



La maltraitance en CHSLD en contexte de COVID-19

Mémoire soumis dans le cadre de l'enquête sur la
gestion de la crise de la COVID-19 dans les
CHSLD par le Protecteur du citoyen

16 octobre 2020

Auteurs

Marie Beaulieu, Ph. D.

Julien Cadieux Genesse, M.S.s.

Kevin St-Martin, Candidat au titre de M.S.s.



Chaire de recherche sur la maltraitance
envers les personnes âgées
Research Chair on Mistreatment of Older Adults

Résumé

La *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées* (ci-après : *Chaire*) soumet ce mémoire intitulé *La maltraitance en CHSLD en contexte de COVID-19* au Protecteur du citoyen dans le cadre de son enquête sur la gestion de la crise de la COVID-19 dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec.

Ayant pour mandat de documenter, analyser et produire du contenu scientifique sur la problématique de la maltraitance, de l'intimidation et de la bientraitance envers les personnes âgées, la *Chaire* saisit cette opportunité pour transmettre ses préoccupations quant à la préservation de la dignité des personnes âgées résidant en CHSLD. Par le biais de ce texte, elle souhaite également souligner l'importance de promouvoir et défendre les droits individuels et collectifs ainsi que la nécessité d'améliorer la sécurité physique et psychologique des personnes âgées au Québec, et ce, peu importe leur milieu de vie.

Autrement dit, le « bien-être physique, mental et social » tel que promu par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ne rencontre pas de frontière en ce contexte de pandémie et devrait être considéré et s'appliquer à tous milieux de vie collectifs ou privés pour âgés. Cela comprend les CHSLD, les résidences privées pour âgées (RPA), les résidences intermédiaires (RI), les résidences de types familiales (RTF) et le domicile dit conventionnel. Cependant, dans le cadre de cet appel à contribution, seuls les Centres d'hébergement et de soins de longue durée seront considérés.

Ce mémoire a pour objectif de tracer une chronologie des événements selon une perspective de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées afin d'en dégager des constats et proposer des pistes de réflexion. Pour ce faire, les éléments notoires de la première vague de la COVID-19 seront d'abord exposés, suivis d'une introduction au contexte de la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées au Québec. Par la suite, les éléments exposés dans la chronologie des événements seront mis en relation avec des données scientifiques actuellement disponibles sur le sujet. Ces dernières permettront de brosser un portrait global des effets de la pandémie sur la santé, la dignité et la sécurité des personnes âgées résidant en CHSLD au Québec. Finalement, quelques pistes de réflexion visant à consolider des mesures déjà initiées ou à instiguer des changements dans ces milieux de vie collectifs seront dégagées de ce portrait de la situation.

Présentation des auteurs

Professeure Marie Beaulieu est titulaire de la *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées* depuis l'adoption du premier *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* en 2010. Son mandat à titre de titulaire s'est vu renouveler jusqu'en 2022 par le truchement du second *Plan d'action gouvernemental* adopté en juin 2017. Professeure à l'Université de Sherbrooke au département de travail social, elle cumule plus de 30 ans d'expériences dans le domaine de la gérontologie sociale. Elle est également co-directrice d'un centre collaborateur de l'OMS sur les environnements amis des aînés.

Julien Cadieux Genesse travaille en étroite collaboration avec la titulaire en coordonnant la *Chaire* depuis 2018. Il possède un diplôme de deuxième cycle en travail social de l'Université de Sherbrooke.

Kevin St-Martin termine son parcours de maîtrise en travail social à l'Université de Sherbrooke. Son sujet de recherche porte sur l'utilisation de la réalité virtuelle comme moyen de sensibilisation à la maltraitance et à l'intimidation envers les personnes âgées au Québec.

Mandat de la Chaire

La *Chaire* constitue l'une des 52 mesures du second *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* chapeautées par le Secrétariat aux Aînés (Gouvernement du Québec, 2017). Elle a pour objectif général d'accroître les connaissances théoriques et pratiques permettant de mieux comprendre et contrer la maltraitance dans la province. Pour se faire, elle développe des activités de recherche-action ayant trait à la problématique de la maltraitance, mais également sur des enjeux connexes tels que l'intimidation et la bienveillance envers les personnes âgées (Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, 2020).

Afin d'assurer la circulation des connaissances développées dans le cadre de ses projets, la *Chaire* anime des activités de diffusion des connaissances auprès des pairs dans le cadre de colloques ; elle publie régulièrement des articles scientifiques et de vulgarisation ; elle contribue à la rédaction de livres par l'entremise de chapitres spécialisés, en plus de répondre aux appels à mémoires gouvernementaux. En complémentarité à ces activités académiques, l'équipe de la *Chaire* accorde une attention particulière au transfert de ces dites connaissances vers un public élargi. Ces activités sont principalement constituées d'ateliers de formation initiale, c'est-à-dire auprès des étudiants du milieu collégial et des trois cycles universitaires. Elle offre également de la formation continue auprès des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des décideurs de politiques publiques et des associations d'aînés.

Objectif du mémoire

Tous les travaux menés au sein de la *Chaire* s'inscrivent dans une large visée d'amélioration du bien-être des personnes âgées. Y est promu le respect de leurs droits individuels et collectifs, et ce, sans égard à l'âge, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, l'origine ethnoculturelle, les croyances religieuses ou le lieu de résidence.

Entre avril et juin 2020, la santé, c'est-à-dire un « état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS, 1946, p.1), fut rudement éprouvée chez des personnes âgées résidant en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec. Leur sécurité et intégrité, qui reposent habituellement sur un accès en temps opportun à des soins de santé et des services sociaux de qualité correspondant à leurs besoins, furent compromises. En CHSLD, la crise socio-sanitaire de la COVID-19 mena à une recrudescence des cas de négligence physique, psychologique et organisationnelle, en plus de s'illustrer par une surreprésentation des décès dus au coronavirus. Pas moins de 69.1% des décès enregistrés entre le mois de mars et le juin 2020 eurent lieu dans ces milieux de vie (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2020a).

