

LA MALTRAITANCE COMMISE PAR DES PROCHES ENVERS LES AÎNÉS HÉBERGÉS : ÉMERGENCE D'UNE PROBLÉMATIQUE PEU DOCUMENTÉE



CAROLINE PELLETIER, M.A.
SERVICE SOCIAL
ÉTUDIANTE AU PROGRAMME DE
DOCTORAT EN GÉRONTOLOGIE
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
TRAVAILLEUSE SOCIALE AU
MAINTIEN À DOMICILE
CSSS-IUGS



MARIE BEAULIEU, PH. D.
TITULAIRE DE LA CHAIRE
DE RECHERCHE SUR LA
MALTRAITANCE ENVERS
LES PERSONNES AÎNÉES
PROFESSEURE TITULAIRE
ÉCOLE DE TRAVAIL SOCIAL
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
CHERCHEUSE
CENTRE DE RECHERCHE SUR LE
VIEILLISSEMENT DU CSSS-IUGS

1. INTRODUCTION

Le vieillissement démographique et le renversement de la pyramide des âges suscitent des questionnements sur les problèmes vécus par les personnes âgées. Ces questionnements ont pour but de s'assurer que les aînés actuels et futurs puissent garder leur place dans la société, tout en ayant les soins et les services requis au maintien ou à l'amélioration de leur état de santé. Depuis 2010, soit depuis le déploiement du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées (gouvernement du Québec, 2010), la maltraitance envers les personnes âgées est un sujet d'actualité grandissant. Ce regain d'attention va de pair avec le déploiement de connaissances, de mesures préventives et d'outils d'intervention qu'a entraîné le Plan :

« [...] la mise en place de plusieurs mesures pour contrer la maltraitance : Comité interministériel de suivi du plan d'action national, campagnes nationales de sensibilisation, Ligne Aide Abus Aînés, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées, équipe d'intervention spécialisée en matière d'exploitation auprès des personnes aînées de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse et réseau de coordonnateurs régionaux pour contrer la maltraitance (gouvernement du Québec, 2013, p. XVII). »

Enfin, il y a quelques semaines à peine, le gouvernement du Québec (2013) a publié un *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. Tous ces travaux permettent à la population et aux professionnels œuvrant auprès de la clientèle âgée d'être mieux informés et plus alertes devant des situations de maltraitance.

Le présent article s'intéresse plus particulièrement aux personnes aînées vivant dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces milieux de vie sont « destinés

principalement aux personnes âgées atteintes de maladies chroniques ayant entraîné des incapacités » (Champoux et Lebel, 2007), ce qui signifie qu'ils accueillent les aînés ayant de grands besoins, soit des personnes vulnérables à cause de leurs limitations physiques ou cognitives. Cette grande perte d'autonomie a des impacts sur les besoins importants du résident en matière de soins infirmiers, de services médicaux ainsi que de services de différents professionnels (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux – AQESSS –, 2013). Le CHSLD représente alors un milieu de vie où la personne âgée, sa famille et la société s'attendent à ce qu'elle reçoive tous les services nécessaires à sa condition, à ce que les soins soient de qualité et qu'elle vive dans un milieu sécuritaire à l'abri de situation de violence ou de négligence.

Pour faire le point sur l'état des connaissances de la maltraitance en milieu d'hébergement, nous mettrons en lumière une problématique moins connue, soit celle de la maltraitance commise par des proches. Pour débiter, nous présenterons le rôle et les objectifs d'un milieu de vie, comme un CHSLD. Puis, nous traiterons de la maltraitance vécue en hébergement en nous intéressant plus particulièrement à celle commise par les proches.

2. RÔLES ET OBJECTIFS D'UN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)

Peu importe le pays, la mission des CHSLD reste sensiblement la même. Voici celle présentée dans la Loi sur les services de santé et services sociaux, à l'article 83 (citée dans gouvernement du Québec, 2003) :

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en

raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

Évaluation des besoins :

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations.

