

Vie et vieillissement

Revue trimestrielle de l'Association québécoise de gérontologie



LA MALTRAITANCE SOUS L'ANGLE DE LA LOI ET DES DROITS



Formations en gérontologie



Développer de nouvelles compétences

- Prendre des décisions en fonction des meilleures pratiques cliniques et éthiques.
- Coordonner des situations complexes requérant des services variés et intégrés.
- Soutenir et conseiller les intervenants et partenaires.

Programmes de type cours

Microprogrammes de 2^e cycle

- Soutien-conseil en gérontologie
- Intervention en gérontologie

Offerts à Sherbrooke, Longueuil et à distance

Horaire adapté en formation continue

Programmes de type recherche

Maîtrise en gérontologie

Doctorat en gérontologie

Offerts à Sherbrooke



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

| Voir au futur

USherbrooke.ca/gerontologie

La seule revue multidisciplinaire et francophone en gérontologie qui s'adresse à la fois aux intervenants, aux professionnels, aux étudiants et à toutes les personnes intéressées aux enjeux du vieillissement individuel et collectif.

Avis aux lecteurs : veuillez prendre note que les thématiques et les dates sont sujettes à changement selon la disponibilité des auteurs et de nos membres des comités qui collaborent généralement d'une façon bénévole.

Votre collaboration nous est précieuse. N'hésitez pas à nous proposer des thématiques à couvrir, à nous envoyer vos articles ou à faire partie d'un comité!

Veuillez noter que les numéros thématiques émanent de travaux d'un comité d'experts qui détermine l'angle de traitement et évalue les articles. Il est donc recommandé de communiquer avec la rédactrice en chef avant de proposer un article sur une thématique.

La revue trimestrielle **Vie et vieillissement** est le média par excellence pour rejoindre les résidences de retraités, les centres de recherche, les universités, les collèges, les bibliothèques et les institutions du MSSS, les associations de personnes âgées, les rassemblements de professionnels et de techniciens, les entreprises de l'économie sociale et les organisations de bénévoles œuvrant dans le domaine de la gérontologie sociale.

Les articles publiés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. L'AQG respecte le choix des auteurs quant à la féminisation et l'usage de la nouvelle orthographe. La reproduction des textes est autorisée à condition d'en mentionner la source.

RÉPERTORIÉ DANS

Bibliothèque nationale
du Canada
Bibliothèque nationale
du Québec
Index de la santé et
des services sociaux

Point de repère
ISSN 1707-0104
Enregistrement
NO 40050080

- 2 | **ÉDITORIAL**, Marie Beaulieu, Ph. D., professeure, Université de Sherbrooke, titulaire, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées; Françoise Le Borgne-Uguen, professeure de sociologie, directrice-adjointe Laboratoire d'études et de recherche en sociologie, Université de Bretagne occidentale, Brest
- 5 | **LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE DES ÂÎNÉS : QUELQUES EXEMPLES DE MOYENS LÉGAUX À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC**, Hélène Guay, B.C.L., LL.M.
- 11 | **A-T-ON BESOIN D'UNE LOI DE SIGNALEMENT OBLIGATOIRE DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES ÂÎNÉS EN MILIEU D'HÉBERGEMENT AU QUÉBEC ?** Marie Beaulieu, Ph. D., professeure, Université de Sherbrooke, titulaire, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS; Caroline Pelletier, T.S., M. Serv. Soc. doctorante en gérontologie, Université de Shebrbrooke, professionnelle de recherche, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées; Marie-Ève Manseau, M. Serv. Soc., coordonnatrice, Ligne Aide Abus Âînés, CIUSS Centre-Ouest de Montréal; Charmaine Spencer, L.L.B., L.L.M, Simon Fraser University
- 23 | **PROGRAMME DE FORMATION SUR LA MALTRAITANCE POUR LES DIRECTEURS FRANÇAIS D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES SOCIAUX ET MÉDICOSOCIAUX**, Isabelle Donnio, directrice d'établissement et de service social et médicosocial, psychologue-formatrice, chargée d'enseignement, École des hautes études en santé publique, Rennes, France
- 31 | **MALTRAITANCE ET VIOLENCE ENVERS LES ÂÎNÉS EN SUISSE ROMANDE : REGARDS CROISÉS SUR LE RECOURS À LA LOI À PARTIR DES RÉFLEXIONS D'UN CONSEIL D'ÉTHIQUE**, Delphine Roulet Schwab, Ph. D. Psychologie, b.c. professeure HES ordinaire, Institut et Haute École de la Santé La Source en Suisse; Micaela Vaerini, Ph. D. Droit, avocate spécialiste FSA droit de la famille, chargée d'enseignement, Université de Genève; Nadja Eggert, Ph. D. Éthique, responsable de recherche, Plateforme interdisciplinaire d'éthique (Ethos) / Interface science-société, Université de Lausanne; François Matt, infirmier, directeur d'établissements médicosociaux en Suisse
- 37 | **NATURE ET CAUSES DES SITUATIONS DE MALTRAITANCE ENVERS LES ÂÎNÉS TRAITÉES PAR LES COMITÉS DES USAGERS : UN APERÇU DES MANQUEMENTS AUX DROITS DES USAGERS**, Marie-Ève Bédard, candidate au doctorat en gérontologie à l'Université de Sherbrooke, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées et Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS; Éric Gagnon, Ph. D., chercheur, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale; Marie Beaulieu, Ph. D., professeure, Université de Sherbrooke, titulaire, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS
- 45 | **EMPOWERMENT TOI-MÊME ! PRATIQUES AUTONOMISANTES D'ACCOMPAGNEMENT D'ÂÎNÉS VICTIMES DE MALTRAITANCE**, Hélène Geurts, Université de Mons, assistante – doctorante, Service d'orthopédagogie clinique, Université de Mons; Marie-Claire Haelewyck, Ph. D., cheffe de service, Service d'orthopédagogie clinique, Université de Mons
- 52 | **NOTE DE LECTURE**
- 53 | **J'AI SU, J'Y ÉTAIS, J'AI LU**

