui leur arrive et se culpabiliser parce qu'elles n'ont pas été capables de bien veiller sur leurs biens. De plus, la perte financière subie par la personne âgée peut avoir des conséquences directes sur sa capacité à pourvoir à ses propres besoins. Dans certains cas, cette dernière se trouve obligée de changer de milieu d'habitation, quittant sa résidence ou son logement pour

aller vivre dans un centre d'hébergement public aux frais de l'État, faute de moyens financiers suffisants. Ce ne sont pas toutes les personnes âgées qui possèdent les ressources physiques et psychologiques et le temps nécessaires pour reconstituer leurs avoirs advenant une disparition d'argent très importante. En outre, il est possible aussi que ces personnes âgées en viennent à développer certains problèmes psychologiques, par exemple des troubles anxieux ou des symptômes dépressifs majeurs (Kemp, & Mosqueda, 2005).

5.12 Thème: Lois

Depuis 1976, au Québec, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont obligés de signaler, à la Commission des droits de la personne, les cas de maltraitance (faux).

Réponse

Encore aujourd'hui, aucune loi n'oblige les intervenants professionnels qui travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux à dénoncer, que ce soit à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse ou à un organisme semblable, les situations de mauvais traitements envers les personnes âgées qu'ils peuvent rencontrer dans leur pratique. En conséquence, la décision de signaler les cas de mauvais traitements est prise en fonction de la volonté de la personne âgée de dénoncer la situation de maltraitance et selon le jugement clinique des intervenants concernés.

Explications

Au cours des dernières années, certains états américains et quelques provinces canadiennes se sont munis d'une loi spécifique en vue d'assurer la protection des personnes âgées qui sont victimes de mauvais traitements. Plus souvent qu'autrement, ces cadres législatifs s'inspirent des modèles qui sont en vigueur dans le domaine de la protection de l'enfance (Beaulieu, 2002; Santé Canada, 2000). Les défenseurs de ce type de législation prétendent qu'il s'agit d'un moyen efficace de garantir le respect des droits des personnes âgées tout en permettant des interventions qui visent le bien-être de ces mêmes personnes âgées (Santé Canada, 2000). Par contre, les tenants d'un autre courant de pensée affirment que l'analyse des résultats de

l'application de la loi n'arrive pas à faire la preuve de ces effets bénéfiques (Santé Canada, 2000). De même, certains auteurs arguent que tout système législatif qui est calqué sur le modèle de la protection de la jeunesse ne peut qu'infantiliser les personnes âgées et leur enlever leur droit fondamental à l'autodétermination (Beaulieu, 2002; Santé Canada, 2000). C'est actuellement à cette position qu'adhère le Québec. Au demeurant, c'est pour cette raison que le Québec ne prévoit pas adopter une loi de protection à l'intention uniquement des personnes âgées, ni obliger les professionnels de la santé et des services sociaux à dénoncer les actes de maltraitance qu'ils identifient ou qu'ils suspectent. Le Conseil des aînés s'est prononcé sans équivoque sur cette question il y a de cela quelques années :

Le Conseil des aînés considère que les abus dont sont victimes les personnes âgées constituent un problème social fort inquiétant qui nécessite un plan d'action immédiat sans toutefois recourir à une nouvelle loi qui aurait pour effet de marginaliser une partie de la population et de donner aux aînés un faux sentiment de sécurité. Le Conseil s'oppose à l'adoption d'une loi sur la protection des aînés tel que stipulé dans le projet de loi 191 (Loi sur la protection des droits des aînés). La création d'une loi visant spécifiquement la protection d'un groupe de personnes adultes et ce, uniquement en raison de leur âge, ne réussirait qu'à entretenir des stéréotypes que trop souvent la société véhicule, associant ainsi la vieillesse avec la maladie, la mort, l'improductivité, la dépendance, la vulnérabilité et l'incapacité d'agir (Conseil des aînés, 1995 : 43).

Toutefois, la position adoptée par le gouvernement québécois ne signifie pas pour autant qu'il n'existe pas de filet de protection social au Québec pour les personnes âgées maltraitées. En effet la *Charte des droits et libertés de la personne*, laquelle, rappelons-le, fut adoptée en 1976, prévoit, dans l'article 48, que « toute personnes âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation. Telle personne a aussi le droit à la protection et à la sécurité qui doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieux » (Gouvernement du Québec, 1975). Pour sa part, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, un organisme qui a été institué par la charte québécoise, détient le mandat

« de veiller au respect des principes énoncés dans la *Charte des droits et libertés de la personne* » (Gouvernement du Québec, 2010a). De même, la commission veille à « mener des enquêtes, en vertu de la *Charte des droits et libertés de la personne*, dans les cas de discrimination, de harcèlement et d'exploitation de personnes âgées ou handicapées » (Gouvernement du Québec, 2010a). En somme, cet organisme possède un important pouvoir d'enquête et, partant, constitue une porte d'entrée non négligeable pour la revendication du respect des droits et libertés des personnes âgées maltraitées. Ainsi, toute personne aînée qui est victime de mauvais traitements ou toute personne qui est témoin d'une situation de mauvais traitements peut faire appel à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse à ce propos (Gouvernement du Québec, 2010a).

Le saviez-vous?

Il existe d'autres recours possibles pour assurer la protection des personnes aînées qui sont victimes de mauvais traitements. En effet, le *Code criminel* canadien peut s'appliquer dans les cas où un acte criminel a été commis (voies de fait, abus sexuels, etc.). La mise en place d'une curatelle privée ou publique peut aussi représenter un bon moyen pour protéger une personne âgée qui a officiellement été déclaré inapte. Mais, comme le précise Beaulieu (2002), le *Code criminel* et le régime de curatelle ne donnent pas d'emprise pour toutes les formes de maltraitance car certaines violences ne sont pas à proprement parler des actes criminels au sens où l'entend la loi et ne se limitent pas non plus aux personnes âgées qui ont été déclarées inaptes.

5.13 Thème: Prévention

La capacité de résoudre les conflits interpersonnels constitue un moyen pour prévenir la maltraitance en milieu d'hébergement (vrai).

Réponse

Lindbloom et al. (2007) rapportent qu'une formation sur la gestion des conflits et la gestion du stress (à raison de 8 sessions d'une durée variant de 6 à 8 heures) qui avait été dispensée à des préposés aux bénéficiaires a permis de diminuer de 24% (Pillemer, & Hudson, 1993) ou de 55% (Braun, Suzuki, Cusick, & Howard, 1997) le nombre de cas de mauvais traitements envers les personnes âgées dans les résidences où elle avait été donnée. Point non négligeable, cette formation a également permis d'augmenter le sentiment de satisfaction au travail des employés (Menio, & Keller, 2000).

Explications

La relation existant entre les conflits interpersonnels, le niveau de stress au travail et les mauvais traitements envers les personnes âgées en contexte d'hébergement a été étudiée par un grand nombre de chercheurs (Braun, et al., 1997 ; Goergen, 2001 ; Goodridge, Johnston, & Thomson, 1996; Menio, & Keller, 2000 ; Pillemer, & Hudson, 1993).

Un des faits saillants qui ressort de la littérature, c'est que les conflits interpersonnels peuvent opposer soit le personnel soignant et les résidents, soit le personnel soignant et les familles des résidents, soit les membres du personnel soignant entre eux. Cependant, il semble que ce

pour le bien-être des travailleurs que pour celui des personnes âgées (Astrom, et al., 2004 ; Braun, et al., 1997 ; Cooney, et al., 2006 ; Goergen, 2001 ; Goodridge, et al., 1996 ; Pillemer, & Hudson, 1993).

Ce type de formation, quand il est adapté et dynamique, donne des résultats très positifs. En fait, les travailleurs du secteur de la santé qui participent à de telles formations développent des habiletés communicationnelles et des stratégies d'intervention qui leur permettront, si l'occasion se présente, de gérer de manière adéquate les conflits les opposant aux résidents et aux familles des résidents (Braun, et al., 1997 ; Goergen, 2001 ; Goodridge, et al., 1996 ; Menio, & Keller, 2000 ; Pillemer, & Hudson, 1993).

Le saviez-vous?

Une recherche effectuée par Lachs, Bachman, Williams et O'Leary (2007) aux États-Unis et portant sur 747 centres de soins de longue durée a permis de dévoiler que la cause la plus fréquente des interventions policières en milieu d'hébergement était la violence entre les résidents. Cette recherche a aussi établi que les personnes âgées qui vivaient en hébergement étaient plus susceptibles d'être confrontées à l'intervention de la police (30%) que celles qui demeurent à domicile (6%). Il est cependant impossible de savoir si tel est aussi le cas au Canada, puisque aucune étude de cette nature n'a été réalisée au Canada. Néanmoins ces résultats peuvent porter à la réflexion.

5.14 Thème: Dépistage

Les médecins pratiquent le dépistage systématique de la maltraitance avec leurs patients âgés
(faux)

Réponse

La revue de la littérature laisse voir clairement que seulement un petit nombre de médecins questionnent systématiquement leurs patients pour déterminer s'ils sont victimes ou non de mauvais traitements. Toutefois, même si les médecins identifient les signes et symptômes qui laissent suspecter qu'ils ont bel et bien affaire à un cas de mauvais traitements, moins de la moitié d'entre eux dénonceront la situation aux instances appropriées (Cooper, et al., 2009 ; Kennedy, 2005a; Lachs, & Pillemer, 2004 ; Mosqueda, 2001 ; O'Brien, 2010; Yaffe, et al., 2008).

Explications

Les médecins sont particulièrement bien placés pour porter attention aux facteurs de risque de la maltraitance chez les personnes âgées qu'ils reçoivent en consultation. En moyenne, les personnes âgées vont consulter leur médecin de famille cinq fois par année (Kennedy, 2005a; O'Brien, 2010; Yaffe, et al., 2007). Toutefois, dans une étude effectuée récemment, Kennedy (2005a) affirme que plus de 60% des membres de son échantillon, composé de médecins de famille et d'internes, n'ont jamais abordé avec leurs patients âgés la question des mauvais traitements. De même, Lachs et Pillemer (2004) citent une étude qui concluait qu'un grand nombre de médecins ne posaient pas de questions à leurs patients âgée au sujet d'une possible

situation de mauvais traitements, et ce, même si les dossiers médicaux des patients précisait que ces derniers étaient connus des services de protection publique pour avoir été victimes de violence physique dans le passé. De plus, on constate que lorsque les médecins identifient des situations qui sont pour ainsi dire porteuses de maltraitance, ils dénoncent rarement l'auteur potentiel (Kennedy, 2005). Ainsi, aux États-Unis, seulement 1.3% de tous les signalements de situations de maltraitance qui sont acheminés à « l'ombudsman » proviennent d'un médecin. De même, Yaffe et al. (2007) observent que le taux de dénonciation parmi les membres de la profession médicale s'avère faible et se situe à 2% environ. En contrepartie, une autre étude indique qu'environ 50% de toutes les dénonciations de situations de maltraitance sont faites par les personnes âgées maltraitées elles-mêmes, par des membres de sa famille ou par des amis (Mosqueda, 2001).