Cette définition pose les attentes quant à un CHSLD qui accueille des gens en perte d'autonomie telle qu'elle ne peut plus être compensée quotidiennement par eux-mêmes, par la famille, par les ressources privées ou par les services du soutien à domicile offerts par le CSSS. De plus, certaines de ces personnes âgées ont besoin d'une surveillance médicale plus intense. L'IAQESSS (2013) explique qu'aujourd'hui, les soins prodigués aux personnes âgées en CHSLD

ne sont plus des soins de base, mais se caractérisent dorénavant par leur complexité et leur spécialisation.

Le tableau au bas de cette page, tiré du *Précis de gériatrie*, énumère les différents objectifs de l'hébergement (Champoux et Lebel, 2007). En France, les centres d'hébergement se voient plutôt confier des missions comme celles présentées dans le second tableau (Annessi, 2010).

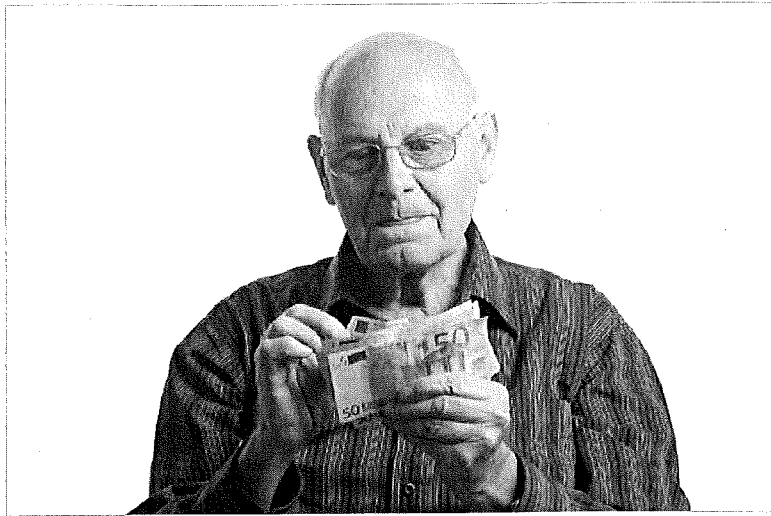
Le document *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* (gouvernement du Québec, 2003), expose sept principes directeurs aux orientations ministérielles, qui pour la majorité se retrouvent dans les missions ou les objectifs présentés dans le tableau 71.3. De plus, il mentionne une préoccupation constante de la qualité de vie des résidents qui passe nécessairement par la qualité des pratiques en milieu d'hébergement. Ce point est majeur, car il s'agit de l'intervention directe auprès des personnes en perte d'autonomie et traite de compétences

OBJECTIFS DE L'HÉBERGEMENT

Offrir un environnement sécurisant et adapté aux personnes en perte d'autonomie
Maintenir le plus longtemps possible les capacités fonctionnelles
Préserver l'autonomie, et le cas échéant, intégrer les proches aidants dans le processus
Favoriser la qualité de vie, la perception du bien-être et le sentiment de satisfaction dans la vie
Assurer confort et dignité aux personnes en fin de vie et à leurs proches
Stabiliser et ralentir la progression des maladies chroniques
Prévenir l'apparition de situations médicales ou iatrogéniques, les diagnostiquer et les traiter rapidement lorsqu'elles surviennent

LES MISSIONS CONFIEES AUX CENTRES D'HÉBERGEMENT FRANÇAIS

D'assurer les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels
De prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes
D'élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie
D'assurer l'accompagnement des familles et des proches



Il est très difficile pour les institutions de contrer les tentatives de fraude de la part des proches.

professionnelles et de travail interdisciplinaire pour une évaluation globale de la personne.