Ce mémoire a pour objectif de tracer une chronologie des événements de la première vague de la pandémie au Québec, soit la période entre mars et juin 2020, selon une perspective de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées afin d'en dégager des constats et proposer des pistes de réflexion. Plus précisément, les éléments notoires de la première vague de la pandémie seront d'abord exposés, puis, après une introduction au contexte de la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées au Québec, les éléments exposés en première partie seront mis en relation avec les données scientifiques sur le sujet. Ces dernières permettront de broser un portrait global des effets de la pandémie sur la santé des personnes âgées résidant en CHSLD au Québec et de dégager des pistes de réflexion.

Éléments notoires de la première vague de COVID-19 au Québec

Mars 2020

À la demande du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les centres hospitaliers adoptèrent des mesures prophylactiques soutenues en vue de l'arrivée du virus au Québec. Ces actions comprirent l'élagage des chirurgies jugées non essentielles et le transfert massif des personnes âgées des centres hospitaliers vers les CHSLD afin de libérer des lits (INSPQ, 2020b). À titre d'exemple, le 17 mars, la ministre McCann et le premier ministre expliquèrent, lors d'une allocution devant la presse, que le Québec disposait de :

« 1 000 lits de soins intensifs [et] 18 000 lits d'hospitalisation. [La province] [avait] la possibilité de débloquer 6 000 [à 8 000] lits à l'intérieur des 18 000 lits [pour les personnes infectées] en cessant les chirurgies électives. [Cela était] aussi [possible] en donnant aux personnes qui n'[avaient] pas besoin de soins hospitaliers un autre endroit où [aller]. » (Assemblée nationale du Québec, 17 mars 2020)

Avril 2020

Au mois d'avril, le premier ministre indiqua que les précautions prises en mars avaient été au-delà des besoins sanitaires réels sans avoir d'effets néfastes sur les Québécois plus âgés. Après un mois d'élagage dans les chirurgies et de transferts, il indiqua que :

« [Le gouvernement arrête les transferts, car nous avons] libéré jusqu'à 8 000 lits. [Nous sommes] en train de ramener [le compte] à 6 000 parce que [nous n'en] utilisons [que] 700. [Ce] ne sera plus nécessaire de continuer à transférer des patients des hôpitaux vers les CHSLD. [Finalement], il n'y personne qui a souffert de ces transferts sur la qualité des services reçus. » (Assemblée nationale du Québec, 10 avril 2020)

Or, il est indéniable que les démarches préventives du mois de mars furent mises en œuvre au détriment de la préparation des CHSLD publics et privés et qu'elles eurent un effet délétère sur la qualité des soins et des services offerts dans nombre de ces installations durant la pandémie. D'ailleurs, divers faits vinrent rapidement contredire l'optimisme du premier ministre concernant l'absence d'effets néfastes. En effet, dans les jours qui suivirent, les Québécois apprirent que certaines des personnes âgées transférées des hôpitaux vers les CHSLD y avaient introduit la COVID-19. Qui plus est, le lendemain de la déclaration sur la qualité des services, les 31 décès en un mois dans le CHSLD privé Herron furent annoncés (Assemblée nationale du Québec, 11 avril 2020). La population québécoise apprit que plusieurs membres du personnel régulier avaient déserté les lieux, car infectés par le virus ou par crainte de l'être, privant ainsi les résidents de nourriture, d'hydratation, d'hygiène corporelle et vestimentaire.

À la mi-avril, le nombre de décès et le manque criant de personnel soignant dans les CHSLD incitèrent le premier ministre à qualifier la situation « d'urgence nationale » :

« Je veux revenir sur notre urgence nationale, la situation dans les CHSLD. Je sais qu'il y a beaucoup de Québécois qui se demandent comment on a pu se retrouver dans cette situation. Puis

j'avoue que cela fait plusieurs jours, plusieurs nuits que je me demande : qu'est-ce que j'aurais dû faire autrement ? » (Assemblée nationale du Québec, 15 avril 2020)

Depuis plusieurs années, le manque d'effectifs réguliers offrant des soins directs aux aînés fut connu des gouvernements de diverses bannières politiques (Assemblée nationale du Québec, 17 avril 2020). Durant la crise socio-sanitaire, cette carence en professionnels de la santé et les risques y étant associés furent gérés par les établissements de soins de santé au moyen de diverses pratiques. Notamment, la mise en place d'équipes de travail mobiles se déplaçant d'un CHSLD à l'autre au cours d'une même journée et la sous-traitance auprès d'agences de placement privées y déployant des effectifs ponctuellement furent des stratégies couramment utilisées avant et pendant la pandémie. Compte tenu des risques associés à ces pratiques, un arrêté ministériel les prohiba dans le réseau public, sans pour autant s'appliquer aux installations du secteur privé (Gouvernement du Québec - MSSS, 2020a).

Les analyses épidémiologiques révélèrent que ces méthodes d'organisation du travail avaient favorisé la propagation du virus dans la grande région de Montréal par le déplacement de travailleurs de la santé asymptomatiques (INSPQ, 2020c). Cette mobilité entraîna, une recrudescence des cas chez les résidents et les employés, exacerbant ainsi les besoins de soins et générant une augmentation du taux d'absentéisme :

« Aujourd'hui, on est rendus à 1 382 absences, seulement dans les CHSLD publics. Si [nous ajoutons] les CHSLD privés, il nous manque à peu près 2 000 personnes » (Assemblée nationale du Québec, 15 avril 2020)

Pour pallier ce manque de main-d'œuvre dûment formée en santé, le premier ministre québécois demanda au premier ministre canadien de déployer les militaires dans les CHSLD identifiés comme étant dans une situation critique. Cette initiative de dernier recours eut pour objectif de reprendre le contrôle dans ces installations :

« [Nous avons] demandé officiellement au gouvernement fédéral d'avoir 1 000 soldats. Ce [ne sont] pas des personnes qui ont une formation [médicale]. Les [militaires] qui avaient déjà une formation, il y en avait 65. Je pense [que] ça va beaucoup nous aider. Avoir des paires de bras additionnelles pour faire des tâches qui sont moins médicales, puis aider le personnel, qui est insuffisant actuellement dans les CHSLD, à bien s'occuper de nos aînés ». (Assemblée nationale du Québec, 22 avril 2020)