Une multitude de raisons sont évoquées pour expliquer le taux peu élevé d'investigation et de dénonciation noté chez les médecins dans les dossiers de mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées. Ainsi, certains chercheurs croient que les médecins ne connaissent pas suffisamment les facteurs de risque de la maltraitance, ce qui aurait pour effet de les rendre moins attentifs aux signes et symptômes caractéristiques des mauvais traitements (Kennedy, 2005; Lachs, & Pillemer, 2004 ; Mosqueda, 2001; O'Brien, 2010). En outre, le fait qu'il n'existe toujours pas de définition claire des mauvais traitements ferait en sorte que certains médecins se montrent quelque peu hésitants ou réticents à décider qu'une situation suspecte constitue véritablement un cas de mauvais traitements (Kennedy, 2005a; Yaffe, et al., 2007). Le manque de temps pour effectuer un dépistage ainsi que le manque de temps pour procéder à une évaluation en profondeur doivent aussi être pris en compte dans cette problématique (Kennedy, 2005a; Lachs, & Pillemer, 2004 ; Yaffe, et al., 2007). Un autre élément explicatif très important tiendrait à la méconnaissance ou à l'ignorance des mécanismes de dénonciation

qui s'appliquent dans un dossier de mauvais traitements envers les personnes âgées (Kennedy, 2005a; Mosqueda, 2001). Dans le même ordre d'idées, certains chercheurs évoquent le manque de grilles de dépistage validées pour expliquer cette situation (Kennedy, 2005a; Yaffe, et al., 2007). De plus, d'autres chercheurs évoquent la possibilité de jugements âgistes de la part des médecins, qui amènerait certains d'entre eux à accorder moins d'importance au dépistage de la maltraitance chez leurs patients âgés qu'au dépistage de la violence chez les enfants (Lachs, & Pillemer, 2004 ; O'Brien, 2010). Une autre embûche majeure en rapport avec le dépistage et le signalement des cas de mauvais traitements réside dans le fait que la victime ne parle pas toujours avec son médecin de la situation difficile où elle se trouve, soit délibérément, soit involontairement à cause notamment d'une incapacité causée par certains troubles cognitifs ou certaines formes de démences. Finalement, la peur d'une réprimande administrative ou la crainte d'une poursuite judiciaire par l'auteur des mauvais traitements constituent deux autres freins très importants au dépistage et au signalement des cas de mauvais traitements (Lachs, & Pillemer, 2004 ; O'Brien, 2010). Comme le dit Kennedy (2005a : 484) : « Clearly, physicians are unfamiliar with elder mistreatment identification, management protocols, legislation, and available referral agencies. » Dans ces conditions, il apparaît évident que les membres de la profession médicale ont grandement besoin de suivre une formation sur la problématique des mauvais traitements envers les personnes âgées en vue d'augmenter leurs connaissances sur le sujet et de se sentir plus à l'aise et plus compétents pour intervenir efficacement dans les dossiers de maltraitance qu'ils sont susceptibles de rencontrer dans leur pratique (Cooper, et al., 2009 ; Kennedy, 2005a; Lachs, & Pillemer, 2004 ; Mosqueda, 2001; O'Brien, 2010; Yaffe, et al., 2008).

Le saviez-vous ?

Au Québec, le docteur M. Yaffe a développé et validé une grille de dépistage des mauvais traitements, connue sous l'appellation EASI (Elder Abuse Suspicion Index), spécialement à l'intention des médecins. Cet instrument convivial permet aux médecins de faire le dépistage des cas de maltraitance chez des patients âgés ne présentant aucune perte cognitive. L'outil contient 7 questions qui sont faciles à comprendre et rapides à répondre et son administration ne demande que deux minutes environ. Lorsque les résultats sont positifs, le médecin devrait investiguer la possibilité que son patient soit vraiment victime de mauvais traitements et, en cas de besoin, le référer à un travailleur social ou aux services de protection pour effectuer une évaluation plus en profondeur du dossier (Yaffe, et al., 2008).

5.15 Thème: Intervention

Le type d'intervention fait auprès d'une personne âgée maltraitée varie en fonction de sa capacité à décider pour elle-même (vrai).

Réponse

Une analyse des pratiques en intervention psychosociale auprès de personnes âgées qui sont victimes de mauvais traitements laisse voir que les types d'intervention possibles se placent sur un continuum, qui commence avec la suspension de suivi, passe par l'accompagnement et se termine avec les interventions visant plus de protection (Giasson, & Beaulieu, 2005). Le choix de l'intervention appropriée est influencé par la vulnérabilité de la personne âgée, c'est-à-dire par sa capacité à décider par elle-même (Beaulieu, & Leclerc, 2006 ; Bergeron, 2006 ; Giasson, & Beaulieu, 2005 ; Lachs, & Pillemer, 2004).

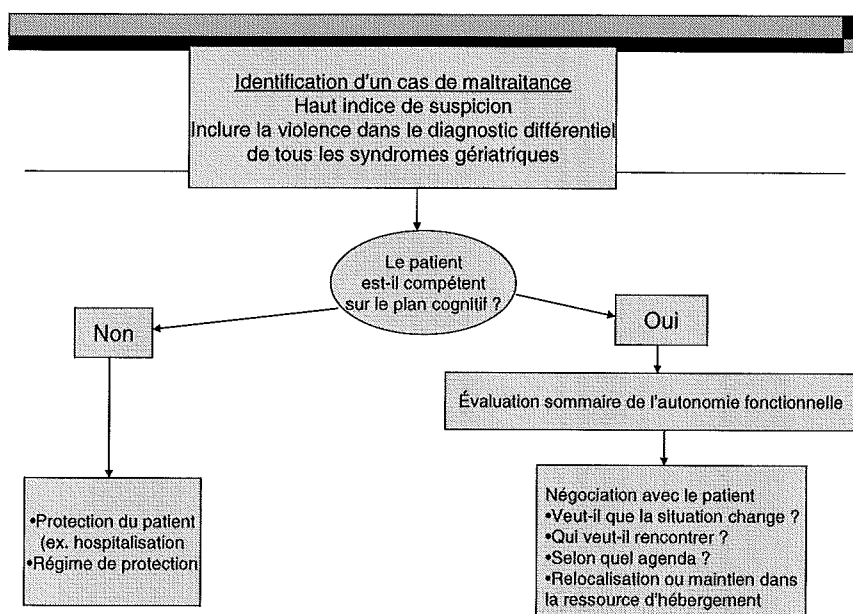


Tableau tiré de : Beaulieu, M. (2007), *Maltraitance des personnes âgées*. Dans M. Arcand, & R. Hébert (Éds), *Précis pratique de gériatrie* (p. 1156). Acton Vale : Edisem et Maloine.

Explications

Au chapitre des interventions en matière de mauvais traitements envers les personnes âgées, la recension des écrits permet de mettre en relief la tension qui existe entre, d'un côté, une approche qui s'inscrit dans une perspective paternaliste ou protectionniste face à la personne âgée maltraitée et, de l'autre côté, une approche qui mise plutôt sur la responsabilisation ou sur l'*empowerment* de la personne âgée (Beaulieu, & Leclerc, 2006 ; Giasson, & Beaulieu, 2005). Cependant, plusieurs chercheurs considèrent que la capacité d'autodétermination de la personne constitue le fondement sur lequel repose le choix de l'intervention qui doit être mise en place pour aider la personne (Beaulieu, & Leclerc, 2006 ; Bergeron, 2006 ; Giasson, & Beaulieu, 2005 ; Lachs, & Pillemer, 2004).

Le schéma qui est présenté ci-dessus illustre la conduite à suivre lors de l'identification d'une situation de maltraitance. D'entrée de jeu, il s'agit de déterminer si la personne âgée qui est victime avérée ou victime présumée de mauvais traitements accepte ou refuse l'aide qui lui est offerte. Ainsi, quand la personne décide de se prévaloir de l'aide qui lui est proposée, on lui soumet un plan d'intervention qui tient compte de ses besoins et prend en considération ses valeurs personnelles. Par contre, lorsque la personne repousse l'aide qu'on lui offre, il faut alors de se demander si elle est apte. D'un côté, si la personne âgée n'est pas apte, il faut alors évaluer la pertinence de prendre des mesures qui sont plus proactives et plus contraignantes pour venir en aide à cette personne (Beaulieu, & Leclerc, 2006 ; Beaulieu, & Giasson, 2005 ; Bergeron, 2006 ; Lachs, & Pillemer, 2004). D'un autre côté, quand la personne âgée est apte, une intervention visant à renforcer le lien de confiance doit être préconisée ; dans ce contexte,

l'éducation de cette personne s'impose, au lieu de procéder à la fermeture complète de son dossier (Beaulieu, & Leclerc, 2006 ; Beaulieu, & Giasson, 2005 ; Bergeron, 2006 ; Lachs, & Pillemer, 2004).

Une intervention qui respecte le libre choix de la personne âgée ne signifie pas pour autant que l'intervenant accepte d'emblée la décision qui a été prise par la personne âgée. En fait, l'objectif visé par l'intervention consiste davantage à en arriver à un choix qui convient aux deux parties. À cet égard, « l'action de persuader et de susciter la conversation continue sont des choix valides éthiquement (autonomie active) » (Giasson, & Beaulieu, 2005: 100). Ainsi, le refus de la personne âgée autonome d'accepter les services qui lui sont proposés ne doit pas conduire à la fermeture définitive de son dossier. Il s'agit plutôt pour les intervenants d'une occasion d'investir dans la relation de confiance pour que la personne se montre davantage réceptive à la possibilité de recevoir éventuellement une aide qui sera plus « officielle », plus structurée (Beaulieu, & Leclerc, 2006). Par ailleurs, Bergeron (2006) estime que le fait qu'une personne âgée maltraitée repousse les services qu'on lui propose ne veut pas nécessairement dire qu'elle ne veut pas être aidée, mais signifie plutôt que la relation thérapeutique est peut-être déficiente ou que l'intervenant manque de formation et d'expérience pour intervenir dans les dossiers de mauvais traitements envers les personnes âgées.

Giasson et Beaulieu (2005) établissent une distinction importante relativement au concept de respect de l'autonomie. Ainsi, selon ces deux chercheurs, il faut faire la différence entre, d'un côté, l'autonomie négative, qui consiste surtout à ne pas s'opposer aux choix et aux actions d'une personne et, de l'autre côté, l'autonomie positive, qui vise d'abord et avant tout à assurer à la personne une assistance adéquate afin de favoriser son plein épanouissement. Selon Giasson et Beaulieu (2005), cette nuance met en garde l'intervenant professionnel face

à un détachement trop rapide ou à un non-investissement de sa part dans la relation d'aide sous prétexte de respecter l'autonomie de la personne.