3. LA MALTRAITANCE EN HÉBERGEMENT

3.1 Définition de la maltraitance

Les définitions de la maltraitance et de ses synonymes (abus, violence, mauvais traitement, négligence, « autonégligence ») font couler beaucoup d'encre. Plusieurs auteurs se rallient à celles présentées en 2002 par l'Organisation mondiale de la santé, adoptées entre autres dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (Ha, 2013; Beaulieu et Giasson, 2005; Moscato et Degryse-Ménard, 2011) ou encore à celle du Conseil de l'Europe en 1992 (Scodellaro, 2006;

Scolan et Makhlouf, 2012; Rivault, 2004; Blondet, 2008; Moscato et Degryse-Ménard, 2011; Grelet, 2005). Par contre,

Beaulieu (2007) trouve

des limites à la définition de l'OMS, limites qui peuvent aussi s'appliquer à celle du Conseil de l'Europe. C'est pour cette raison que la définition présentée par Alter Ego (2002, cité dans Bytyqi 2011) sera de mise. Cette définition de la maltraitance, malgré le fait qu'elle évacue la dimension systémique, possède un point de vue plus social et psychologique. Elle prend en considération le comportement ou l'attitude de l'auteur de la maltraitance ainsi que la relation familiale actuelle et antérieure dans la dyade maltraitant-maltraité. La maltraitance est présentée comme suit :

Tous milieux de vie confondus, les personnes maltraitantes sont généralement des proches.

Volontaire ou involontaire, réaction à un comportement pénible ou poursuite d'une histoire familiale conflictuelle, la maltraitance est une relation dysfonctionnelle entre des personnes qui ont toutes un rôle à jouer pour améliorer la situation. La maltraitance est un ensemble d'actes-comportements et attitudes commis ou omis, envers une personne au détriment de son intégrité physique ou sexuelle, morale ou psychique, matérielle ou financière. La maltraitance engendre un tort ou une blessure. Elle constitue une atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité de la personne.

Il est important de considérer la poursuite d'une histoire familiale dans cette définition, puisqu'elle permet de réfléchir à ce qui peut se produire à la suite d'un relogement en CHSLD. Si la maltraitance existait au sein de la relation familiale, elle peut se reproduire malgré un changement de milieu de vie. Une limite de cette définition est qu'elle n'inclut pas l'amitié. La relation dysfonctionnelle constitue l'élément central à notre propos qui permet de rendre compte de la situation telle qu'elle est. Lorsqu'il y a de la maltraitance, à moins qu'elle ne soit de nature systémique, il y a nécessairement une relation dysfonctionnelle entre deux personnes puisqu'il ne s'agit pas d'une situation saine.

En somme, les différentes définitions de la maltraitance et les formes de maltraitance qui y sont rattachées (matérielle, financière, physique, négligence, autonégligence, psychologique ou émotionnelle, sexuelle, violation des droits de la personne ou encore violence conjugale) rappellent que, peu importe le milieu de vie d'une personne, qu'elle soit âgée ou non, la maltraitance peut se produire. Ceci ébranle la représentation idéalisée que les familles et les personnes en perte d'autonomie ont des CHSLD en tant que milieux de vie assurant une sécurité « sans faille » où le résident vit à l'abri de toute forme de violence ou encore de négligence.

Selon certains auteurs (Ha, 2013; Scolan, 2010), le relogement en CHSLD d'une personne vivant de la maltraitance dans son milieu de vie peut s'avérer l'ultime décision. Par contre, bien que la personne maltraitée ne soit plus à proximité des gens qui la maltraitent, le problème peut se

manifeste à nouveau à la suite d'un relogement. Selon Hugonot (2006), les données colligées par ALMA (Allô Maltraitance des Personnes Âgées et/ou des Personnes Handicapées) permettent d'affirmer que, lorsqu'une personne âgée maltraitée quitte son domicile pour « trouver refuge » dans une institution [...], « [d]ans 15% des cas, c'est encore la famille, à laquelle pourtant elle avait tenté d'échapper, qui se révèle alors le maltraitant de choix ». Ces données datent déjà de près de huit ans. Une mise à jour s'avère nécessaire, car, depuis plusieurs années, les critères d'admission en CHSLD sont mieux définis autour d'une perte d'autonomie importante, ce qui exclut l'admission d'une personne âgée pour l'unique motif de protection contre ses proches maltraitants. Les lits d'urgence sociale peuvent être utilisés en cas de besoin, mais pour une courte durée. Ce faisant, les intervenants du soutien à domicile sont appelés à intervenir et à trouver une alternative, voire des solutions, ce qui laisse supposer un taux d'hébergement motivé par la nécessité de procurer un refuge moins élevé que celui présenté par Hugonot (2006).