Cette stratégie se révéla bénéfique en offrant une assistance sur le plan de la logistique, de la gestion, de la prévention des infections et de la consolidation des équipes. Les principaux points saillants du rapport émis par les Forces armées canadiennes (2020) indiquèrent :

- Qu'ils offrirent un soutien dans la mise en place d'un système d'approvisionnement, d'entreposage et de répartition des équipements de protection individuels dans les CHSLD ;
- Qu'ils conseillèrent les équipes de gestions, lorsque présentes, sur la mise en place de canaux de communications centralisés et fluides ;
- Qu'ils participèrent à la délimitation et la création physiques des zones chaudes, tièdes et froides dans les CHSLD et à la surveillance du respect des procédures sanitaires en ces lieux ;
- Qu'ils permirent d'éviter les bris de soins offerts aux aînés en effectuant des tâches ne demandant pas de compétences médicales, permettant au personnel compétent de se consacrer à ses tâches.

En définitive, les militaires canadiens contribuèrent à reprendre le contrôle de la situation en collaborant étroitement avec les équipes de santé respectives des CHSLD éprouvés. Avant leur arrivée, la dégradation de l'hygiène, la malnutrition et la déshydratation sévère étaient prédominantes. Ces conditions s'améliorèrent au cours des semaines suivant leur arrivée (Forces armées canadiennes, 2020).

Mai 2020

Une canicule hâtive en mai mit à l'avant-scène la vétusté de nombreux CHSLD au Québec. Il s'avéra impossible d'y installer des systèmes de climatisation à même les bâtiments. En effet, selon les statistiques présentées par le MSSS, 101 bâtiments se classèrent comme étant en « mauvais » ou « très mauvais » état et, parmi cette centaine de CHSLD, plusieurs nécessiteraient un remplacement ou des travaux « urgents » (Gerbet, 2020).

La désuétude des CHSLD généra des complications réelles en termes de logistique pour contrer la COVID-19 (Assemblée nationale du Québec, 5 mai 2020), ne serait-ce qu'en rendant impossible la création rapide de zone « chaude », de zone « tiède » et de zone « froide » physiquement étanche lors d'éclosion, ou en ne permettant pas l'isolement des personnes âgées en attente d'un résultat de test dans une chambre individuelle (Lacoursière, 2020). Non seulement ces lacunes structurelles ne permirent-elles pas de freiner l'expansion des cas, au contraire, elles l'amplifièrent!

Juin 2020

Sachant que les Forces armées canadiennes se retireraient des CHSLD en juillet 2020, le gouvernement québécois lança le programme *Soutien aux soins d'assistance en établissement de santé* ayant pour objectif d'assurer la formation de 10 000 nouveaux préposés aux bénéficiaires (PAB) d'ici la mi-septembre (Gouvernement du Québec - MEES, 2020). Cette formation accélérée visait explicitement à renflouer les effectifs dans les établissements de soins de longue durée de la province, car le taux d'absentéisme des PAB se trouvait être le plus élevé du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), et ce, dans tous les milieux de pratique et selon tous les motifs confondus (congé parental, retrait préventif, accident de travail, etc.) (Gouvernement du Québec - MSSS, 2020b). À cela s'ajouta l'attente que cette formation accélérée redresse le taux décroissant de rétention en emploi des PAB dans le réseau de la santé et des services sociaux en améliorant les conditions de travail (Assemblée nationale du Québec, 22 avril 2020). Pour cause, celui-ci passe de 81.5 % après un an en emploi à 38.4 % après cinq, une perte des deux tiers (Gouvernement du Québec - MSSS, 2020b).

Seul le temps permettra de juger de l'effet de cette mesure de formation exceptionnelle. Or, les nombreuses sorties anonymes dans les médias de la part de PAB formés durant l'été laissent présager, au mieux, un *statu quo* dans les conditions de travail et, au pire, un exode massif à la fin du contrat de travail d'un an en raison du manque d'encadrement, d'une charge de travail excessive, d'une rétribution en deçà des promesses gouvernementales, d'un climat de travail nocif, etc. (Bilodeau et Duchaine, 2020).

Contexte de lutte contre la maltraitance au Québec

Terminologie québécoise de la maltraitance

Au Québec, il est question de maltraitance lorsque :

« Un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non, 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 » (Comité terminologie, 2017).

Cette définition pose cinq éléments centraux devant être pris en compte simultanément, soit :

1. La violence caractérisant le geste, qu'il soit effectué de manière singulière ou répétitive ;
2. La négligence, qui renvoie à une absence d'action appropriée en temps opportun ;
3. L'importance accordée aux résultats de ce geste, malgré sa nature intentionnelle ou non ;
4. L'attention portée aux conséquences vécues ou perçues par la personne âgée ;
5. Le contexte de confiance caractérisant la relation entre la personne âgée, la personne commettant un geste ou l'organisation favorisant un contexte de maltraitance.

Plus spécifiquement, il est question de maltraitance sous forme de violence **lorsqu'une personne ou une organisation** malmène une personne aînée ou la fait agir contre sa volonté, en employant la force et/ou l'intimidation. Quant à elle, la négligence se manifeste par le fait de ne pas se soucier de la personne aînée, notamment en ne répondant pas ou mal à ses besoins.

En vigueur depuis 2017, la terminologie québécoise fait état de sept types de maltraitance reconnus par le gouvernement du Québec dans le *Plan d'action gouvernemental 2017-2022*. Afin de souligner la manière dont la maltraitance a été dévoilée en CHSLD depuis le début de la pandémie, les types les plus fréquemment évoqués dans les articles médiatiques, les conférences de presse gouvernementales, les témoignages de proches aidants et de professionnels travaillant dans les CHSLD sont mis en évidence par l'utilisation du gras :

1. **Maltraitance psychologique** : Gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique ;
2. **Maltraitance physique** : Gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique ;
3. **Maltraitance organisationnelle** : Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes ;
4. **Violation des droits** : Toute atteinte aux droits et libertés individuels et sociaux ;
5. **Âgisme** : Discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale ;
6. **Maltraitance sexuelle** : Gestes, actions, paroles ou attitudes à connotation sexuelle non consentis, qui portent atteinte au bien-être, à l'intégrité sexuelle, à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre ;
7. **Maltraitance matérielle et financière** : Obtention ou utilisation frauduleuse, illégale, non autorisée ou malhonnête des biens ou des documents légaux de la personne, absence d'information ou mésinformation financière ou légale.