**LA MALTRAITANCE
SOUS L'ANGLE DE LA LOI
ET DES DROITS**
Vol. 13 N° 4 2016

RÉDACTRICE EN CHEF

Danielle Massé
danielle.masse@aag-quebec.org

COMITÉ DE RÉDACTION

Lise Dallaire
Catherine Geoffroy
Anne Échasseriau
Ghislain Hallé
Nelson Saint-Gelais

COMITÉS D'EXPERTES

Coordonnatrices
Marie Beaulieu
Université de Sherbrooke
Françoise Le Borgne-Uguen
Université de Bretagne
occidentale, Brest
Manon Fortin
Fédération des centres
d'assistance et
d'accompagnement aux plaintes
M^e Marie-Claude Lauzanne
Ex-procureure de la Couronne,
Ville de Montréal
Marie-Ève Manseau
Pratique de pointe « maltrai-
tance aînées du CIUSSS Centre-
Ouest-de-l'île-de-Montréal

COLLABORATION SPÉCIALE

Pierre Bourgeois
Retraité et bénévole
Normand Filteau
Retraité et bénévole
Louis Plamondon
Retraité
Université de Montréal
Sophie Éthier
Université Laval

**CONCEPTION,
RÉALISATION GRAPHIQUE
ET INFOGRAPHIE**

Mariane Cogez
www.spinprod.com

IMPRIMERIE : Repro-UQAM
www.repro.UQAM.ca

PUBLICITÉ

Martin Laverdure
514 239-3629
martin@laverdure-marketing.com

ABONNEMENTS
1-888-387-3612



MARIE BEAULIEU, PH. D.
PROFESSEURE
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE,
TITULAIRE, CHAIRE DE
RECHERCHE SUR LA
MALTRAITANCE ENVERS LES
PERSONNES ÂINÉES



FRANÇOISE LE BORGNE-
UGUEN, PROFESSEURE DE
SOCIOLOGIE, DIRECTRICE-
ADJOINTE, LABORATOIRE
D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE
EN SOCIOLOGIE, UNIVERSITÉ
DE BRETAGNE OCCIDENTALE,
BREST

La lutte contre la maltraitance a connu un important essor depuis que l'Organisation des Nations Unies (ONU), en 2002, l'a reconnue dans la 3^e édition de son *Plan d'action international sur le vieillissement*. Au Québec, le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015*, prolongé jusqu'en 2017, a permis de mieux sensibiliser les différents acteurs concernés, dont en premier lieu les aînés eux-mêmes, et d'outiller les praticiens en les encourageant à promouvoir des pratiques intersectorielles.