3.2 Ampleur du phénomène

Dans un article publié en 2011, McDonald affirme que, malgré le développement de la recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées au Canada, nous n'avons toujours aucune idée de l'ampleur de la problématique, tant dans la communauté qu'en institution. En mars 2012, au Québec, la Ligne Aide Abus Aînés a soumis au ministère de la Famille et des Aînés ainsi qu'au ministère de la Santé et des Services sociaux un rapport sur ses activités. Ce sont 6,54 % des appels à la Ligne qui proviennent des gens hébergés en CHSLD. Tous milieux de vie confondus, les personnes maltraitantes sont généralement des proches de la personne vulnérable (enfants à 34,49 %; conjoint à 5,19 % et autres membres de la famille à 8,65 %).

Selon l'Association Allô Maltraitance des Personnes Âgées (A.L.M.A) (2003, citée dans Van Rompaey, 2003) et Moulias et coll. (2010), en France, 30 % des situations de maltraitance se produiraient en institution. Cette donnée mène à une remise en question de l'atteinte des objectifs des CHSLD. Elle permet aussi de réitérer l'idée voulant que les CHSLD ne doivent pas être perçus

comme étant la solution à la maltraitance vécue à domicile. Par contre, il est évident que, dans certaines situations, malgré tout le travail fait par les professionnels du soutien à domicile, il y a du danger pour la personne âgée. Dans ces circonstances, une ordonnance d'hébergement s'avère nécessaire pour lui permettre de vivre dans un milieu encadré, le temps que les professionnels puissent faire les évaluations nécessaires et s'assurer qu'elle soit en sécurité.

3.3 Acteurs identifiés

De façon générale, les quelques données recueillies qui identifient les acteurs de la maltraitance en institution traitent généralement du personnel soignant ou du personnel-cadre (Bytyqi, 2011; Grelet, 2005; Rivault, 2004; Roberto, Tester et Duke, 2004). Tout comme Van Rompaey (2003), plusieurs auteurs (Ancessi, 2010; Rivault, 2004; Grelet, 2005; Bytyqi, 2011; Bauer, 2005) s'entendent pour dire que : « *[e]n institution, la maltraitance est souvent due à l'organisation même de l'établissement qui ne personnalise pas suffisamment les accompagnements et repose sur un effectif souvent insuffisant en nombre de postes* »; en d'autres mots, il y a une relation importante entre les circonstances de stress et d'épuisement et les dysfonctionnements institutionnels. Van Rompaey (2003) ajoute aussi que l'environnement médico-social peut devenir une source de maltraitance lorsque des médecins généralistes prescrivent trop de médicaments ou que les résidents reçoivent des soins infirmiers négligés par manque de temps. Ainsi, la maltraitance en milieu d'hébergement pourrait également découler d'éléments organisationnels plutôt que d'être uniquement le fait d'individus.

Sans être considérés comme des proches, les autres résidents du milieu de vie peuvent devenir des personnes maltraitantes. Charpentier et Soulières (2007) ont recueilli le point de vue de résidents vivant en hébergement sur leurs droits et l'empowerment. Elles mentionnent que « *[en] réalité, la majorité des situations problématiques et conflictuelles qui [leur] ont été rapportées ont trait aux relations entre les résidents : intimidations, insultes, bousculades, ingérences indues dans la vie privée et même harcèlement* ». Selon

En France, 30 % des situations de maltraitance se produiraient en institution.

Jogerst, Daly et Hartz (2005, cités dans Zhang, Page, Conner et Post, 2012), une étude a permis de découvrir que la maltraitance entre les résidents est celle qui est le plus souvent rapportée dans les centres d'hébergement, affirmation appuyée par Pickens, Halphen et Dyer (2011). Lachs et coll. (2007, cités dans Castle, 2012) expliquent que les premières données concernant la maltraitance entre résidents suggèrent que 4,8 % des résidents vivent cette situation. Enfin, Zhang, Schiamburg, Oehmke, Barboza, Griffone, Post, Weatherill et Mastin (2010) confirment qu'il existe une corrélation positive entre la négligence en institution et les actes de maltraitance commis par des personnes qui ne sont ni des soignants ni des employés du milieu, mais plutôt des résidents. Il importe de ne pas perdre de vue qu'une personne vulnérable à domicile le sera aussi en institution. Même si les acteurs directs de la maltraitance à domicile ne sont plus aussi souvent en contact, d'autres protagonistes peuvent apparaître. Par chance, cette problématique n'est pas généralisable pour toutes les personnes âgées hébergées.