On constate que deux des sept types ne furent pas exposés sur la place publique, soit la maltraitance sexuelle, qui est habituellement la moins fréquemment rapportée, et la maltraitance matérielle ou financière, qui est usuellement la plus abordée dans les médias. Avant de pouvoir conclure que ces maltraitements furent moins manifestes, il serait opportun de procéder à quelques vérifications et tenir compte de l'importante attention donnée aux effets physiques et psychologiques de la COVID-19 sur les personnes aînées vivant en CHSLD dans la presse québécoise.

Cadre légal de la lutte contre la maltraitance au Québec

Depuis mai 2017, le Québec s'est doté de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (L-6.3). Elle encadre les responsabilités légales de lutte contre la maltraitance des établissements et des employés du RSCS plus largement. Notamment, en :

« Imposant à tout établissement l'obligation d'adopter et de mettre en œuvre une politique de lutte contre la maltraitance envers ces personnes, en facilitant le signalement des cas de maltraitance ainsi qu'en mettant en place un processus d'intervention concernant la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. » (L-6.3, C 10, a.1.)

En rendant obligatoire le signalement des cas de maltraitance lorsque l'intégrité physique ou psychologique de la personne âgée ou majeure vulnérable résidant en CHSLD ou se trouvant sous régime ou mandat de protection homologué est sérieusement compromise, cette loi revêt un caractère central dans la pratique clinique en CHSLD.

Dans les autres cas, par exemple lors de situation de maltraitance ayant cours à domicile, en résidence privée pour aînés en résidence intermédiaire ou de type familial, les professionnels sont fortement invités à signaler les situations de maltraitance potentielles ou avérées aux Commissaires aux plaintes et à la qualité des services ou à la police, sans y être contraints. Dans de tels cas, les professionnels doivent toutefois s'assurer d'agir dans le respect du code de déontologie et du secret professionnel auquel ils sont tenus. La loi facilite néanmoins la dénonciation volontaire de la maltraitance en permettant la levée du secret professionnel ou de la confidentialité « lorsqu'il y a un risque sérieux de mort ou de blessures graves ». Qui plus est, la loi protège toute personne ayant fait un signalement de bonne foi en stipulant que ces dernières ne peuvent faire l'objet de mesures de représailles ni être poursuivies en justice (L-6.3, C 10, a.10, 11 et 12.).

Ces outils conceptuels et légaux propres au Québec permettent à la fois de développer un langage commun servant à prévenir la maltraitance par des activités de sensibilisation et de promotion de lutte contre la maltraitance, de repérer des situations potentielles ou avérées dans tous les lieux fréquentés par des personnes âgées et d'en informer les instances compétentes qui pourront intervenir afin de les endiguer ou d'y mettre fin.

Maltraitance en CHSLD en contexte de pandémie

Prévalence de la maltraitance en CHSLD au Québec

Il est actuellement impossible d'établir la prévalence de la maltraitance en CHSLD au Québec. À l'instar des études menées en milieux de soins de longue durée dans le monde, les travaux intersectoriels initiés en ce sens au Québec en 2019 rencontrent des difficultés méthodologiques inhérentes à la configuration de ces installations et au profil de santé physique, psychologique et cognitive des résidents (Yon et al., 2018).

Pour estimer l'ampleur globale du problème en CHSLD, la communauté scientifique se réfère à une récente méta-analyse internationale basée sur 2 sources de données. D'abord, elle met de l'avant des résultats issus d'entrevues menées auprès d'employés d'établissement de soins de longue durée. Cette recherche révèle que 64.2% des membres du personnel interviewé auraient admis avoir commis un geste de maltraitance durant l'année précédant la collecte de données (Yon et al., 2018). En termes d'importance, selon chaque type étudié, la maltraitance psychologique serait la plus fréquemment rapportée (32.5%), suivie de la négligence (12.0%), de la maltraitance physique (9.3%) et sexuelle (0.7%). Ensuite, elle expose la prévalence du point de vue de résidents de CHSLD où 33.4% d'entre eux rapportent avoir vécu de la maltraitance psychologique, alors que 14.1% soulignent avoir vécu de la maltraitance physique, 13.8% de la maltraitance financière, 11.6% de la négligence et 1.9% de la maltraitance sexuelle (Yon et al., 2018). En comparant les données selon les informateurs, on constate que l'ampleur révélée par les résidents diffère de celle avancée par les employés, notamment en ce qui a trait à la maltraitance psychologique et matérielle ou financière.

Le faible nombre d'études incluses dans cette méta-analyse et le fait que la maltraitance financière ne fut pas évaluée limitent la généralisation des résultats. Néanmoins, plusieurs indices nous mènent à penser qu'en contexte de première vague de COVID-19 au Québec, la proportion de membres du personnel ayant commis un geste de maltraitance pourrait être revue à la hausse.

Des hypothèses associées à des facteurs de risques bien documentés dans la littérature scientifique renforcent ce postulat.

Facteurs de risque de maltraitance en CHSLD

Les facteurs de risque de maltraitance en CHSLD, qui par consensus scientifique constituent les meilleurs prédicteurs de l'avènement d'une situation de maltraitance, sont présentés en trois catégories dans le tableau suivant.