En somme, l'intervenant se retrouve constamment en quête d'un équilibre entre la volonté de respecter l'autonomie de la personne âgée et un désir de protection de cette même personne. Ce processus d'équilibrage s'effectue au cours de la démarche d'intervention psychosociale par l'intermédiaire du jugement clinique de l'intervenant. Celui-ci doit suivre l'évolution de la situation de la personne âgée et de son état de santé, surveiller les indices de maltraitance et examiner la manière dont se déroule la collaboration entre les différentes parties impliquées dans le dossier. Essentiellement, il s'agit de trouver avec la personne âgée la « solution du moindre mal » (Giasson, & Beaulieu, 2005: 107). Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue le fait que la personne âgée possède le droit de prendre des risques et de refuser des services si elle présente une aptitude pleine et entière (Giasson, & Beaulieu, 2005). Ici, l'intervenant doit faire très attention car une incapacité à verbaliser n'équivaut pas à une incapacité à décider (Beaulieu, & Leclerc, 2006). Lorsque la personne âgée est inapte et qu'elle se met en danger au point qu'il devient nécessaire de procéder à des interventions qui sont plus rigides et plus encadrantes, l'intervenant doit mettre en place les mesures qui sont les moins contraignantes possible et qui se rapprochent le plus des valeurs personnelles auxquelles adhère la personne âgée (Beaulieu, & Leclerc, 2006 ; Bergeron, 2006). En fait, il convient alors de se demander: « When clients refuse intervention, are they self-determining that they do not want to change their situation, or that they find the alternatives offered insufficient for their needs? » (Bergeron, 2006:92).

Le saviez-vous?

L'analyse de récits de pratique qui a été effectuée par Beaulieu et Leclerc (2006) dans le cadre d'une recherche sur les mauvais traitements envers les personnes âgées a permis d'identifier un certain nombre d'enjeux soulevés par les pratiques d'intervention psychosociale auprès des personnes âgées qui sont victimes de maltraitance. Comme on l'a mentionné précédemment, le continuum d'intervention comprend trois pratiques différentes, à savoir la suspension du suivi de la personne, l'accompagnement de la personne et les interventions visant à assurer une plus grande protection à la personne. Selon ces auteurs, un intervenant qui se retrouve confronté dans sa pratique à la suspension du suivi peut éprouver le sentiment d'abandonner la personne âgée à elle-même (Beaulieu, & Leclerc, 2006). L'accompagnement de la personne peut amener l'intervenant à devoir gérer une situation à risque avec toutes les inquiétudes et incertitudes que cela comporte. Finalement, lors de la mise en place d'interventions visant à donner davantage de protection à la personne, l'intervenant doit faire face à l'enjeu consistant à prendre en charge la personne âgée à défaut d'agir en collaboration avec cette dernière.

5.16 Thème: Organisation des services

L'organisation des services (dans les hôpitaux, dans les milieux d'hébergement, etc.) influence la qualité des interventions dans le champ de la maltraitance des personnes âgées (vrai)

Réponse

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, plusieurs contraintes ou lacunes d'ordre organisationnel influencent la qualité des interventions dans le domaine de la maltraitance des personnes âgées. À ce propos, Beaulieu et Giasson (2005) ont identifié un certain nombre de problèmes, notamment le manque de supervision clinique, le manque de formation continue, le manque de soutien donné aux intervenants professionnels par les gestionnaires et l'équipe interdisciplinaire, le manque de travail en véritable partenariat avec les autres organismes de la communauté, le manque de ressources humaines et financières, le manque d'ouverture face aux possibilités de réflexion éthique et, enfin, un intérêt plutôt mitigé pour la question de la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées. Au demeurant, cette situation est dénoncée par les intervenants psychosociaux (Beaulieu, & Giasson, 2005). Selon ces auteurs, les conditions de pratique qui prévalent actuellement dans le réseau de la santé et des services sociaux doivent être améliorées : « En tenant compte de ces éléments, on contribuera à diminuer la lourdeur, l'impuissance, l'insatisfaction et l'inaction vécues, dénoncées et exprimées par les intervenants » (Beaulieu, & Giasson, 2005: 144).

Explications

L'intervention dans des situations de mauvais traitements envers les personnes âgées constitue une démarche qui se caractérise par sa grande complexité et qui demande beaucoup de temps, surtout quand on a affaire à des situations où la violence est présente depuis longtemps dans la dynamique familiale. Par ailleurs, les cas de mauvais traitements ne doivent pas être traités comme un bloc monolithique (Beaulieu, 2007) ; en réalité, la pluralité et la complexité des situations de maltraitance amènent les intervenants professionnels à développer leur jugement clinique à l'intérieur d'une relation thérapeutique avec la personne âgée maltraitée et parfois même avec l'auteur des mauvais traitements, et ce, dans la perspective de parvenir à résorber la situation problématique. Pour que la démarche soit conduite à bon port, les intervenants ont besoin de sentir qu'on respecte leur autonomie professionnelle sans avoir l'impression de se retrouver seuls et sans soutien et d'être les seules personnes auxquelles on impute l'évolution de la situation (Beaulieu, 2010). Certains intervenants professionnels ont dénoncé l'ingérence de l'organisation dans leur pratique, qui affecte grandement leur autonomie professionnelle. De nos jours, les organisations appartenant au réseau de la santé et des services sociaux, dans un souci de rendement économique, montrent une forte tendance à favoriser l'application de modèles d'intervention en situation de crise, à la place de modèles d'intervention qui misent sur une approche plus holistique ou qui exigent un temps d'intervention plus long (Beaulieu, & Giasson, 2005). En fait, il apparaît indispensable que les intervenants soient soutenus dans le développement de leur jugement professionnel car, dans le cas contraire, sous l'influence de l'organisation, les intervenants sont plus susceptibles de prendre des décisions en fonction d'impératifs et de normes de gestion que d'agir d'une manière véritablement professionnelle (Beaulieu, & Giasson, 2005).

Les pratiques d'intervention en matière de mauvais traitements envers les personnes âgées amènent les intervenants professionnels à être confrontés à une multitude de questionnements de nature éthique (Beaulieu, & Leclerc, 2006). Toutefois, le manque de temps et les pressions exercées par l'organisation empêchent parfois les intervenants de procéder librement à cette démarche de réflexion. Sans compter que le réseau de la santé et des services sociaux est aux prises avec un manque de ressources de consultation auxquelles les intervenants pourraient avoir recours pour mieux appuyer leur jugement professionnel (Beaulieu, & Giasson, 2005).

Selon plusieurs auteurs, les nombreux problèmes qui affectent les services qui sont dispensés aux personnes âgées qui sont victimes de mauvais traitements (manque de services appropriés aux besoins des personnes maltraitées, fragmentation des services, manque de coordination des services) nuisent grandement à la qualité des réponses des intervenants dans ces situations (Beaulieu, 2010 ; Beaulieu, & Leclerc, 2006 ; Nerenberg, 2006 ; Osgood, & Manetta, 2000-2001 ; Salamone, et al., 2009). De même, le manque de ressources et le manque de temps pour assurer le suivi adéquat du dossier de la personne âgée maltraitée poussent parfois les intervenants à référer leurs clients à d'autres services qui sont aux prises avec exactement les mêmes problèmes, et les clients se retrouvant ballottés d'un endroit à l'autre (Beaulieu, & Leclerc, 2006). Finalement, il convient de se poser la question suivante: « In keeping with Bergeron and Asch, there is reason to wonder: what is the purpose of laws without sufficient resources? » (Beaulieu, & Leclerc, 2006: 167).

Par ailleurs, il est largement reconnu que le travail en équipe interdisciplinaire constitue une approche efficace pour répondre à la complexité des situations de mauvais traitements envers les personnes âgées (Beaulieu, 2010 ; Beaulieu, & Giasson, 2005 ; Beaulieu, & Leclerc, 2006,

Brunet, 2010 ; Nerenberg, 2006 ; Salamone, et al., 2009 ; Yaffe, et al., 2009). Suivant Brunet (2010), on observe que, dans une équipe interdisciplinaire, chacun des membres apporte sa contribution sous la forme de son expertise professionnelle, ce qui permet de s'assurer que l'équipe procède à une lecture holistique de la situation qui pose problème. En fait, il est primordial que les institutions faisant partie du réseau de la santé et des services sociaux offrent aux intervenants professionnels un contexte de pratique où il est possible de tenir des rencontres d'équipe interdisciplinaires, et ce, tant pour les bénéfices que les personnes âgées maltraitées peuvent en recevoir en termes d'aide et d'assistance que pour les bénéfices que peuvent en retirer les intervenants professionnels sous forme de soutien.

Le saviez-vous ?

Il y a lieu de se demander comment l'intervention dans le domaine des mauvais traitements envers les personnes âgées saura revendiquer sa juste place au sein d'un système social dans lequel priment les enjeux économiques capitalistes. À ce propos, Bolzman (2009) affirme que, depuis quelques années, se dessine avec force la suprématie du modèle gestionnaire du social, suivant lequel l'intervenant doit gérer un très grand nombre de dossiers à partir de critères quantitatifs précis d'efficacité et d'efficience. Cependant, il existe un danger inhérent à cette approche, à savoir la possibilité que le rendement l'emporte sur la qualité de la relation entre l'intervenant et la personne (Bolzman, 2009).

5.17 Thème: Associations d'aînés

Les associations de personnes âgées sont des acteurs importants dans la lutte contre la maltraitance des personnes âgées (vrai).

Réponse

Les associations de personnes âgées constituent des acteurs importants dans la lutte contre les mauvais traitements envers les personnes âgées, et ce, pour trois raisons. Tout d'abord, elles peuvent apporter un soutien aux personnes âgées qui sont maltraitées, et même, dans certains cas, aux personnes qui sont les auteurs de cette maltraitance (Nahmiash, & Reis, 2000 ; Reis, & Nahmiash, 1995 ; Straka, & Montminy, 2006 ; Wolf, & Pillemer, 1994 ; Wolf, 2003). Ensuite, elles permettent de pallier l'insuffisance de services dans le domaine des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées (Nerenberg, 2006 ; Wolf & Pillemer, 1994). Enfin, les associations de personnes âgées offrent à leurs membres la possibilité d'une participation sociale (Podnieks, & Baillie, 1995 ; Raymond, et al., 2008 ; Santé Canada, 2000).