4. La maltraitance commise en hébergement par des proches, un sujet encore méconnu
On l'a vu jusqu'à maintenant, dans le corpus de textes traitant de la maltraitance en hébergement,

Une personne vulnérable à domicile le sera aussi en institution.

peu traitent de la maltraitance perpétrée par les proches. C'est le contraire lorsque l'on traite de la maltraitance à domicile qui, selon Muehlbauer et Crane (2006), peut être expliquée par des relations familiales dysfonctionnelles, la culture ou l'inadéquation des aidants. Cette affirmation concorde avec la définition de la maltraitance donnée par Alter Ego (2002, cité dans Bytyqi, 2011) et pourrait être élargie aux proches dans un contexte d'hébergement.

Scolan et Makhoul (2010), dans un texte qui ne spécifie pas le milieu de vie de l'ainé, affirment que « selon les études, les enfants seraient les maltraitants dans 30 à 33 % des cas, les conjoints dans 14 à 15 % et les autres parents dans 13 à 20 % ». D'un autre côté, une étude américaine de

Zhang, Page, Conner et Post (2012), sur les déclarations de situations de maltraitance faites par des gens qui ne font pas partie du personnel du Michigan Nursing Homes, rapporte que ce sont exclusivement les membres des familles qui dénoncent et que leurs dénonciations concernent dans 10 % des cas de maltraitance commise par d'autres résidents et des visiteurs. Ceci confirme à nouveau le fait qu'il est difficile de bien déterminer l'ampleur du phénomène spécifique à l'hébergement et, plus particulièrement, celle de la maltraitance commise par les proches.

Dans un autre ordre d'idées, le concept de « proche problème » proposé par Canuel, Couturier et Beaulieu (2010) s'avère très pertinent à l'enrichissement de notre réflexion. Même s'il a été développé dans un contexte de processus de détermination de l'incapacité d'une personne âgée, il résonne dans la pratique :

[Il s'agit du] proche qui fait obstacle au bon déroulement du processus par son absence, sa maltraitance, son refus ou son incapacité de jouer les rôles attendus, tel celui d'informateur fiable. Le proche problème n'a pas nécessairement l'intention de nuire, mais ses actions sont estimées inadéquates. En plus de la maltraitance, la forme la plus inadéquante de résistance se présente comme la volonté du proche de faire déclarer la personne en évaluation inapte en donnant préséance à ses intérêts au détriment de ceux de la personne âgée. [...] Dans sa forme extrême, le proche problème est maltraitant. Il est activement et consciemment négligent, ou passivement, en raison de l'inconscience, le déni de déficits ou sa méconnaissance de la maladie et de son évolution. La négligence est principalement liée à l'absence de réponse aux besoins de base de la personne âgée en situation de dépendance. La maltraitance ne se limite cependant pas qu'à la négligence. On retrouve aussi chez les proches problèmes de la maltraitance économique qui peut s'exprimer dans le refus de ces derniers que le patrimoine de la personne âgée soit utilisé pour défrayer le coût de services pourtant requis pour compenser une incapacité. Enfin, la maltraitance peut revêtir

d'autres formes comme la violence psychologique ou physique et la violation des droits.