Tableau : Facteurs de risque en milieu d'hébergement

| | |
|-------------------------------|--|
| Organisation du milieu | <ul style="list-style-type: none">▪ Manque ou pénurie de personnel (Cortez, 2013 ; Lechevalier Hurard, 2013)▪ Lourdeur de la tâche de travail empêchant les professionnels de donner des soins de qualité dans un temps suffisant (Banerjee et al., 2011 ; Habjanic et al., 2012) |
| Membres du personnel | <ul style="list-style-type: none">▪ Connaissances inadéquates et formations limitées (Cortez, 2013 ; Bytyqui, 2011 ; Pickens et al., 2011)▪ Problèmes personnels, dont un historique de violence domestique, de santé mentale, de consommation de drogue ou d'alcool (Bytyqui, 2011 ; Pickens et al., 2011)▪ Stress, fatigue émotionnelle ou épuisement professionnel (Cortez, 2013 ; Bytyqui, 2011 ; Pickens et al., 2011)▪ Attitude négative envers les personnes âgées en général, les résidents en particulier ou envers le travail (Cortez, 2013 ; Pickens et al., 2011) |
| Réseau social | <ul style="list-style-type: none">▪ Isolement social ou le fait d'avoir peu ou pas de visites de l'extérieur (Cortez, 2013 ; Bytyqui, 2011) |

Tiré de Beaulieu, Leboeuf, Pelletier et Cadieux Genesse, 2018

Force est de constater que le rapport des Forces armées canadiennes, rendu public au mois d'avril dernier, répertorie de multiples exemples se rapportant à chacune de ces catégories de facteurs de risque :

- **CHSLD Manoir-De-Verdun** : « Nous remarquons une grande volonté, mais une difficulté dans la planification et la coordination du travail à faire, probablement dû à la surcharge de travail des gestionnaires qui ont un double chapeau de personnel prodiguant les soins et de gestionnaire. »
- **CHSLD Éloria-Lepage** : « Avant notre arrivée, il semble que le manque de PAB avait une incidence directe sur l'hygiène des résidents. Maintenant, nous observons que le retour graduel des PAB a permis de régler ce problème, mais le nombre demeure insuffisant selon les ratios du centre et fluctue de jour en jour. »
- **CHSLD Réal-Morel** : « Le manque précis de PAB est inconnu. Néanmoins, le manque de stabilité parmi le personnel se fait ressentir depuis le début de notre implication dans ce centre. Maintenant, le manque de PAB est plus important pendant les quarts de nuit et de fin de semaine. »
- **CHSLD Yvon-Brunet** : « Lors de notre arrivée, le personnel présent était débordé, en manque d'effectif, fatigué et se voyait confronté à une importante charge de résident symptomatique atteint de la COVID-19. Depuis plus de deux semaines, les équipes sur le terrain rapportent qu'ils sont en surplus et les tâches à accomplir sont terminées rapidement. »
- **Centre de soins prolongés Grace Dart** : « Des bris de sécurité ont continué à être observés ; nous avons donc instauré des cliniques de formations sur le port des EPI. »
- **CHSLD De la Rive** : « Il a été remarqué que la plupart des gens qui travaillent au centre sont des bénévoles avec peu ou pas d'expérience en CHSLD. La direction du centre est pleinement consciente de l'importance du recrutement et met les efforts adéquats pour pallier ce problème. »

Tel que présenté précédemment, le fait de former une masse critique de PAB en peu de temps constitue une avenue prometteuse pour stabiliser les effectifs en CHSLD et assurer de meilleures conditions de travail tel que le décrit le rapport des Forces armées canadiennes. En revanche, la démarche initiée par le gouvernement comprend un paradoxe en contexte de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées.

En effet, cette initiative de formation accélérée réduit les heures de formation offertes, passant de 870 heures pour le diplôme d'études professionnel standard à 375 heures pour l'attestation d'études professionnelles ; elle met de côté sept des quinze compétences enseignées dans le cursus standard, dont celle abordant les rudiments de la lutte contre la maltraitance ; et elle se centre sur l'acquisition de compétences techniques au détriment des compétences relationnelles qui sont au cœur du savoir-être et savoir-dire en matière de prévention et d'intervention en contexte de lutte contre la maltraitance (Gouvernement du Québec - MEES, 2020).

Si le cursus théorique et pratique des PAB nouvellement arrivés dans le RSSS n'est pas complété par de la formation continue afin d'assurer l'acquisition de toutes les compétences inhérentes à ce métier, formation qui pourrait avoir lieu après la pandémie dans le scénario le plus tardif, l'amélioration des pratiques de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD pourrait s'en ressentir. D'autant plus que les PAB sont les membres du personnel fréquentant sur une base quotidienne les personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2016). Cette formation sur la lutte contre la maltraitance est d'autant plus critique du fait qu'ils ont l'obligation légale de signaler une situation potentielle ou avérée de maltraitance selon les articles de la L-6.3. Dans ce contexte, il y a lieu de se demander : comment seront-ils en mesure de repérer efficacement un phénomène alors que les connaissances minimales ne sont pas acquises?

Facteurs de vulnérabilité de maltraitance en général

À ces facteurs de risque, c'est-à-dire les éléments environnementaux entourant la personne âgée, s'ajoutent des facteurs de vulnérabilité inhérents à cette dernière qui peuvent eux aussi décupler les probabilités qu'une situation de maltraitance survienne. À la lumière d'études scientifiques, certaines caractéristiques individuelles y prédisposent davantage les personnes âgées. C'est le cas de la présence de troubles neurocognitifs, le fait d'être une femme et l'existence d'incapacités physiques ou d'un faible état de santé global (Chen et Dong, 2017 ; Roberto, 2016). L'appartenance à une minorité visible, bien que non documentée par la littérature scientifique sur la maltraitance pour le moment, mérite une attention particulière et devra faire l'objet de recherche plus approfondie dans le futur (Haukjoja, 2016).