En réponse aux situations de maltraitance, les sociétés conjuguent deux approches complémentaires qui correspondent à des mobilisations différenciées du droit. Il y a d'abord les droits universels et sociaux des individus qui constituent le cadre juridique de réponses aux situations de maltraitance. Il y a aussi des droits spécifiques de prévention et protection des aînés et aussi de soutien pour qu'ils puissent se défendre, ou qu'autrui puisse les défendre quand leurs pouvoirs ou capacités d'action sont limités.

Pour rendre compte de la convergence, mais aussi de spécificités des dispositifs de lutte contre la maltraitance retenus dans différents pays, une réflexion fondée sur le droit s'avère éclairante. Cet angle d'analyse a été retenu pour ce numéro de la revue *Vie et vieillissement*, car il est porteur de points de vue et de connaissances moins souvent partagés. Il regroupe six textes : trois en provenance de l'Europe (France, Suisse, Belgique) et trois du Québec. C'est donc un numéro qui offre plus d'un regard croisé au sein de la francophonie.

Quelles sont les orientations retenues en matière de droit? Dans une optique exploratoire, M^e Hélène Guay analyse les outils législatifs spécifiques et innovateurs pour contrer la maltraitance, adoptés dans trois juridictions : l'Écosse, la Wallonie et la

France. Sa démarche révèle une diversité d'approches.

C'est la question de la pertinence de l'existence d'une loi spécifique de protection des personnes aînées hébergées que discutent Marie Beaulieu, Caroline Pelletier, Marie-Ève Manseau et Charmaine Spencer. En dépit de la probable sous-déclaration et sous-estimation de l'ampleur de la maltraitance en hébergement, et partant de comparaisons des dispositifs retenus par les États-Unis, le Canada et le Québec, les auteurs évaluent que la promulgation d'une loi prescrivant l'obligation de signaler ne constitue pas une ressource nécessaire. Dans un contexte où la définition de la maltraitance reste un enjeu, la préservation des droits et libertés des personnes désignées comme vulnérables requiert le renforcement de mécanismes garants d'une vigilance collective et collaborative au sein des établissements, seules ressources permettant de contrer la survenue de maltraitance.

Les quatre textes qui suivent rendent compte des appropriations des cadres légaux de l'action. Certains s'inscrivent dans le cadre institutionnel de services et d'établissements d'hébergement, d'autres sont destinés à l'ensemble d'une population au-delà d'un certain âge, quels que soient le lieu de vie, les acteurs et les modalités de la maltraitance. En France, depuis 2000, l'existence d'un cadre légal de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées puis handicapées conforte les responsabilités et possibilités d'action des professionnels. Isabelle Donnio analyse les effets des formations des directeurs d'établissement et de service médicosocial, et des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale sur leur capacité d'action. Au-delà de la connaissance des droits des personnes, dans un cadre politique de promotion de la bientraitance, les formations-actions collectives qu'ils mettent en place auprès de leurs équipes soutiennent un questionnement sur les concepts et les paradoxes de l'action. Cet examen réflexif des pratiques permet l'inventaire des facteurs de risques et ouvre des perspectives de changements au sein des équipes.

Dans quelle mesure la construction et l'usage de ces dispositifs renforcent-ils les voies et les capacités d'action des personnes concernées? En Suisse, en l'absence de statut juridique des personnes âgées et de cadre légal spécifique à la maltraitance, les conseils d'éthique sont sollicités en réponse aux requêtes de résidents, de proches et de professionnels. Selon les auteurs, une

situation peut être diversement qualifiée en termes de violence conjugale combinée ou non à de la maltraitance dans un établissement médicosocial. Delphine Roulet Schawb, Micaela Vaerini, Nadja Eggert et François Matt prennent appui respectivement sur diverses disciplines pour illustrer la complexité de ces pratiques, de la qualification juridique retenue et de la place préservée pour les personnes concernées aux différents moments de ces parcours. Dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec, l'analyse des pratiques de comités d'usagers conduit Marie-Ève Bédard, Éric Gagnon et Marie Beaulieu à différencier quatre types de rapports au sein desquels certains processus relèvent de la maltraitance : d'un membre du personnel à un usager, d'un usager à un autre usager, d'un membre de la famille d'un usager à l'usager, d'un usager à un membre du personnel. Ce n'est pas seulement en termes de manques individuels que s'énoncent les conditions de survenue de la maltraitance. Ce sont aussi les limites organisationnelles qui conduisent à une application étroite des règles et à des situations de maltraitance entre les personnes. Néanmoins, même si le plan d'action gouvernemental définit les légitimités, le champ d'activités et les terminologies à disposition de ces comités