Ce « proche problème », qui se retrouve aussi en milieu d'hébergement, peut refuser que le patrimoine de la personne âgée serve à défrayer les coûts des services nécessaires pour compenser une incapacité fonctionnelle et les frais d'hébergement. Les intervenants sont parfois interpellés lors de l'analyse financière alors que des doutes émergent sur la disparition de fonds ou de comptes dans les derniers mois. Dans ces cas, la travailleuse sociale doit questionner et documenter le dossier avant d'en arriver à une conclusion d'abus financier. Elle devra faire la part des choses entre la protection du patrimoine (qui pourra aussi servir à défrayer les différents services compensatoires pour la personne hébergée tels que l'achat d'orthèses, les prothèses dentaires, le service d'opticien, et ce tout au long de son séjour en CHSLD) et la protection du patrimoine dans l'intention d'obtenir un héritage prématuré. Si les doutes ne sont pas confirmés par une autre source (résident, banques, membres de la famille, amis, etc.), il est difficile d'agir sans porter atteinte à l'intégrité du proche.

Tel que nous l'avons évoqué à quelques reprises, la maltraitance ne rime pas toujours avec intentionnalité; il peut y avoir ignorance. Moulias et coll. (2010) expliquent que parfois, *l'auteur croit bien faire et se voit « bien traitant »*. Voici un exemple tiré de la pratique de la première auteure, soit celui d'une dame âgée ayant subi un ACV qui lui a laissé des séquelles, dont une dysphagie. Ce problème de déglutition nécessite un suivi par la diététiste du CHSLD qui élabore le menu en fonction des aliments que la dame aime et de la texture qui doit être transformée. Un problème majeur survient lorsqu'une de ses filles, qui connaît bien sa mère et qui sait qu'elle appréciait particulièrement la poutine, lui en apporte une sans demander l'avis du personnel soignant. Lorsqu'elle se trouve confrontée à l'équipe médicale, la fille de la dame en question répond qu'elle ne connaît rien à la dysphagie, que sa mère ne vivra pas des dizaines d'années, qu'elle a le droit de manger ce qu'elle aime et de profiter de ce qui lui reste à vivre. Le second problème



L'ampleur de la maltraitance envers les aînés au Canada est inconnue, dans tous les milieux de vie.

dans cette situation est que la dame âgée, présente lors de la rencontre familiale, confirme qu'elle apprécie énormément la poutine, mais aucun des intervenants présents autour de la table n'est prêt à déclarer la résidente totalement apte à prendre des décisions, ou du moins à comprendre les risques qu'elle encourt lorsqu'elle mange son repas préféré. Cet exemple pose la question de toutes les situations qui restent méconnues des intervenants, ce qui aurait été le cas ici si une autre fille de la dame ne l'avait pas signalée.

5. CONCLUSION

Il est difficile de dresser un portrait juste de la maltraitance vécue par les personnes âgées. Il y a très peu de recherches empiriques scientifiquement crédibles au sujet de la maltraitance en établissement (Lachs et Pillemer, 2004), et le fait de s'intéresser à celle commise par les proches complique encore plus la donne.

Les connaissances fragmentaires sur la maltraitance envers les aînés en CHSLD, sur les situations de maltraitance, que ce soit de la négligence ou de la violence commises par les membres de

la famille ou les visiteurs, suscitent de multiples réflexions.

Il importe de rappeler que le ministère de la Santé et des Services sociaux pose diverses actions en vue de contrer la maltraitance, en CHSLD :

- Les visites d'appréciation dans les CHSLD, les ressources intermédiaires et les ressources de type familial;
- L'adoption d'orientations et d'un plan d'action gouvernemental visant à mieux encadrer et à réduire le recours aux mesures de contrôle chez les personnes hébergées en CHSLD. Un programme de formation et un cadre de référence ont été établis à cet effet;
- L'obligation faite aux établissements d'avoir un code d'éthique et de le diffuser;
- L'obligation faite aux établissements de nommer un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
- L'obligation faite aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services de diffuser l'information sur les droits et les obligations des usagers et sur le code d'éthique, de faire la promotion du régime d'examen des plaintes et de s'assurer de la publication de la procédure;
- L'obligation de constituer un comité de résidents dont les fonctions sont de renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations, de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et d'évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services rendus, de défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers et d'accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte;
- L'obligation faite aux directeurs généraux de faire connaître au personnel (cadre et salarié) le cadre de référence pour le signalement de comportements en établissement hébergeant des personnes vulnérables. (Gouvernement du Québec, 2010, p. 40)

De plus, les professionnels œuvrant au sein des CHSLD doivent faire une déclaration des incidents et des accidents qui surviennent lors de la prestation des soins et des services auprès des résidents.