Explications

Le Projet CARE, est un programme d'intervention qui assure le suivi (suivi individuel et suivi de groupe) aux personnes âgées qui sont maltraitées et aux personnes qui sont les auteurs de la maltraitance. Dans le cadre de ce projet, des accompagnateurs bénévoles (en anglais : *volunteer buddies/advocates*) vont rendre visite aux personnes aînées qui ont été victimes de mauvais traitements et, parfois, aux personnes qui sont les auteurs de cette

maltraitance. Ces accompagnateurs ne sont pas des intervenants professionnels, mais bien des aînés et des aînées qui ont suivi une formation intensive sur la problématique des mauvais traitements envers les personnes âgées. Ces visites aident à briser l'isolement de la personne âgée qui est victime de maltraitance. Elles permettent aussi d'informer la personne âgée sur ses droits et de lui enseigner les stratégies de protection. Les accompagnateurs peuvent également suivre la personne qui est l'auteur des mauvais traitements et l'assister dans sa démarche de compréhension des conséquences de ses actes, c'est-à-dire des mauvais traitements qu'elle a infligés à la personne âgée. Le fait que ces visites se fassent de façon informelle permet souvent que s'instaure une relation de confiance entre les participants, ce qui place l'accompagnateur dans la meilleure position possible pour suivre l'évolution du cas et informer les intervenants professionnels advenant que la situation se détériore (Nahmiash, & Reis, 2000 ; Reis & Nahmiash, 1995 ; Wolf, 2003). La participation des personnes âgées dans des programmes qui visent à contrer la maltraitance a été soulignée par Wolf et Pillemer (1994). Pour ces deux auteurs, ce type d'accompagnement, qui est effectué par des pairs ayant sensiblement le même âge que la personne âgée maltraitée et qui a une visée d'*empowerment*, comporte plusieurs bienfaits:

Among benefits cited by volunteers were the emotional and concrete help they brought to the clients, as well as the self-awareness they acquired about their own interpersonal relationships. Agency personnel reported that the volunteer filled an important service gap in the community (Wolf, & Pillemer, 1994: 127).

Sans compter que certaines personnes âgées qui ne se sentent pas prêtes à recevoir de l'aide formelle des intervenants des services de santé et des services sociaux peuvent se sentir plus à l'aise de rencontrer un accompagnateur dans un cadre informel (Nahmiash, & Reis, 2000 ; Reis & Nahmiash, 1995).

À titre d'exemples d'organisations de personnes âgées qui se montrent très actives au Québec, il convient de parler de l'AEIFA (région de l'Estrie) et de DIRA-Laval (couronne nord de Montréal). L'Association estrienne pour l'information et la formation contre les abus faits aux aînés (AEIFA) a pour principale mission de contrer les mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées. Pour y arriver, elle a mis au point un certain nombre d'outils qui permettent d'identifier les situations de maltraitance. L'association cherche à sensibiliser et à habilitier la population au dépistage des mauvais traitements. Elle donne des formations qui permettent d'initier les gens à la prévention de la maltraitance et de leur enseigner les manières de ne pas se placer dans une position à risque. Elle dispense aussi des formations aux aidants naturels ou aux bénévoles qui oeuvrent auprès des personnes âgées. L'AEIFA offre également des formations aux futurs travailleurs sociaux et aux futurs préposés aux bénéficiaires de même qu'à des groupes de travailleurs. L'association accorde une grande importance à informer les personnes âgées concernant leurs droits et les services disponibles. L'AEIFA propose des interventions de type individuel ou familial, selon les besoins. Tous ses services sont gratuits. Depuis près de 15 ans, grâce aux nombreuses formations qu'il dispense, cet organisme a rencontré et sensibilisé plus de 30 000 personnes âgées à la grandeur du Québec. L'AEIFA a effectué près de 1 000 interventions directes ou indirectes auprès des personnes âgées qui sont victimes de mauvais traitements ou des auteurs de mauvais traitements (AEIFA, sans date). Dans le même ordre d'idées, DIRA-Laval représente également un organisme très important et très actif dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées. L'acronyme DIRA possède une double signification : Dénoncer-Informer-Référer-Accompagner, de même que Dépister-Intervenir-Réévaluer-Accueillir. Cette association dispense des services de première ligne qui s'adressent aux personnes qui sont âgées de 50 ans et plus et qui sont victimes de mauvais traitements. DIRA-Laval sensibilise et informe la population sur cette problématique. Elle travaille au dépistage des situations de maltraitance envers les personnes âgées. DIRA-

Laval joue un rôle de liaison en référant la personne âgée maltraitée vers d'autres services si la situation l'impose et en réévaluant de façon continue les interventions qui ont été effectuées par ses membres. Surtout, la principale mission de cette association consiste à accueillir les personnes âgées maltraitées et à les accompagner dans leurs démarches. Par ailleurs, le site Internet de DIRA-Laval mentionne qu'un des grands principes auquel adhère cet organisme est que les personnes âgées maltraitées doivent se prendre en main et veiller elles-mêmes au règlement de la situation de maltraitance dans laquelle elles se trouvent. Afin de mieux venir en aide aux victimes, l'organisme recrute des bénévoles ayant une moyenne d'âge supérieure à 65 ans. La plupart de ces bénévoles sont des retraités du milieu des affaires ou de diverses professions.

Le fait de parler le même langage que les personnes que nous aidons, d'avoir aussi les cheveux gris, de pouvoir échanger sur la perte de notre pouvoir d'achat ou sur nos maladies, de découvrir qu'on vient du même coin du pays, tout cela crée un contexte unique. Le mur du silence s'effrite et l'on peut aider efficacement nos semblables (DIRA-Laval, 2006).

Le saviez-vous ?

Raymond et al. (2008) font mention de deux recherches qui montrent que, plus le nombre d'interactions sociales d'une personne âgée est élevé, moins la détérioration de son état de santé est rapide. Les interactions sociales auraient comme effet de diminuer sensiblement la mortalité précoce chez les personnes âgées. Selon ces auteurs, l'associativité structurée amène « un sentiment plus élevé de bien-être, une diminution de la mortalité, une meilleure santé subjective et un plus haut taux de satisfaction générale » (Raymond, et al., 2008: 30).

La participation sociale permettrait de ralentir le déclin des capacités physiques et mentales chez les personnes âgées. Par ailleurs, la promotion de la participation sociale des personnes

aînées passe par une lutte constante contre les comportements et les attitudes âgistes, l'âgisme étant, il convient de le préciser, une forme particulière de discrimination fondée sur l'âge. Ce combat s'avère d'autant plus important que les comportements et les attitudes âgistes peuvent amener le développement de situations de maltraitance envers les personnes aînées. Plusieurs représentations sociales de la vieillesse qui sont véhiculées dans notre société sont âgistes et contribuent à dévaloriser les personnes âgées, lesquelles, en intériorisant ces représentations, développent une image négative d'elles-mêmes et en viennent en quelque sorte à accepter les mauvais traitements qui sont commis à leur endroit (Gouvernement du Canada, 2009, 2010). En fait, la promotion de la participation sociale des personnes âgées constitue non seulement un facteur de protection de leur santé, mais aussi et surtout un facteur de protection contre la maltraitance dont elles peuvent être victimes.

5.18 Thème: Fardeau et stress

La charge de travail d'un intervenant en milieu d'hébergement peut être à l'origine de situations de maltraitance (vrai).

Réponse

En milieu d'hébergement, la charge de travail excessive du personnel soignant, de même que certains autres facteurs comme les conflits au sein de l'équipe soignante, une absence de politiques organisationnelles claires et une pénurie de personnel bien formé entraînent une augmentation du niveau de stress chez les travailleurs. Ce stress peut à son tour contribuer à l'épuisement professionnel des membres du personnel. Or, le stress est reconnu comme étant un des principaux facteurs de risque des mauvais traitements envers les personnes âgées que l'on observe en milieu d'hébergement (Daloz, 2007; McDonald, et al., 2008 ; Shinan-Altman, & Cohen, 2009; Terreau, 2007).

Explications

Pour rendre compte des situations de mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées, la théorie explicative la plus connue et la plus répandue est celle du stress de l'aidant, ou modèle explicatif axé sur les situations (Beaulieu, 2007 ; Santé Canada, 2000). Cette théorie fut tout d'abord développée dans la perspective d'étudier la maltraitance envers les personnes âgées qui survient à domicile, et non pas celle qui se produit en milieu d'hébergement. Mais, avec l'intérêt de plus en plus grand porté aux mauvais traitements commis sur des personnes âgées demeurant en hébergement, certains auteurs pensent que la théorie du stress de l'aidant peut

aussi s'appliquer à ce dernier contexte. Quoi qu'il en soit, il faut se rappeler qu'aucune des théories existantes actuellement n'est en mesure à elle seule de rendre compte adéquatement de la complexité et de la pluralité des situations de mauvais traitements envers les personnes âgées (Beaulieu, 2007).

Selon la théorie du stress de l'aidant, la maltraitance des personnes âgées serait la résultante d'un contexte de travail stressant, dans lequel la personne âgée est perçue comme étant la source de ce stress à cause des incapacités physiques et/ou cognitives qu'elle présente (Santé Canada, 2000).

Cette approche suppose que les mauvais traitements sont une réaction irrationnelle à des situations stressantes. Les variables situationnelles que cette théorie associe à la violence comprennent des facteurs liés à la personne soignante, à la personne âgée et aux conditions sociales et économiques des deux personnes (Santé Canada, 2000 : 32).

Dans la littérature scientifique portant sur les milieux d'hébergement, il a été établi que le stress engendré par la charge de travail, et à plus forte raison quand on parle de surcharge de travail, est lié étroitement à la qualité des soins qui sont prodigués aux personnes âgées. Ainsi, une charge de travail excessive et la pression reliée à la performance auraient pour effet de diminuer la qualité des soins qui sont dispensés en milieu d'hébergement. En fait, le contexte de travail est clairement en cause dans plusieurs situations d'épuisement professionnel chez les travailleurs (Brannon, Zinn, Mor, & Davis, 2002 ; Castle, & Engberg, 2002 ; Cocco, Gatti, de Mendonca Lima, & Camus, 2003 ; Kennedy, 2005b ; Parsons, Simmons, Penn, & Furlough, 2003 ; Shinan-Altman, & Cohen, 2009 ; Terreau, 2007).

Dans le même ordre d'idées, une étude réalisée par Terreau (2007) a montré que l'épuisement professionnel entre souvent en ligne de compte dans les situations de mauvais traitements à

l'endroit des personnes âgées en milieu d'hébergement, bien qu'il ne s'agisse pas du seul facteur à considérer. L'analyse des questionnaires administrés à des membres du personnel soignant a révélé que les trois dimensions centrales du syndrome d'épuisement professionnel étaient présentes à travers leurs réponses, à savoir un épuisement émotionnel et physique, une déshumanisation de la relation entre le personnel et le patient et, enfin, une diminution du sentiment d'accomplissement de soi au travail (Terreau, 2007).