d'usagers, leurs membres ne recourent pas fréquemment au terme de maltraitance pour qualifier ces situations. En Belgique francophone (Wallonie), depuis 2009, un arrêté du gouvernement confie à une agence l'assistance aux aînés victimes d'abus quels que soient les contextes de survenue de la maltraitance. Hélène Geurts et Marie-Claire Haelewyck inscrivent le mode d'action publique retenu en continuité de la lutte contre l'âgisme : la proposition est formulée en termes de justice sociale, l'intervention publique privilégie l'assistance, le suivi et l'identification des personnes concernées et la mise en place de stratégies d'*empowerment* pour les personnes maltraitées et leur entourage. Cette posture conduit à privilégier le fait que l'individu concerné maintienne des possibilités d'investir son environnement complexe, de garder la main sur la solution retenue, de la réajuster sans que l'intervenant n'impose sa propre décision.

Toutes les actions exposées dans ce numéro prennent appui sur le droit et les droits. Souhaitons qu'elles contribuent à contrer les conditions d'apparition d'actes de maltraitance dans la diversité de leurs contextes, de soin et d'hébergement, dans le cadre familial ou encore dans l'espace public.



VOUS ÊTES VICTIME OU TÉMOIN DE MALTRAITANCE ?

LIGNE AIDE ABUS AINÉS

1 888 489-2287

Québec 

L'IMPORTANCE DE FAIRE ÉVALUER SON AUDITION RÉGULIÈREMENT

Par **WEENA D'COSTA, M.P.A.**, audiologiste exerçant dans les cliniques Lobe de Gatineau et d'Aylmer

Des oreilles en santé nous permettent de communiquer avec les personnes de notre entourage, en plus d'assurer notre sécurité en nous alertant des dangers. Pourtant, peu de gens se questionnent sur l'éventualité d'une baisse de leur audition.

Saviez-vous que les problèmes auditifs touchent plus d'un million de Canadiens, y compris les enfants? Plusieurs facteurs, tels que les infections aux oreilles, l'exposition prolongée aux bruits forts ou l'âge, peuvent engendrer de la difficulté à bien entendre, et donc à bien comprendre. C'est pourquoi il est recommandé d'effectuer un test auditif (évaluation audiologique) régulièrement.

Les enfants

Pour les enfants, un dépistage auditif est conseillé dès la naissance. Ensuite, si vous notez que vos enfants ou vos petits-enfants font souvent répéter leur entourage, qu'ils ont tendance à parler fort, qu'ils augmentent le volume de la télévision ou qu'ils ne réagissent tout simplement pas aux bruits de leur environnement, vous devriez consulter un audiologiste. L'évaluation audiologique permettra de déceler une baisse de l'audition, une situation qu'il importe de détecter puisqu'une diminution de l'audition pourrait nuire au bon développement du langage.

Les adultes

Selon les statistiques disponibles, le Québec compterait plus de 400 000 travailleurs exposés à des bruits potentiellement dangereux pour leur audition. Êtes-vous l'un d'eux? Si oui, vous devriez faire évaluer votre audition tous les deux ans. Ainsi, dans les cas où il y aurait une perte auditive ou encore une détérioration de l'audition, l'évaluation audiologique permettra d'effectuer un suivi adéquat de votre situation.

L'approche de la cinquantaine est aussi un moment propice pour rencontrer un audiologiste, car la perte auditive liée à l'âge (presbycusie) s'installe progressivement. Par la suite, un contrôle chaque deux ans, ou selon les recommandations de l'audiologiste, permettra de suivre de près tout changement de votre état.

Voici quelques signes qui permettent d'identifier un problème d'audition chez un proche :

- **La personne ne participe plus aux conversations ou a de la difficulté à suivre lorsque les gens parlent en même temps;**
- **Elle vous demande continuellement de répéter ce que vous avez dit;**
- **Elle affirme que les gens de son entourage ne parlent pas assez fort;**
- **Elle semble plus fatiguée après une rencontre de groupe;**
- **Elle écoute la télévision ou la radio à un volume très élevé.**

Si vous ou un proche constatez une baisse d'audition, ou si vous avez des questions à ce sujet, n'hésitez pas à prendre rendez-vous avec un audiologiste qui exerce dans les cliniques Lobe.

Lobe

Cliniques en santé auditive et communication

1-866-411-5623 • lobe.ca

Tiré du Magazine *Lobe*, volume 10, numéro 1, 2015, page 7.