Il importe de continuer sur cette voie qui comprend de nombreuses actions et de contribuer à la réflexion instaurée par le ministre de la Santé et des Services sociaux dans un mandat confié à la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées concernant les divers mécanismes de dénonciation (obligatoires ou non) de la maltraitance en milieu d'hébergement.

À ce jour, en raison de l'état des connaissances, nous ne pouvons qu'évoquer la problématique de la maltraitance en hébergement commise par des proches qui doit, pour être rigoureusement appréhendée, être appuyée « *sur des données tirées d'études populationnelles plutôt que sur des informations statistiques issues d'organisations* » (Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012). Avec le temps et les recherches à venir, nous pourrions peut-être avoir une meilleure idée de son ampleur réelle.

RÉFÉRENCES

- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2013). *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec, Portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents*. Récupéré le 25 novembre 2013 du site de l'AQESSS : <http://www.myvirtualpaper.com/doc/aqesss/nouveau-visage-hebergement-public/2013090302/#0>
- Accessi, H. (2010). *Prévention et repérage des risques de maltraitance en Unité de Soins Longue Durée : quels outils pour l'inspecteur* (Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, France). Récupéré le 2 octobre 2013 du site : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/iass/2010/accessi.pdf>
- Bauer, M. (2005). Le respect de la personne âgée dépendante en institution, *Vie sociale et traitements*, 2(86), p. 116-134.
- Beaulieu, M. et Bergeron-Patenaude, J. (2012). *La maltraitance envers les aînés, Changer le regard*, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Beaulieu, M. (2007). Maltraitance des personnes âgées. Dans M. Arcand et R. Hébert (dir.) *Précis pratique de gériatrie* (3^e édition, chapitre 69, p. 1145-1163), Acton Vale, Québec : Edisem.
- Beaulieu, M. et Giasson, M. (2005). Éthique et l'exercice de l'autonomie professionnelle des intervenants psychosociaux œuvrant auprès des aînés maltraités, *Nouvelles pratiques sociales*, 18(1), p. 131-147.
- Blondet, E., (2008). *L'évaluation des pratiques professionnelles : un outil au service de la bientraitance* (Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, France). Récupéré le 2 octobre 2013 du site : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/memoires/ds/2008/blondet.pdf>
- Bytyqi, B. (2011). *La maltraitance envers les personnes âgées en établissement médico-social (EMS) : Identification des facteurs de risque et des moyens de prévention* (Bachelor en science HES-SO en soins infirmiers, Fribourg). Récupéré le 2 octobre 2013 du site : http://doc.ero.ch/record/27083/files/BYTYQI_Benita.pdf
- Canuel, C., Couturier, Y. et Beaulieu, M. (2010). Le rôle des proches dans le processus de détermination de l'incapacité de la personne âgée en perte d'autonomie du point de vue des professionnels, *Enfances, Familles, Générations*, 13, p. 97-115.
- Castle, N.G. (2012). Resident-to-Resident Abuse in Nursing Homes as Reported by Nurse Aides. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(4), p. 340-356. DOI:10.1080/08946566.2012.661685

Champoux N. et Lebel S. (2007). Hébergement et soins de longue durée. Dans M. Arcand et R. Hébert (dir.) *Précis pratique de gériatrie* (3^e édition, chapitre 71, p. 1177-1191), Acton Vale, Québec: Edisem.

Charpentier, M. et Soulière, M. (2012). Ligne téléphonique provinciale Aide Abus Aînés. Analyse de l'implantation et de la pertinence clinique. Récupéré le 25 novembre 2013 du site Ligne Aide Abus Aînés : <http://www.aideabusaines.ca/>

Charpentier, M. et Soulière, M. (2007). Pouvoirs et fragilités du grand âge : « j'suis encore pas mal capable pour mon âge (Mme H. 92 ans) », *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), p. 128-143.