Pour sa part, Daloz (2007) procède à une distinction intéressante entre le stress d'une part et l'épuisement professionnel (*burnout*) d'autre part. Cet auteur met en lumière la dimension de « réaction maladaptative de dépersonnalisation » qui caractérise le syndrome d'épuisement et qu'on ne retrouve pas dans le stress. Daloz en vient à la conclusion que la théorie du *burnout* est peut-être plus en mesure d'expliquer les situations de mauvais traitements dont les auteurs sont des travailleurs que la seule notion de stress.

Néanmoins, le stress est une condition qui entretient des rapports extrêmement serrés avec les conditions de travail, ou, plus justement, avec plusieurs problèmes en lien avec les conditions de travail, notamment un ratio trop élevé de bénéficiaires par employé (Bowers, Esmond, & Jacobson, 2000 ; Lindbloom, et al., 2007 ; McDonald, et al., 2008 ; Shinan-Altman, & Cohen, 2009), un salaire relativement faible (Shinan-Altman, & Cohen, 2009), un manque de temps (Goergen, 2001 ; Terreau, 2007), une surcharge de travail (Kennedy, 2005b ; Terreau, 2007), un manque de personnel (Terreau, 2007), l'existence de conflits au sein de l'équipe de travail (Terreau, 2007), le manque de communication et l'absence de reconnaissance des travailleurs de la part de l'administration et de la direction (Cocco, et al., 2003 ; Goergen, 2001 ; Terreau, 2007), le fait que certains patients atteints de démence fassent preuve d'agressivité envers le personnel (Kennedy, 2005b ; McDonald, et al., 2008 ; Terreau, 2007) et, enfin, l'absence

d'une formation à la fois adéquate et adaptée à la réalité des travailleurs (Cocco, et al., 2003 ; Kennedy, 2005b ; McDonald, et al., 2008). Les interventions guidées par les principes de la théorie du stress de l'aidant tentent de réduire les sources de stress et, de cette manière, d'améliorer les conditions de travail du personnel soignant.

Le saviez-vous ?

Même de nos jours, il subsiste encore de nombreux points d'interrogation qui n'ont pas été éclaircis par les théories qui cherchent à expliquer la maltraitance envers les personnes âgées. Bien qu'une théorie puisse être tout à fait pertinente pour expliquer une situation donnée, elle ne s'applique pas nécessairement à une autre situation. Par exemple, la théorie du stress de l'aidant ne permet pas d'expliquer pour quelles raisons, dans une même institution de soins, face aux mêmes conditions de travail stressantes, certains travailleurs vont développer des comportements violents envers les personnes âgées dont ils s'occupent alors que d'autres travailleurs ne le feront pas (Santé Canada, 2000). En fait, cette théorie peut servir à illustrer la complexité et les difficultés reliées aux conditions de travail qui prévalent actuellement dans de nombreux milieux d'hébergement (Beaulieu, 2007).

5.19 Thème: Aspects culturels

La perception qu'a un individu de la maltraitance est influencée par sa culture (vrai).

Réponse

La dénonciation d'un cas de mauvais traitements envers une personne âgée nécessite tout d'abord que la personne maltraitée elle-même, quelqu'un de son entourage ou de sa famille ou un intervenant professionnel reconnaisse qu'il existe vraiment une situation de maltraitance. Cependant, on observe que certaines situations de mauvais traitements ne soient pas perçues comme telles. De même, on constate que les perceptions que l'on peut entretenir concernant les mauvais traitements envers les personnes âgées varient en fonction notamment de l'âge, du sexe, de la culture, des facteurs socioéconomiques et des facteurs socioenvironnementaux (Kosberg, Lowenstein, Garcia, & Biggs, 2003 ; Lowenthal, 2007 ; Moon, 2000 ; Mouton, et al., 2005 ; Patterson, & Malley-Morrison, 2006).

Explications

Selon Moon (2000), qui s'intéresse à la question de la maltraitance des personnes âgées dans divers groupes culturels vivant aux États-Unis, des personnes âgées provenant de huit groupes culturels différents considéraient que la violence psychologique était aussi grave que la maltraitance physique, à l'exception du groupe de personnes âgées hispaniques vivant au Nouveau-Mexique. De leur côté, le groupe de personnes âgées qui demeurent aux États-Unis mais qui sont d'origine européenne et le groupe de personnes âgées habitant Porto Rico voient la négligence comme la pire chose qu'un membre de la famille puisse faire à une personne

âgée, tandis que, pour le groupe de personnes âgées qui demeurent aux États-Unis mais qui sont originaires du Japon et le groupe de personnes âgées qui résident aux États-Unis mais qui proviennent d'Afrique, la maltraitance psychologique constitue la pire des formes de mauvais traitements envers les personnes âgées.

Toujours selon Moon (2000), aux États-Unis, les femmes âgées immigrées qui viennent de la Corée se montrent plus sensibles à certaines formes de maltraitance que les femmes âgées blanches ou les femmes âgées noires. Les personnes âgées d'origine coréenne semblent moins susceptibles d'aller chercher de l'aide si elles sont victimes de mauvais traitements. Parmi les personnes âgées hispaniques vivant au Nouveau-Mexique, on constate une grande tolérance face à l'utilisation des contentions physiques ou des contentions chimiques. Cette situation s'explique en partie par le fait que la grande majorité de ces personnes habitent dans des régions rurales et, par conséquent, demeurent très loin des services sociaux qui pourraient leur suggérer d'utiliser d'autres mesures qu'une mise sous contention pour assurer la sécurité des personnes âgées dont elles ont soin. Par ailleurs, les personnes âgées qui sont originaires de Corée présentent plus de risques de se retrouver victimes de maltraitance économique ou financière que celles faisant partie de tous les autres groupes de personnes âgées. Dans la culture coréenne, les gens, quand ils vieillissent et atteignent un certain âge, ont coutume de donner de leur vivant leur argent et leur maison au plus vieux de leurs enfants. En somme, certaines normes culturelles font en sorte que certains groupes ethniques sont plus à risque d'être victimes d'une forme spécifique de maltraitance (Moon, 2000). Dans ces conditions, il conviendrait d'ajuster les mesures préventives en matière de maltraitance envers les personnes âgées aux particularités de chacun des divers groupes culturels (Moon, 2000).

Dans la même ligne de pensée, d'autres recherches menées aux États-Unis ont révélé que les Coréens accordent une importance beaucoup plus grande à l'harmonie familiale qu'à leur bien-être personnel. Du reste, il s'agit là d'un des critères sur lesquels ils s'appuient afin de déterminer si une situation suspecte constitue un cas de maltraitance ou non. De même, pour les Japonais, le bien-être individuel est subordonné aux besoins du groupe (Organisation mondiale de la santé, 2002).

Toutefois, même si certaines perceptions en rapport avec les mauvais traitements envers les personnes âgées sont particulières à certaines cultures, il n'en reste pas moins que l'élément culturel n'explique pas tout puisque, au sein d'un groupe de personnes partageant une même culture, on peut observer des différences qui se révèlent parfois très importantes d'un individu à l'autre. Surtout, il faut se garder de croire que les communautés ethniques constituent des groupes homogènes.

For example, Hispanic and Asian populations in the U.S., Sephardic Jews in Israel, or those of Indian backgrounds in the UK are more dissimilar than they are alike. Consider the heterogeneity among such Hispanic populations as rural Mexicans in Texas, upper class Cuban Americans in Miami, and middle class Puerto Ricans in New York City. In Israel, Moroccan Jews who came to Israel 20 years ago share little with Ethiopian Jews who have recently arrived. Consider what is common between British-born Asians and those who have experienced multiple homelands, Silheti Bangladeshis in the most deprived part of East London and Sikhs or Punjabi Hindus in the middle-class suburbs of Bradford. The point could be made that African Americans from the upper class in Atlanta, the middle class in Los Angeles, and the lower class in rural Mississippi share little in common. In Israel, upper class Christian Arabs living in Nazareth are quite unlike the rural Moslem group living in Daburia. However different these cultural groupings may be, they are often - whether insensitively or naively - put together under a common ethnic or racial heading within a large study (Kosberg, et al., 2003: 73).

Mais, s'il est important d'étudier la question de la maltraitance à l'endroit des personnes âgées au sein des différents groupes culturels, il apparaît tout aussi pertinent de chercher à

comprendre comment d'autres facteurs sociaux jouent un rôle dans cette problématique (Kosberg, et al., 2003 ; Patterson, & Malley-Morrison, 2006). Ainsi, selon certains auteurs, il arrive parfois que le degré d'acculturation d'une personne représente un meilleur facteur d'explication des variations observées dans les perceptions des mauvais traitements que l'origine culturelle ou ethnique de cette même personne (Lowenthal, 2007 ; Moon, 2000 ; Nerenberg, 2006). Pour les personnes âgées, ramener toute explication de la maltraitance à une question de culture peut s'avérer tout aussi préjudiciable que le fait de ne pas tenir compte de l'élément culturel (Moon, 2000 ; Patterson & Malley-Morrison, 2006). En fait, la culture constitue un des principaux déterminants qui influencent les perceptions que les gens ont des mauvais traitements envers les personnes âgées, mais il ne faut pas oublier que plusieurs autres facteurs peuvent jouer un rôle déterminant dans cette problématique, entre autres l'âge, le sexe, le lieu d'habitat, le statut socioéconomique, les caractéristiques familiales, la religion et le degré d'acculturation (Kosberg, et al., 2003).

Le saviez-vous ?

Il existe des formes de maltraitance qui sont particulières à certaines cultures ou à certains pays. Par exemple, en Tanzanie, environ 500 femmes âgées sont tuées chaque année parce qu'on croit qu'elles se livrent à des pratiques de sorcellerie. Dans ce pays, un grand nombre de femmes âgées doivent s'enfuir de leur maison par crainte de se voir elles aussi accusées de sorcellerie. Les guérisseurs traditionnels et les femmes devenues veuves sont souvent la proie de telles accusations. En fait, ce problème revêt une importance tellement grande en Tanzanie qu'en 1999, le gouvernement tanzanien, à l'occasion de la journée internationale de la femme, a décidé de faire de la sorcellerie le thème principal de cette journée (Organisation mondiale de la santé, 2002).

5.20 Thème: Formation

Les programmes de formation de professionnels en santé et services sociaux les préparent à intervenir efficacement lors de situations de maltraitance (faux)

Réponse

La recension des écrits met en évidence un manque de formation sur la problématique des mauvais traitements envers les personnes âgées chez différentes catégories de travailleurs, professionnels (médecins, infirmières, travailleurs sociaux) ou non professionnels (préposés aux bénéficiaires, auxiliaires familiales), qui oeuvrent auprès de la clientèle âgée (Daly, & Coffey, 2010 ; Heath, et al., 2002 ; Kennedy, 2005a ; Loue, 2001 ; Mandiracioglu, et al, 2006 ; McCool, & al, 2009 ; Perel-Levin, 2008 ; Richardson, et al., 2002 ; Rinker, 2007 ; Yaffe, et al., 2009).