Selon une communication du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec de 2017, ces facteurs de risques sont prépondérants chez les résidents des CHSLD. En effet, 85% d'entre eux présentent un profil de limitation de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF), en regard à leurs activités de vie quotidienne et domestique, se situant entre 10 et 14 (sur une échelle de 14). Voici la description détaillée de ces profils :

« Si l'on considère les caractéristiques les plus fréquentes qui se trouvent dans les profils ISO-SMAF 10 à 14, on constate que la très grande majorité des personnes concernées ont besoin d'une aide partielle ou totale pour effectuer les activités de la vie quotidienne, comme se nourrir, se laver ou aller aux toilettes. Également, si plusieurs requièrent de l'aide à la mobilité, soit pour se lever, marcher ou utiliser les escaliers, les autres sont grabataires et ne se déplacent qu'en fauteuil roulant ou en civière. Des difficultés de communication et de langage peuvent aussi être observées auxquelles peuvent s'ajouter une diminution de la vision et/ou de l'audition. Vers le profil 14, les fonctions du langage sont très affectées et certaines personnes ne communiquent plus du tout. Pour ce qui est des fonctions mentales, elles sont atteintes à différents niveaux selon les profils, allant de déficits cognitifs modérés à sévères. » (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017, p. 3)

Facteurs de protection face à la maltraitance

Il est montré qu'une personne présentant une multitude de facteurs de vulnérabilité peut ne jamais être la cible de maltraitance en raison de la force de son réseau social (Beaulieu et al., 2018). Cependant, avec les mesures de mitigation appliquées dans les CHSLD lors de la première vague, dont l'interdiction pendant plusieurs semaines des visites des proches dans les établissements, ces facteurs de protection furent directement affaiblis (Ayalon et al., 2020).

En ce sens, les proches ne pouvant se rendre en CHSLD n'étaient plus en mesure de s'assurer auprès du personnel que les soins de base étaient correctement offerts (hygiène, nutrition, hydratation, etc.) à leur parent, laissant place à une potentielle augmentation des situations de négligence physique en ces lieux.

Les freins à la demande d'aide en contexte de maltraitance

Le tableau suivant brosse un inventaire des freins à la demande d'aide et à la dénonciation pouvant être rencontrés par les personnes âgées ou par les témoins, toute catégorisation de population confondue, en contexte de lutte contre la maltraitance. Ceux-ci sont à considérer avec attention puisqu'ils modulent la réactivité des personnes âgées et les témoins pour mettre fin à la situation. Il y a fort à parier que le contexte socio-sanitaire d'exception a pu les exacerber de part et d'autre.

Tableau : Freins à la demande d'aide en situation de maltraitance

| | Personne âgée | Témoin |
|---------------|---|---|
| Freins | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protection des liens familiaux (lien de dépendance ; crainte des conflits, d'une rupture de liens) ▪ Peur des représailles et des conséquences (peur que la situation s'aggrave) ▪ Sentiments de honte, de gêne et de culpabilité (honte d'être maltraitée ; peur du jugement) ▪ Manque de capacités (manque de capacités physiques, psychologiques, sociales ou financières) ▪ Méconnaissance de la maltraitance et des ressources ou méfiance à les utiliser | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peur des représailles (peur pour soi-même et pour la personne âgée) ▪ Doute lié au manque d'informations (méconnaissance de la situation, des actions à entreprendre et des ressources d'aide ; peur de faire une erreur) ▪ Refus de s'immiscer dans la situation (se mêler de ses affaires) ▪ Non-consentement de la personne âgée (elle refuse que le témoin demande de l'aide) ▪ Méfiance envers les services d'aide (perception négative à l'égard des services) |

Tiré de Beaulieu, Pelletier et Dubuc, 2018

D'un côté, le profil de santé globale des âgés résidents en CHSLD est marqué par une difficulté à communiquer leurs besoins verbalement ou à les satisfaire de manière autonome. D'un autre côté, il y a lieu de croire que certains n'ont pas osé remettre en question la qualité des soins reçus par crainte de se les voir retirer, aussi minimaux pouvaient-ils être.

Les témoins de maltraitance en CHSLD quant à eux, furent-ils des proches, des membres des équipes de soins (TS, infirmière, ergothérapeute, médecin, PAB, etc.), des gestionnaires ou tout autre intervenant interne ou externe au CHSLD, purent voir leurs craintes de subir des représailles à la suite d'une prise de parole au sein des établissements ou dans l'espace public être décuplées et ainsi freiner leurs démarches de signalement, et ce, même si la L-6.3 garantit une immunité lors de ce processus.

À titre d'exemple, des travailleurs de la santé et des services sociaux accueillirent avec scepticisme l'adresse courriel mise à leur disposition par le MSSS (onvousecoute@msss.gouv.qc.ca) y voyant un moyen de filtrer leur prise de parole ayant pour objectif de protéger la population générale en soulignant les lacunes du système en temps de pandémie (Maltais, 2020).

Conséquences de la maltraitance

Les freins à la demande d'aide et à la dénonciation se traduisent soit par le maintien du *statu quo* ou par le retardement du déploiement des actions visant à réduire les conséquences physiques, psychologiques et sociales de la maltraitance et de la négligence. Ces conséquences s'expriment de diverses manières selon les contextes et les individus. En voici une liste non exhaustive :

- **Physiques** : Séquelles temporaires ou permanentes et une augmentation de la morbidité.
- **Psychologiques** : Anxiété, dépression, idéations suicidaires, honte, méfiance et insécurité.
- **Sociales** : Solitude, pertes de contact avec l'entourage et accroissement de la dépendance.

Selon des études de grande envergure, la maltraitance et la négligence ont pour conséquences ultime de réduire l'espérance de vie des personnes âgées et donc d'accélérer la mortalité (Dong et al., 2011). Selon un groupe d'experts, plusieurs décès en établissement de soins de longue durée en contexte de Covid-19 au Canada sont directement attribuables à de la négligence dans les soins de base et non à des infections virales à proprement dit :

« De nombreux décès évitables seraient survenus dans des établissements de soins de longue durée pendant la crise de la COVID-19. Certains décès sont dus au fait que les résidents n'ont pas eu accès à temps à des soins, à de l'eau ou à des services élémentaires d'hygiène, et non à une infection à la COVID-19. Cela met en [relief] (sic) l'état de fragilité et de grande vulnérabilité dans lequel se trouvent les résidents des établissements de soins de longue durée. Il s'agit aussi d'une illustration parfaite de notre échec. Bon nombre de résidents ne sont pas mobiles ou ne peuvent pas exprimer leurs besoins. Ce qui s'est produit a été plus qu'un problème de maladie infectieuse. » (Société royale du Canada, 2020, p. 31)

Conclusion

Malheureusement, la prise en compte à l'échelle mondiale de la souffrance physique et psychologique, de la dégradation marquée de la qualité de vie ainsi que de la fin de vie des personnes âgées survient, encore une fois, en aval d'un drame humain collectif. À cet effet, la reconnaissance publique de la « négligence organisationnelle » par le premier ministre du Québec ne peut qu'être accueillie comme une victoire en demi-teinte par les Québécois, en regard aux trop nombreux décès survenus dans ces établissements (Assemblée nationale du Québec, 11 avril 2020).