Gouvernement du Québec. (2013, Mise à jour le 5 novembre 2013). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées*. Récupéré le 25 novembre 2013 du site du gouvernement du Québec : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/1/documentation/2013/13-830-10F.pdf>

Gouvernement du Québec. (2010, mise à jour le 12 juillet 2013). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les aînés 2010-2015*. Récupéré le 28 octobre 2013 du site du gouvernement du Québec : <http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/aines/Pages/abus-envers-aines.aspx>

Gouvernement du Québec (2003, mise à jour en 2013). Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, Orientations ministérielles. Récupéré le 25 novembre 2013 du site de la Santé et Services sociaux : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/ssss_enbref/index.php?orientations_et_politiques

Grelet, L. (2005). *La lutte contre la maltraitance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : quelle politique du directeur de soins ?* (Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, Rennes). Récupéré le 2 octobre 2013 du site : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2005/ds/grelet.pdf>.

Ha, L. (2013). Intervention de la police dans les cas de mauvais traitements envers les aînés : Section contre la violence à l'égard des aînés du service de police d'Ottawa. Dans ministère de la Justice Canada (dir.) *Recueil sur les victimes d'actes criminels*, (6, p. 31-37).

Hugonot, R. (2006). Maltraitements financiers, *Gérontologie et société*, 2 (117), p. 239-244.

Lachs, M. M. et Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 364, p. 1263-1272.

McDonald, L. (2011). Elder Abuse and Neglect in Canada: The Glass is still Half Full. *Canadian Journal on Aging*, 30(3), p. 437-465. DOI: 10.1017/S0714980811000286

Moscato, A. et Degryse-Ménard, I. (2011). Une maltraitance peut en cacher une autre, *Évolution psychiatrique*, 76(2), p. 165-176.

Moulias, R. et coll. (2010). Une méthodologie de traitement des situations de maltraitance, *Gérontologie et société*, 2 (133), p. 89-102.

Muehlbauer, M. et Crane, P.A. (2006). Elder Abuse and Neglect, *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(11), p. 43-48.

Pickens, S., Halphen, J.M. et Dyer, C.B. (2011). Elder Mistreatment in the Long-Term Care Setting, *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 19(8), p. 30-35.

Rivault, F. (2004). *Réduire et prévenir les négligences en institution par une réorganisation des services* (Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, Rennes). Récupéré le 2 octobre 2013 sur le site : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2004/dess/rivault.pdf>.

Roberto, K.A., Tester, P.B. et Duke, J.O. (2004). Older Women Who Experience Mistreatment: Circumstances and Outcomes, *Journal of Women & Aging*, 16(1/2), p. 3-16.

Scodellaro, C. (2006). Lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitarisation du social, *Lien social et politiques*, 55, p. 77-88.

Scolan, V. et Makhilouf, F. (2010). *Maltraitance envers les personnes âgées*. Récupéré le 2 octobre 2013 sur le site de Medileg : <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2011/Maltraitance.pdf>

Van Rompaey C. (2003). Solitude et vieillissement, *Pensée plurielle*, 2(6), p. 31-40. DOI: 10.3917/pp.006.0031

Zhang, Z., Page, C., Conner, T. et Post, L.A. (2012). Family member's reports of non-staff abuse in Michigan nursing homes, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(4), p. 357-369. DOI: 10.1080/08946566.2012.661687

Zhang, Z., Schiamburg, L.B., Oehmke, J., Barboza, G. E., Griffore, R.J., Post, L.A., Weathrill, R.P. et Mastin, T. (2010). Neglect of Older Adults in Michigan Nursing Homes, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(1), p. 58-74. DOI: 10.1080/08946566.2011.534708

Une Ligne pour les aînés



Vous êtes une personne aînée, un proche, un intervenant ?

Vous cherchez une ressource ?

Vous avez besoin d'aide ?

Référence-aînés

514-527-0007

Qui peut m'aider ?

SOUTIEN • MAINTIEN À DOMICILE • SANTÉ • LOGEMENT • TRAVAIL • TRANSPORT...



CENTRE DE RÉFÉRENCE DU GRAND MONTRÉAL

Pour vous guider vers la bonne ressource

www.info-reference.qc.ca

514-527-1375