Explications

Loue (2001), à l'aide d'une recension d'écrits, mentionne une recherche faisant état d'un sondage qui a été mené auprès de 1 521 cliniciens appartenant à différentes professions, et qui indiquait que les trois quarts de ces cliniciens n'avaient suivi aucune formation portant sur les mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées. Loue (2001) cite une autre recherche qui a été réalisée aux États-Unis et au Canada dans 143 institutions universitaires qui offrent un programme de médecine. Selon cette étude, 53% des universités enquêtées n'affichent aucun cours traitant de la maltraitance envers les personnes âgées, mais 42% de ces universités offrent un cours dont une partie de la matière porte sur cette problématique et 5% d'entre elles

proposent un cours à option sur ce sujet. Dans le même ordre d'idées, selon une recherche effectuée par Kennedy (2005a), pas moins de 98% des médecins interrogés affirment qu'il faudrait plus de connaissances sur les mauvais traitements envers les personnes âgées à la disposition des médecins lors de leur formation, et 96% de ces mêmes médecins sont d'accord pour dire que le traitement et le suivi des personnes âgées maltraitées devraient aussi être des sujets qui font partie de leur formation. À cet égard, le programme de formation des infirmières et des infirmiers ne fait pas meilleure figure. En effet, 67% des étudiants qui étaient inscrits dans le programme de sciences infirmières disaient avoir eu deux heures ou moins de formation sur la maltraitance envers les personnes âgées. De plus, pour 9% de ces étudiants, la matière était couverte par une documentation écrite seulement (Loue, 2001).

La revue de la littérature met en évidence le besoin pressant de développer des programmes de formation initiale et de formation continue qui prennent en considération la problématique des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2010b). Pour les intervenants professionnels, le développement des compétences qui sont nécessaires pour intervenir dans les dossiers de maltraitance envers les personnes âgées requiert beaucoup plus que la simple lecture de documents portant uniquement sur la définition et les facteurs de risque des différentes formes de maltraitance (Loue, 2001 ; Perel-Levin, 2008), même si ce premier pas permet quand même d'augmenter les performances en matière de dépistage des mauvais traitements (Daly, & Coffey, 2010). La formation dispensée aux professionnels de la santé et des services sociaux devrait permettre à ces derniers d'être en mesure d'identifier les cas de maltraitance envers les personnes âgées qu'ils rencontrent dans leur pratique en se servant de grilles de dépistage validées (Rinker, 2007 ; Yaffe, et al., 2007), les amener à corriger les fausses conceptions qu'ils entretiennent en vue de renforcer leur confiance en leur propre jugement clinique (Daly, & Coffey, 2010 ; McCool, & al., 2009 ; Perel-Levin, 2008 ;

Yaffe, et al., 2009), les habiliter à procéder à des réflexions de nature éthique et les aider à se familiariser avec les aspects juridiques et légaux qui peuvent être soulevés dans certaines situations de maltraitance envers les personnes âgées (Beaulieu & Leclerc, 2006 ; Beaulieu & Giasson, 2005 ; Mandiracioglu, et al., 2006 ; Rinker, 2007).

Professional training has the potential of increasing the knowledge, levels of comfort and identification among practitioners; however, without situating abuse within the broader sociocultural context and without structural changes that allow for continuing education, supervision and support, little change will occur (Perel-Levin, 2008: 25).

La meilleure formation possible en matière de mauvais traitements envers les personnes âgées passe par l'interdisciplinarité. En fait, l'approche interdisciplinaire facilite la collaboration entre les divers intervenants professionnels concernés et, dans ces conditions, l'intervention donne de meilleurs résultats (Perel-Levin, 2008 ; Yaffe, et al., 2009).

Curricula for professions that address elder abuse should therefore not only emphasize knowledge acquisition, but also examination of attitudes, beliefs, and biases that might be personally or professionally motivated. This may contribute to better ability to work and problem-solve together and the potential for better outcomes in elder abuse detection (Yaffe, et al., 2009: 652).

Enfin, les formations sur la maltraitance envers les personnes âgées auraient grand avantage à être dynamiques et offertes sous forme de séminaires, et ce, pour deux raisons. En premier lieu, les séminaires favorisent grandement les échanges entre les participants. En second lieu, la formule du séminaire ne se limite pas à une acquisition des connaissances par la simple lecture de documents. Par ailleurs, le contenu de ces formations devrait pouvoir être ajusté pour tenir compte des acquis des participants afin d'optimiser le potentiel d'apprentissage de ces derniers (Richardson, et al., 2002).

Le saviez-vous ?

Selon une recherche réalisée par Kennedy (2005a), 80% des médecins résidents composant l'échantillon de participants affirment ne pas avoir suivi de formation pour diagnostiquer les cas de maltraitance envers les personnes âgées qu'ils peuvent rencontrer dans leur pratique professionnelle, alors qu'une portion importante de ces mêmes médecins a déjà eu l'occasion de suivre une formation sur la violence conjugale (79%) et une formation sur la violence à l'endroit des enfants (94%). Toutefois, et c'est justement là où le bât blesse, seulement 9% de ces médecins résidents prévoient recevoir une formation sur les mauvais traitements envers les personnes âgées avant la fin de leur stage de résidence, tandis qu'une partie importante d'entre eux s'attend à suivre une formation sur la violence conjugale (44%) et sur la violence à l'endroit des enfants (72%) avant d'avoir complété leur stage (Kennedy, 2005a).

CONCLUSION

Cet essai présentait la démarche personnelle et scientifique ayant conduit au développement d'un instrument intitulé *Quiz sur la maltraitance envers les personnes âgées*. Le but visé par la construction de cet outil consistait à faire le point sur les connaissances actuelles en matière de mauvais traitements envers les personnes âgées en employant une approche novatrice.

Si, habituellement, un essai permet de fermer la boucle sur une démarche de recherche, ce n'est pas le cas pour le mien et, par conséquent, pour le présent quiz. En effet, un certain nombre de projets sont à l'agenda pour le quiz dans un avenir rapproché. La collaboration des derniers mois avec ma directrice d'essai lors de l'élaboration du quiz a amené cette dernière à soumettre deux demandes de subvention à deux organismes afin de développer davantage le quiz. De plus, moi en tant qu'agente de recherche de Marie Beaulieu et Marie Beaulieu avons prévu de développer un autre quiz. Pour ces deux quiz, plusieurs étapes de validation auprès de différents groupes au Canada ont été prévues. Comme madame Beaulieu est professeure au département de service social à l'Université de Sherbrooke, ses étudiants et les participants à ses formations seront sollicités pour participer au processus de validation des deux quiz sur la maltraitance. Madame Beaulieu est amenée à donner plusieurs formations avec l'outil *En Mains*, qui porte sur les interventions psychosociales dans les situations de mauvais traitements envers les personnes âgées. Pour compléter la démarche de validation des quiz, un comité d'experts (chercheurs internationaux et nationaux reconnus) bilingue, sera aussi mis sur pied. Quand les étapes de la validation seront terminées, une traduction et une validation en anglais des quiz et des manuels est prévue.

Nous avons déjà initié un transfert de connaissance à un public d'aînés et à un autre de chercheurs. En fait, une version préliminaire de notre quiz fut présentée lors d'un colloque régional organisé par l'AEIFA en mai dernier. Soixante-dix personnes y ont assisté. De plus, nous avons soumis une proposition de communication, qui a été acceptée, pour la 39^{ième} rencontre scientifique et éducative de l'Association canadienne de gérontologie qui aura lieu en décembre 2010 à Montréal. Nous envisageons la possibilité d'écrire un article scientifique ou de vulgarisation professionnelle à partir de notre démarche.

L'utilisation du quiz peut amener plusieurs retombées intéressantes pour le service social gérontologique, tant du point de vue de la formation que du point de vue de la pratique. Le quiz que nous avons conçu constitue pour ainsi dire un manuel de référence pour le travailleur social qui est amené à intervenir auprès de personnes âgées dans sa pratique. Les différentes thématiques abordées dans le quiz constituent des éléments de base qui doivent être connus et compris par les travailleurs sociaux pour que ceux-ci soient en mesure d'intervenir de manière efficace quand ils rencontreront une situation de maltraitance envers une personne âgée dans le cadre de leur travail :

The responsibility is on the social worker to be knowledgeable of the client's history and interests as well the professional Code of ethics, and adult protection laws in their jurisdiction. Social work practitioners have the responsibility of being aware of the possibility of elder abuse or neglect, devising a plan for treatment, and reporting as needed to appropriate agencies. When assessing cases of elder abuse it is important to assess the client's level of risk, presenting problems, what goals might have greatest priority and the impact of social work intervention on the client. Intervention plans should be devised with consideration for the ways in which the worker's preconceptions and personal values may impact their clinical judgement. Each case of suspected elder abuse and/or neglect presents unique challenges to professionals and it is the duty of the worker to understand their roles and responsibility to the client. (Donovan, & Regehr, 2010: 180)

Le *Quiz sur la maltraitance envers les personnes âgées* peut favoriser le développement des connaissances et des compétences qui sont nécessaires pour intervenir adéquatement dans les dossiers de mauvais traitements envers les personnes âgées. Le but principal poursuivi par le quiz consistait à amasser une documentation riche qui pourrait être mise à contribution à des fins de formation. Si un intervenant peut parfaitement trouver son compte en parcourant le manuel d'accompagnement du quiz, imaginez les retombées possibles lors de son utilisation dans des formations s'adressant à des groupes de personnes. Pour l'intervenant, la formation, en plus de favoriser le développement des connaissances, constitue un terrain favorable à la discussion sur les pratiques, à la réflexion sur ses préconceptions des mauvais traitements envers les personnes âgées et sur les enjeux éthiques entourant l'intervention psychosociale.

On croit que l'éducation et la sensibilisation du public sont des éléments critiques dans n'importe quelle approche globale de la violence et de la négligence à l'égard des aînés. L'éducation ne concerne pas seulement l'acquisition de nouveaux renseignements : elle a trait à la modification des attitudes, des comportements et des valeurs. Pour cette raison, l'éducation constitue une stratégie de prévention fondamentale. (Santé Canada, 2000: 63).

Ainsi, une formation qui viendrait s'appuyer sur le quiz développé dans le cadre de cet essai et qui serait dispensée à des travailleurs sociaux équivaldrait sans aucun doute à une approche préventive auprès de ces derniers. De plus, une formation s'adressant à d'autres catégories de professionnels ou de groupes de personnes âgées pourrait également être envisagée avec le quiz, moyennant l'apport de certaines adaptations à son contenu.