Références :

- NISKAR, A.S., et al. (1998). « Prevalence of hearing loss among children 6 to 19 years of age: The Third National Health and Nutrition Examination Survey », *The Journal of the American Medical Association*, 279(14) : 1071-1075.
- ROSS, D.S., et al. (2008). « Hearing Screening and Diagnostic Evaluation of Children with Unilateral and Mild Bilateral Hearing Loss », *Trends in Amplification*, 12(1) : 26-34.
- THARPE, A.M. (2007). « Minimal hearing loss in children: The facts and the fiction », dans *Sound Foundation Through Early Amplification*, repéré à http://www.phonak.com/content/dam/phonak/b2b/Pediatrics/webcasts/pediatric/com_31_p61899_pho_kapitel_18.pdf

LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE DES AÎNÉS : QUELQUES EXEMPLES DE MOYENS LÉGAUX À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

Les aînés forment une partie de la population pour laquelle un vif intérêt s'est développé au cours des dernières décennies, notamment en raison de la maltraitance dont ils sont victimes. Au plan international, rares sont les États qui ignorent le phénomène de la maltraitance à l'égard des aînés¹. Les moyens de communication actuels permettent d'ailleurs de constater que la négligence et la violence envers les aînés sont non seulement répandues, mais aussi que les outils juridiques pour contrer la maltraitance se multiplient et sont innovants.

Au quotidien, les aînés maltraités vivent des situations stressantes qui affectent leur vie. Fragilité, isolement, affaiblissement dû à l'âge, les facteurs susceptibles d'exposer les aînés à la maltraitance, les caractéristiques de ceux qui maltraitent les aînés et les signes de maltraitance sont mieux connus depuis trente ans². Mais des questions préoccupantes demeurent. Comment répondre adéquatement aux besoins de l'aîné qui n'ose pas parler par peur de perdre son logement, la visite d'un enfant ou les services qui lui sont fournis? Quels sont les moyens légaux pour répondre adéquatement à cette clientèle souvent captive et paralysée à l'idée d'être encore plus isolée si elle brise le silence? Comment répondre au respect de ses choix, de son droit à la quiétude et au respect de sa dignité, de son patrimoine, de son intégrité?

Les systèmes de droit prônent des solutions diverses pour lutter contre la maltraitance à l'égard des aînés. Le champ d'analyse et de réflexion est vaste lorsqu'on constate les multiples visages de la maltraitance et qu'on examine les propositions existantes. Dans une optique exploratoire, nous analysons les outils législatifs spécifiques pour contrer la maltraitance, adoptés dans trois juridictions : l'Écosse, la Wallonie et la France, en raison de leur caractère spécifique ou innovateur. L'analyse permet d'enrichir notre réflexion sur les choix légaux pour répondre à un phénomène qui n'a pas de frontières.

PRINCIPE UNIVERSELLEMENT RECONNU

La lutte pour contrer la maltraitance à l'égard des aînés prend appui sur une préoccupation universelle que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelait récemment :

« La maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits de l'homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales; les violences matérielles et financières; l'abandon; la négligence; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect. »³

C'est en 1982 que s'est déroulée à Vienne la première assemblée internationale sur le vieillissement, organisée par les Nations Unies. Dans ses recommandations, le rapport d'assemblée soulignait notamment la nécessité de protéger les personnes âgées contre l'exploitation⁴. Lors de la deuxième assemblée internationale, en 2002, les signataires du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement ont reconnu l'importance de collaborer avec l'OMS dans une optique de prévention de la violence principalement par l'adoption de directives et la diffusion d'informations visant à mettre fin au phénomène. À cette époque, l'OMS émettait le constat que les outils légaux n'étaient pas au rendez-vous. Elle incitait les différents secteurs d'activités à la concertation afin de répondre à la préoccupation et à la prévention de la maltraitance à l'égard des aînés⁵. Selon l'OMS :

« Pour que des lois détaillées visant tout particulièrement la maltraitance des personnes âgées soient adoptées, il faudrait une volonté bien plus marquée de venir à bout du problème. Cependant, même lorsqu'il existe de telles lois, il est rare que les cas de maltraitance de personnes âgées donnent lieu à des poursuites. »⁶



HÉLÈNE GUAY, B.C.L., L.L.M.