Des actions gouvernementales devront suivre cette prise de conscience afin de prévenir la répétition d'une telle tragédie. Sachant que le Québec traverse actuellement une deuxième vague de la pandémie, il est attendu que les instances politiques et la santé publique du Québec aient en main des recommandations, découlant des trois enquêtes initiées au mois d'avril 2020, permettant de rapidement déployer des mécanismes en vue d'assurer la santé et la sécurité de nos aîeux hébergés en CHSLD.

Piste de réflexion découlant des constats de ce mémoire

- Étant les premières concernées par les prises de décisions en matière de politiques et de santé publique en CHSLD, les personnes âgées y résidant et les proches les accompagnant devraient pouvoir se faire entendre quant aux améliorations devant être apportées au système. Pour se faire, les comités de résidents et de résidentes, et leur regroupement provincial le RPCU, pourraient regrouper ces suggestions et les présenter à la direction des CISSS et CIUSSS. D'autres regroupements et organismes devraient être interpellés, tel le Regroupement des aidants naturels du Québec (RANQ), le groupe Handicap, Vie et Dignité (HVD), etc.
- Par leurs contributions significatives au bien-être physique, psychologique et social auprès de leur parent en CHSLD et de leur apport dans la prévention de la maltraitance, les proches aidants du Québec devraient être en mesure de les visiter en toute sécurité. Pour ce faire, la détermination de balises claires quant à ce qui est considéré comme une « présence significative » d'un proche aidant dans ces milieux pourrait être rapidement rendue publique. Bien sûr les allées et venues devront être consignées dans un registre. Ce faisant, les proches aidants pourront continuer d'assurer une présence auprès de leur parent dans différents types de contextes sortant de l'ordinaire. Cela aura pour effet anticipé de réduire l'intensité du stress de part et d'autre et d'éviter que nombre de résidents meurent seuls, sans contact direct avec leurs proches.
- De même, considérant que les méthodes de communications à distances combinant la voix et l'image permettent des interactions sociales plus riches, nous appuyons l'idée de déployer des outils simples de visioconférences (ex. tablettes) en les rendant disponibles sur demande au sein des CHSLD. Ainsi,

les résidents pourront entretenir des contacts sociaux significatifs avec leurs proches même lorsque le contexte restreint les visites.

- S'appuyant sur le rapport des Forces armées canadiennes, une attention particulière devrait être portée à l'établissement et au maintien d'une ligne de communication entre les CHSLD et les familles sur l'état de santé des résidents. En effet, nombre d'entre eux sont incapables d'utiliser un support numérique ou téléphonique pour communiquer avec leurs proches.
- Considérant que les cohortes de PAB issues du programme *Soutien aux soins d'assistance en établissement de santé* n'auront pas reçu le contenu de formation traitant de la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées, nous proposons de rendre obligatoire l'acquisition de ces connaissances par le biais d'une formation dans le milieu de travail. Celle-ci peut être complétée sur plateforme numérique de *Formation continue partagée* du MSSS où se trouve une formation sur la lutte contre la maltraitance.
- Considérant l'importance de combiner des actions de prévention de la maltraitance en CHSLD et des démarches de promotion de la bientraitance envers les personnes âgées, en plus d'en assurer une compréhension commune, nous suggérons le développement d'une formation continue sur la bientraitance qui pourrait être accessible dans les CHSLD via la plateforme *Formation continue partagée* du MSSS.
- Puisque le développement d'approches de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance demande un investissement temporel important et que l'expérience et les bénéfices tirés de ces approches méritent d'être partagés, nous proposons la création d'un répertoire provincial informatisé et sécurisé rendant accessibles ces initiatives à toute personne travaillant dans un CHSLD.
- Considérant que depuis 2017 s'implante graduellement au Québec le contenu de la L-6.3, ce qui comprend l'adoption et la mise en application d'une politique de lutte contre la maltraitance dans tous les établissements du RSSS, nous suggérons de procéder à son déploiement complet avant d'initier de nouvelles mesures de lutte contre la maltraitance dans ces établissements.
- Selon les informations rendues disponibles par les médias, les mécanismes assurant la confidentialité et l'immunité lors d'un signalement de maltraitance envers une personne âgée en CHSLD ne semblent pas suffisants pour inciter les professionnels à dénoncer : ils craignent des représailles. Il importe que les mécanismes de protection des lanceurs d'alerte soient renforcés.
- Sachant que les Commissaires aux plaintes et à la qualité des services relèvent des Conseils d'administration des établissements, nous proposons d'augmenter leur indépendance afin qu'ils jouissent de la marge de manœuvre nécessaire pour enquêter non seulement sur les allégations de maltraitance en général, mais de façon plus spécifique sur celles de maltraitance organisationnelle où peuvent être mis en cause les membres des conseils d'administration et les différents cadres dans les installations.
- Considérant que l'imputabilité décisionnelle est un vecteur de changement dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et un facilitateur de prise de décisions rapide et centralisée dans les CHSLD, nous nous attendons à ce que soit complétée l'initiative annoncée par le gouvernement quant à la désignation d'un gestionnaire de proximité imputable dans chaque CHSLD.
- Considérant que le Québec ne dispose pas de données scientifiques sur la maltraitance organisationnelle et que la pandémie exacerbe les lacunes dans l'organisation et la prestation des soins, nous suggérons de documenter ce type de maltraitance qualitativement et quantitativement par le biais d'études exploratoires. Il importe que ces cas cessent d'être cachés ou révélés par des journalistes ou au moyen de rapports d'enquête.