S'il est clair pour moi que l'expérience vécue lors de l'élaboration du *Quiz sur la maltraitance envers les personnes âgées* teintera mon identité professionnelle pour de nombreuses années et me sera très utile dans ma pratique future. Les nombreuses recherches que j'ai effectuées sur les mauvais traitements envers les personnes âgées depuis plusieurs mois m'ont permis de

développer de nombreuses connaissances en lien avec cette problématique, connaissances qui seront certainement mises à profit dans ma pratique professionnelle auprès des personnes âgées. J'ai aussi acquis des compétences en recherche documentaire, en analyse documentaire et dans le développement d'outil de formation. Finalement, la nature même la démarche nécessaire à la création de ce quiz m'a permis de développer des compétences pour le travail en équipe. En somme, cette excitante aventure que fut la conception de ce quiz représente pour moi une belle conclusion de ma scolarité de maîtrise en service social et une ouverture très stimulante vers le début de ma pratique professionnelle à titre de travailleuse sociale.

RÉFÉRENCES

AEIFA (sans date). Site internet de l'Association estrienne pour l'information et la formation contre les abus faits aux aînés. En ligne. Page consultée le 10 décembre 2009).

<http://www.aeifa.org/accueil.htm>

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

Astrom, S., Karlsson, S., Sandvide, A., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A., et al. (2004). Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 410-416.

Baker, M. W. & Heitkemper, M. M. (2005). The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing Outlook*, 53(5), 253-259.

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

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

Beaulieu, M. (2010). *Les pratiques visant à contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (14 pages). Inédit.

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

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

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

Beaulieu, & Lévesque (2010). *Prévalence de la maltraitance*. (4 pages). Inédit.

Bergeron, L. R. (2006). Self-determination and elder abuse: Do we know enough? Dans M. J. Mellor, & P. Brownell (Éds), *Elder Abuse and Mistreatment: Policy, Practice, and Research* (pp. 81-102). New York: Haworth Press.

Bernard, C. (2005). Le droit des personnes âgées d'être protégées contre l'exploitation : nature et portée de l'article 48 de la Charte des droits et libertés de la personne. Communication présentée le 3 novembre 2005 au Colloque 2005 de la Chaire du notariat de l'Université de Montréal : L'exploitation des aînés : problématique et pistes de solutions. En ligne.

http://www.cdpedj.qc.ca/fr/publications/docs/exploitation_interpretation_article_48.pdf (Page consultée le 29 avril 2010).

Biggs, S., Manthorpe, J., Tinker, A., Doyle, M., & Erens, B. (2009). Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(1), 1-14.

Bolzman, C. (2009). Modèle de travail social en lien avec les populations migrantes: enjeux et défis pour les pratiques professionnelles. *Pensée plurielle*, 21(2), 41-51.

Bowers, B. J., Esmond, S., & Jacobson, N. (2000). The relationship between staffing and quality in long-term care facilities: Exploring the views of nurse aides. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(4), 55-64.

Brandl, B., Dyer, C. B., Heisler, C. J., Otto, J., Stiegel, L. A., & Thomas, R. (2007). *Elder abuse detection and intervention: A collaborative approach*. New York: Springer Publishing Company.

Brannon, D., Zinn, J. S., Mor, V., & Davis, J. (2002). An exploration of job, organizational, and environmental factors associated with high and low nursing assistant turnover. *Gerontologist*, 42(2), 159-168.

Braun, K. L., Suzuki, K. M., Cusick, C. E., & Howard, K. (1997). Developing and testing training materials on elder abuse and neglect for aides. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 9(1), 1-15.

Brunet, C. (2010). *Synthèse de pratique interdisciplinaire et interprofessionnelle en maltraitance des aînés* (5 pages). Inédit.

Buka, P., & Sookhoo, D. (2006). Current legal responses to elder abuse. *International Journal of Older People Nursing*, 1(4), 194-200.

Burgess, A. W., Dowdell, E. B., & Prentky, R. A. (2000). Sexual abuse of nursing home residents. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38(6), 10-18.

Carver, R. P. (1974). Two dimensions of tests: Psychometric and edumetric. *Journal of American Psychologist*, 29, 512-518.

Castle, N. G., & Engberg, J. (2005). Staff turnover and quality of care in nursing homes. *Medical Care*, 43(6), 616-626.

Charpentier, M. (2000). Hébergement et maltraitance : l'après-réforme. *Bien-Vieillir*, 6(2), 1.

Charpentier, M., & Soulières, M. (2007). Pouvoirs et fragilités du grand âge. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 128-143.

Cocco, E., Gatti, M., De Mendonca Lima, C. A., & Camus, V. (2003). A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 78-85.

Gouvernement du Québec (2010a). Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. En ligne.

<http://www.cdpcj.qc.ca/fr/accueil.asp?noeud1=0&noeud2=0&cle=0>

(Page consultée le 25 mai 2010).

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

Gravel, S., Beaulieu, M., & Lithwick, M. (1997). Quand vieillir ensemble fait mal : les mauvais traitements entre conjoints âgés. *Criminologie*, 30(2), 67-85.

Hafemeister, T. L. (2003). Financial abuse of the elderly in domestic setting. Dans R. J. Bonnie, & R. B. Wallace (Éds), *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in a Aging America* (pp. 382-445). Washington, DC: National Academies Press.

Heath, J. M., Dyer, C. B., Kerzner, L. J., Mosqueda, L., & Murphy, C. (2002). Four models of medical education about elder mistreatment. *Journal of Academic Medicine*, 77(11), 1101-1106.

Kane, R. L., & Kane, R. A. (2005). Ageism in healthcare and long-term care, *Generations*, 29(3), 49-54.

Kemp, G., & Liao, S. (2006). Elder financial abuse: Tips for the medical director. *Journal of the Medical Directors Association*, 7(9), 591-593.

Kemp, G., & Mosqueda, L. A. (2005). Elder financial abuse: An evaluation framework and supporting evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(7), 1123-1127.

Kennedy, R. D. (2005a). Elder abuse and neglect: The experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Family Medicine Journal*, 37 (7), 481-485.

Kennedy, B. R. (2005b). Stress and burnout of nursing staff working with geriatric clients in long-term care. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 381-382.

Kosberg, J. I. (1998). The abuse of elderly men. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 9(3), 69-88.

Kosberg, J. I., & Garcia, J. L. (2003). *Elder Abuse: International and Cross-Cultural Perspectives*. New York: Haworth Press.

Kosberg, J. I., Lowenstein, A., Garcia, J. L., & Biggs, S. (2003). Study of elder abuse within diverse cultures. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(3/4), 71-89.

Lachance, M.-L., & Beaulieu, M. (2010). *Définitions de la maltraitance*. (12 pages) Inédit.

Lachance, M.-L., & Beaulieu, M. (2010). *Les conséquences de la maltraitance. Document de travail* (8 pages). Inédit.

- Lachs, M., Bachman, R., Williams, C. S., & O'Leary, J. R. (2007). Resident-to-resident elder mistreatment and police contact in nursing homes: Findings from a population-based cohort. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 840-845.
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *Lancet*, 364 (9441), 1263-1272.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Hurst, L., Kossack, A., Siegal, A., et al. (1997). Emergency department use by older victims of family violence. *Annals of Emergency Medicine*, 30(4), 448-454.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 280(5), 428-432.
- Laumann, E. O., Leitsch, S. A., & Waite, L. J. (2008). Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a national representative study. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63B(4), S248-S254.
- Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D., & Meadows, S. E. (2007). Clinical practice in long-term care. Elder mistreatment in the nursing home: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 610-616.
- Loue, S. (2001). Elder abuse and neglect in medicine and law. *Journal of Legal Medicine*, 22, 159-209.
- Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T., & Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3), 253-277.
- Lowenthal, A. (2007). Elder abuse and diversity. An overview. *Journal of Elder Law Attorney*, 17(2), 23-27.
- Lundy, M., & Grossman, S. F. (2004). Elder abuse: Spouse/intimate partner abuse and family violence among elders. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 16(1), 85-100.
- Maas, M. L., Specht, J. P., Buckwalter, K. C., Gittler, J., & Bechen, K. (2008). Nursing home staffing and training recommendations for promoting older adults' quality of care and life. *Research in Gerontological Nursing*, 1(2), 123-133.
- MacLean, M. J. (Éd) (1995). *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Maddox, G.L. (1998). Foreword. Dans Palmore, E. B. (1998). *The Facts on Aging Quiz*. (viii-ix). New York: Springer Publishing Company.
- Mandiracioglu, A., Govsa, F., Celikli, S., & Yildirim, G. O. (2005). Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. *Journal of Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43, 267-276.

- McCool, J., Jogerst, G. J., Daly, J., & Xu, Y. (2009). Multidisciplinary reports of nursing home mistreatment. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(3), 174-180.
- McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison J., Hirst, S., Lowenstein, A., Podnieks, E. & Wahl, J. (2008). Institutional abuse of older adults: What we know, what we need to know, Strategic Policy Research Directorate, Strategic Analysis, Audit and Evaluation Branch.
- Menio, D., & Keller, B. H. (2000). CARIE: A multi-faceted approach to abuse prevention in nursing homes. *Generations*, 24(2), 28-32.
- Ministère de la Famille et des Aînés (2008). *Rapport sur la consultation des conditions de vie des aînés*. Gouvernement du Québec. En ligne. http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/rapport_consultation_aines.pdf (Page consultée le 5 décembre 2009).
- Montminy, L. (2000). Les mauvais traitements entre conjoints âgés : état des connaissances. *Le Gérontophile*, 22(4), 15-20. En ligne. <http://repere3.sdm.qc.ca/cgi-bin/reptexte.cgi?A161079> (Page consultée le 15 juin 2010).
- Montminy, L. (2005). Older women's experiences of psychological violence in their marital relationships. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(2), 3-22.
- Montminy, L., & Drouin, C. (2004). L'intervention en maison d'hébergement auprès des aînées victimes de violence conjugale. *Intervention*, 121, 90-99.
- Moon, A. (2000). Perceptions of elder abuse among various cultural groups: Similarities and Differences. *Generations*, 24(2), 75-80.
- Mosqueda, L., Heath, J., & Burnight, K. (2001). Recognizing physical abuse and neglect in the skilled nursing facility: The physician's responsibilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2(4), 183-186.
- Mouton, C. P., Larme, A. C., Alford, C. L., Talamantes, M. A., McCorkle, R. J., & Burge, S. K. (2005). Multiethnic perspectives on elder mistreatment. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17(2), 21-44.
- Mouton, C. P., Talamantes, M. A., Parker, R. W., Espino, D. V., & Miles, T. P. (2002). Abuse and neglect in older men. *Clinical Gerontologist*, 24(3), 15-26.
- Nahmiash, D., & Reis, M. (2000). Most successful interventions strategies for abused older adults. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12(3/4), 53-70.
- National Center on Elder Abuse (2006). *Abuse of Adults aged 60+: 2004 Survey of Adult Protective Services. Fact Sheet from the National Center on Elder Abuse*. Washington, DC: National Center of Elder Abuse.
- Nerenberg, L. (2006). Communities respond to elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 46(3), 5-33.