Références

- Assemblée nationale du Québec. (2020). *Conférences et points de presse dans les édifices de l'Assemblée nationale*. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/index.html>
- Ayalon, L., Zisberg, A., Cohn-Schwartz, E., Cohen-Mansfield, J., Perel-Levin, S., & Bar-Asher Siegal, E. (2020). Long-term care settings in the times of COVID-19: challenges and future directions. *International Psychogeriatrics*, 1-5.
- Banerjee, A. et al. (2011). Structural violence in long-term, residential care for older people: comparing Canada and Scandinavia. *Soc. Sci. Med*, 74(3), 398.
- Beaulieu, M., Leboeuf, R., Pelletier, C. & Cadieux-Genesse, J. (2018). La maltraitance envers les personnes âgées. Dans Laforest, J., Bouchard, L.M. & Maurice, P. (Eds.) *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique. Gouvernement du Québec. pp. 169-197.
- Beaulieu, M., Pelletier, C. et Dubuc, M.-P. (2018). *Maximiser les activités de sensibilisation sur la maltraitance et l'intimidation envers les personnes âgées : Guide de pratique DAMIA. Pour personnes administratrices et coordonnatrices*. Québec. 78 p.
- Bilodeau, É. & Duchaine, G. (2020, 13 octobre). Désillusion chez les nouveaux préposés. *La Presse*. Repéré à <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-10-13/desillusion-chez-les-nouveaux-preposes.php>
- Bytyqi, B. (2011). *La maltraitance envers les personnes âgées en établissement médico-social (EMS) : Identification des facteurs de risque et des moyens de prévention*. Fribourg : Haute École de Santé. 122 p.
- Chen, R. & Dong, X. (2017). Risk factors of elder abuse. Dans Dong X (éd.). *Res. Pract. Policy*. Switzerland: Springer International Publishing. p. 93-106.
- Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées. (2020.) À propos. Repéré à <https://maltraitancedesaines.com/a-propos/>
- Comité terminologie du Québec - Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal ; Ligne Aide Abus Aînés ; Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées ; Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec. (2017). *Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées*. Repéré à <https://maltraitancedesaines.com/terminologie/>
- Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2017). *Les personnes de 75 ans et plus en attente d'une place d'hébergement en CHSLD*. Repéré à https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/InfoPerformance/CSBE_Info_Performance_n016.pdf
- Cortez, N. (2013). *Elder Abuse and Neglect in Long Term Care Facilities: A Literature Review*. Montreal : CSSS Cavendish.
- Dong X. et al. (2011). Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*, 57(6), 549-558.
- Forces armées canadiennes. (2020). *Observations sur les centres d'hébergement de soins longue durée*. 60 p.
- Gerbet, t. (2020, 28 mai). Plus de 8000 aînés vivent dans des CHSLD vétustes en totalité ou en partie. *Radio-Canada*. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1706640/chsld-vetustes-mauvais-etat-maisons-aines>
- Gouvernement du Québec. (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. 2^e Édition. 655 p.
- Gouvernement du Québec - Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur [MEES]. (2020). *Devenez préposé en CHSLD*. Repéré à <https://www.quebec.ca/education/devenir-prepose-chsld/>

- Gouvernement du Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020a). *Arrêté numéro 2020-038*. Repéré à https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_2020-038.pdf?1589646712
- Gouvernement du Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020b). *Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002450/>
- Gouvernement du Québec - Secrétariat aux Aînés. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/aines/plan-action-gouvernemental-contre-maltraitance-aines/>
- Habjanic, A. et al. (2012). Challenges for institutional elder care in Slovenian nursing homes. *J. Clin. Nurs*, 21, 2579-2589.
- Haukioja, H. (2016). Exploring the Nature of Elder Abuse in Ethno-Cultural Minority Groups: A community-based participatory research study. *The Arbutus Review*, 7(1), 51-67.
- Institut national de santé publique du Québec. (2020a). *Données COVID-19 au Québec*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>
- Institut national de santé publique du Québec. (2020b). *Ligne du temps COVID-19 au Québec*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>
- Institut national de santé publique du Québec. (2020c). *Revue rapide de la littérature scientifique : proportion de personnes asymptomatiques et potentiel de transmission de la COVID-19 par ces personnes*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2989-asymptomatiques-potentiel-transmission-covid19.pdf>
- Lacousière, A. (2020, 13 mai). Les transferts de personnel entre zones chaudes et zones froides se poursuivent. *La presse*. Repéré à <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-05-13/les-transferts-de-personnel-entre-zones-chaudes-et-zones-froides-se-poursuivent>
- Lechevalier Hurard, L. (2013). Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique ». *Sociol. Trav*, 55, 279-301.
- Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (L-6.3). (2017). Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/l-6.3>
- Maltais, I. (2020, 16 mai). Une boîte courriel pour permettre aux travailleurs de la santé de s'épancher. Radio-Canada. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1703649/boite-courriel-travailleurs-sante-omerta-mccann>
- Milliken, M., O'Donnell, S., Gibson, K. & Daniels, B. (2012). Older Adults and Video Communications: A Case Study. *The Journal of Community Informatics*, 8(1).
- Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Constitution de l'organisation mondiale de la Santé*. Repéré à <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- Picken, S., Halphen, J. M. & Dyer, C. B. (2011). Elder mistreatment in the long-term care setting ». *Ann. Long-Term Care Aging*, 19(8), 30-35.
- Roberto, K. A. (2016). The complexities of elder abuse. *American Psychologist*, 71(4), 302-311.
- Société royale du Canada. (2020). *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*. Repéré à https://rsc-src.ca/sites/default/files/LTC%20PB%20%2B%20ES_FR_0.pdf
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M. & Sethi, D. (2018). The Prevalence of Elder Abuse in Institutional Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Journal of Public Health*, 0(0), 1-10.