O'Brien, J. G. (2010). A physician's perspective: Elder abuse and neglect over 25 years. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 22(1), 94-104.

Organisation mondiale de la santé (2002). *Rapport sur la violence et la santé*. En ligne. http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf (Page consultée le 25 mai 2010).

Organisation mondiale de la Santé (2002). *Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation, dans le cadre de la deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement de Madrid*. En ligne. http://whqlibdoc.who.int/HQ/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf (Page consultée le 5 décembre 2009).

Osgood, N. J., & Manetta, A. A. (2000-2001). Abuse and suicidal issues in older women. *Omega, the Journal of Death and Dying*, 42(1), 71-81.

Osgood, N. J., & Manetta, A. A. (2002). Physical and sexual abuse, battering, and substance abuse: Three clinical cases of older women. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(3), 99-112.

Palmore, E. B. (2009). Reducing ageism. *Journal of Aging, Humanities, and the Arts*, 3(2), 144-146.

Palmore, E. B. (2005). Three decades of research on ageism. Ageism in the New Millennium. *Generations*, 29(3), 87-90.

Palmore, E. B. (1998). *The Facts on Aging Quiz*. New York: Springer Publishing Company.

Paris, M. (2009a). Les enjeux internationaux sur la vieillesse et le vieillissement. Présentation PowerPoint, dans le cadre du cours GER 712-Approches sociologiques du vieillissement. Sherbrooke : Université de Sherbrooke (39 diapositives).

Paris, M. (2009b). L'âgisme. Présentation PowerPoint dans le cadre du cours GER 712-Approches sociologiques du vieillissement. Sherbrooke: Université de Sherbrooke (13 diapositives).

Parsons, S. K., Simmons, W. P., Penn, K., & Furlough, M. (2003). Determinants of satisfaction and turnover among nursing assistants: The results of a statewide survey. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(3), 51-58.

Patterson, M., & Malley-Morrison, K. (2006). A cognitive-ecological approach to elder abuse in five cultures: Human rights and education. *Educational Gerontology*, 32, 73-82.

Pearson, J. L., & Conwell, Y. (1995). Suicide in late life: Challenge and opportunities for research. *International Psychogeriatrics*, 7(2), 131-136.

Perel-Levin, S. (2008). Discussing screening for elder abuse at primary health care level. World Health Organization.

- Phelan, E. A., Genshaft, S., Williams, B., LoGerfo, J. P., & Wagner, E. H. (2008). A comparison of how generalist and fellowship-trained geriatricians provide geriatric care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(10), 1807-1811.
- Pillemer, K., & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist*, 28(1), 51-57.
- Pillemer, K., & Hudson, B. (1993). A model abuse prevention program for nursing assistants. *Gerontologist*, 33(1), 128-131.
- Podnieks, E., & Baillie, E. (1995). La formation et l'éducation comme moyens de prévenir les mauvais traitements et la négligence à l'endroit des personnes âgées. Dans M. J. MacLean (Éd.), *Mauvais traitements auprès des personnes âgées* (pp. 113-130). Montréal: Éditions Saint-Martin.
- Podnieks, E., Pillemer, K., Nicholson, J. P., Shillington, T., & Frizzel, A. (1990). *National Survey on Abuse of the Elderly in Canada. The Ryerson Study*. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute.
- Post, L., Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, Y., & Biroscak, B. J. (2010). Elder abuse in long-term care: Types, patterns, and risk factors. *Research on Aging*, 32(3), 323-348.
- Pottie Bunge, V. (2000). *Mauvais traitements infligés aux adultes plus âgés par les membres de la famille. La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Ottawa : Statistique Canada. En ligne.
<http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/af-fdr.cgi?l=fra&loc=http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2000000-fra.pdf&t=La%20violence%20familiale%20au%20Canada%20:%20un%20profil%20statistique> (Page consultée le 30 janvier 2010).
- Quinn, M. J. (2000). Undoing undue influence. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12(2), 9-16.
- Raymond, É., Gagné, G., Sévigny, A., & Tourigny, A. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval. Québec: Université Laval.
- Reeves, K. A., Desmarais, S. L., Nicholls, T. L., & Douglas, K. S. (2007). Intimate partner abuse of older men: Considerations for the assessment of risk. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19(1/2), 7-27.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1995). When seniors are abused: An intervention model. *The Gerontologist*, 35(5), 666-671.
- Richardson, B., Kitchen, G., & Livingston, G. (2002). The effect of education on knowledge and management of elder abuse: A randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 31(5), 335-341.

- Rinker, A. J. (2007). Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. *Journal of Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 110-115.
- Robitaille, M.-J. (1985). Oh! Mère-grand, comme vous avez de grandes dents!? *Santé Mentale au Québec*, 10(2), 131-139.
- Salamone, A., Dougherty, D., & Evans, G. (2009). Addressing fragmentation through an elder abuse network. The New York City experience. *Journal of Care Management*, 10(2), 59-63.
- Santé Canada (2000). *Mauvais traitement et négligence à l'égard des aînés*. Document de travail. Centre national d'information sur la violence dans la famille. En ligne. http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/age-documentdetravail_f.pdf (Page consultée le 4 mars 2010).
- Selwood A., Cooper, C., & Livingston, G. (2007). What is elder abuse-Who decides? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(10), 1009-1012.
- Setterlund, D., Tilse, C., Wilson, J., McCawley, A.-L., & Rosenman, L. (2007). Understanding financial elder abuse in families: The potential of routine activities theory. *Ageing and Society*, 27(4), 599-614.
- Shinan-Altman, S., & Cohen, M. (2009). Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: The effect of work stressors and burnout. *Gerontologist*, 49(5), 674-684.
- Statistique Canada (2010). *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires 2009 à 2036*. (En ligne) <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2010001-fra.pdf>, (Page consultée le 22 juin 2010).
- Straka, S. M., & Montminy, L. (2006). Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. *Violence against Women*, 12(3), 251-267.
- Stuart-Hamilton, I., & Mahoney, B. (2003). The effect of aging awareness training on knowledge of, and attitudes towards, older adults. *Educational Gerontology*, 29(3), 251-260.
- Talbot, N. L., Duberstein, P. R., Cox, C., Denning, D., & Conwell, Y. (2004). Preliminary report on childhood sexual abuse, suicidal ideation, and suicide attempts among middle-aged and older depressed women. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(5), 536-538.
- Terreau, C. (2007). Épuisement professionnel et maltraitance des personnes âgées en institution. *Soins Gériatrie*, 65, 37-40.
- Tueth, M. J. (2000). Exposing financial exploitation of impaired elderly persons. *American Association for Geriatric Psychiatry*, 8(2), 104-111.
- Vida, S., Monks, R. C., & Des Rosiers, P. (2002). Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(5), 459-467.
- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, 49(5), 328-334.

Walsh, C. A., Ploeg, J., Lohfeld, L., Horne, J., MacMillan, H., & Lai, D. (2007). Violence across the lifespan: Interconnections among forms of abuse as described by marginalized Canadian elders and their care-givers. *British Journal of Social Work*, 37, 491-514.

Wolf, R. (2003). Elder abuse and neglect: History and concepts. Dans R. J. Bonnie & R. B. Wallace (Éds), *Elder Mistreatment. Abuse, Neglect, and Exploitation in a Aging America* (pp. 238-248). Washington, DC: National Academies Press.

Wolf, R. S. (2000). *The older battered women*. En ligne.
<http://www.musc.edu/vawprevention/research/olderbattered.shtml> (Page consultée le 15 juin 2010).

Wolf, R. S., & Pillemer, K. (1994). What's new in elder abuse programming? Four bright ideas. *Gerontologist*, 34(1), 126-129.

Yaffe, M. J., Weiss, D., Wolfson, C., & Lithwick, M. (2007). Detection and prevalence of abuse of older males: Perspectives from family practice. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19(1/2), 47-60.

Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The elder abuse suspicion index (EASI). *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3), 276-300.

Yaffe, M., Wolfson, C. & Lithwick, M. (2009). Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: Implications for training and interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 646-654.

Yon, Y. (2010). *A comparison of intimate partner violence in mid-and-old age: Is elder abuse simply a case of spousal abuse grown old?* Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts, Department of Gerontology, Simon Fraser University. Vancouver: Simon Fraser University.

Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behaviour? *Child Abuse and Neglect*, 28(8), 863-875.

ANNEXE I

Quiz sur la maltraitance envers les personnes âgées

	Vrai	Faux
1. Il n'existe qu'une seule définition de la maltraitance.	☐	☐
2. Une personne âgée sur cinq, vivant à domicile, est maltraitée.	☐	☐
3. La maltraitance physique est la principale forme de maltraitance chez les personnes âgées.	☐	☐
4. L'organisation des soins en milieu d'hébergement (telles que l'heure des levers et des couchers) peut être considérée comme une forme de maltraitance.	☐	☐
5. Les personnes âgées en milieu d'hébergement sont plus vulnérables, à la maltraitance, que celles vivant à domicile.	☐	☐
6. Pour qu'une personne soit maltraitée, elle doit non seulement présenter certains facteurs personnels de vulnérabilité, mais aussi être dans un contexte qui l'expose à des risques.	☐	☐
7. Les femmes sont généralement plus à risque d'être maltraitées que les hommes.	☐	☐
8. Lorsqu'il y a de la violence au sein d'un couple âgé, c'est toujours qu'elle existe depuis plusieurs années.	☐	☐
9. La maltraitance subie par les personnes âgées peut les mener au suicide.	☐	☐
10. La plupart des professionnels de la santé et des services sociaux dénoncent les actes de maltraitance dont ils sont témoins.	☐	☐
11. Le désir de s'enrichir est la seule explication possible aux situations de maltraitance financière.	☐	☐
12. Au Québec, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont obligés de signaler, à la Commission des droits de la personne, les cas de maltraitance depuis 1976.	☐	☐
13. La capacité de résoudre les conflits interpersonnels constitue un moyen pour prévenir la maltraitance en milieu d'hébergement.	☐	☐
14. Les médecins pratiquent le dépistage systématique de la maltraitance avec	☐	☐

leurs patients âgés.		
15. Le type d'intervention auprès d'une personne âgée maltraitée varie en fonction de sa capacité à décider pour elle-même.	☐	☐
16. L'organisation des services (dans les hôpitaux, milieux d'hébergement, etc.) influence la qualité des interventions en maltraitance.	☐	☐
17. Les associations de personnes âgées sont des acteurs importants dans la lutte contre la maltraitance des personnes âgées.	☐	☐
18. La charge de travail d'un intervenant en milieu d'hébergement peut engendrer des situations de maltraitance.	☐	☐
19. La perception qu'a un individu de la maltraitance est influencée par sa culture.	☐	☐
20. Les programmes de formation de professionnels en santé et en services sociaux les préparent à intervenir efficacement lors de situations de maltraitance.	☐	☐