L'OMS recommandait d'adopter des lois plus fermes afin de garantir les droits des personnes âgées et de les protéger⁷. Au cours des quinze dernières années, des lois ont été adoptées dans divers États⁸. Ces lois spécifiques s'ajoutent aux moyens légaux usuels de poursuites des auteurs de la maltraitance devant une instance civile ou criminelle. Il est trop tôt pour mesurer l'impact des lois adoptées et entrées en vigueur au cours des dernières années. Il demeure néanmoins intéressant à ce stade de connaître la portée des modifications législatives pour les juridictions sélectionnées.

ADULTES À RISQUE ET INTERVENTIONNISME DE LA LOI ÉCOSSAISE

En mars 2007, l'Écosse adoptait la loi intitulée *Adult Support and Protection (Scotland) Act 2007*. Cette loi, en vigueur en 2008, a pour objet le soutien et la protection des adultes qui sont « à risque de préjudice » (*risk of harm*). La loi définit la notion de *harm* comme un comportement qui cause un dommage physique ou psychologique (p. ex. peur, anxiété) ou un comportement illégal par lequel une personne s'approprie des biens ou entache des biens, des droits ou des intérêts (p. ex. fraude, vol, extorsion) ou un comportement de la personne même qui lui cause un préjudice (art. 53).

Cette loi introduit un principe d'intervention dans les affaires d'un adulte considéré « à risque de préjudice », à deux conditions :

- a) que l'intervention apporte un avantage qui ne pouvait raisonnablement être envisagé sans intervention dans les affaires de l'adulte;
- b) qu'elle est, dans les différentes options susceptibles de réaliser l'objet de l'intervention, la moins restrictive à la liberté de l'adulte (art. 1).

La loi écossaise définit comme « adultes à risque », les adultes qui sont incapables de sauvegarder leur bien-être, leurs biens, leurs droits ou leurs intérêts, qui sont à risque de préjudice, et qui sont, en raison d'une invalidité, d'un désordre mental, d'une maladie ou d'une déficience physique ou intellectuelle, plus susceptibles d'être lésés que les adultes qui ne sont pas ainsi affectés (art. 3).

Un « adulte à risque » est considéré « à risque de préjudice » si le comportement d'une autre personne est à l'origine (ou susceptible de causer) d'un préjudice causé à l'adulte, ou l'adulte se livre

(ou est susceptible d'engager) à une conduite qui lui cause (ou est susceptible de lui causer) du tort (art. 3).

La notion de préjudice (*harm*) guide toute intervention dont pourrait faire l'objet un adulte en vertu de la loi. L'évaluation du risque et du préjudice est laissée à l'appréciation d'un *council* qui doit faire enquête. L'élément déclencheur repose sur une enquête (*inquiry or investigation*) que doit faire un *council* relativement au bien-être, aux biens ou aux affaires financières d'une personne, lorsqu'il sait ou a des raisons de croire que cette personne est un « adulte à risque », et qu'il y a lieu d'intervenir dans le but de protéger le bien-être, les biens ou les affaires financières de cette personne (art. 4).

Aux fins de son enquête, l'« officier conseil » (*council officer*) peut faire appel aux services de santé et de services sociaux, au curateur public, aux forces policières, etc. Ceux-ci doivent collaborer aux besoins de l'enquête (art. 5). Dans le

cadre de son enquête, l'« officier conseil » peut poser les actions suivantes :

- 1) pénétrer dans tout lieu dans le but de protéger un adulte à risque de préjudice;
- 2) interviewer toute personne qu'il trouve dans un tel lieu;
- 3) requérir qu'un adulte trouvé

dans un tel lieu soit examiné par un professionnel de la santé qui accompagne l'officier conseil – même sans autorisation judiciaire, mais avec le consentement de la personne;

4) exiger de toute personne qui détient un dossier de santé ou un dossier financier, ou autre, dans ce lieu, au nom d'un adulte qu'il sait ou croit à risque, qu'elle lui remette des documents de ce dossier (art. 7,8,9,10).

La Loi écossaise de 2007 octroie donc des pouvoirs étendus d'enquête à une personne qui possède aussi des pouvoirs importants. Son enquête et son intervention visent à éviter un préjudice à l'adulte à risque. Ainsi, à la suite de l'approbation du shérif, l'officier conseil peut faire cesser rapidement une situation de maltraitance à l'égard d'un aîné. L'adulte « à risque de préjudice » peut faire l'objet d'une ordonnance d'une évaluation du shérif (art. 11 et 12). Ce dernier a aussi le pouvoir d'émettre une ordonnance à l'effet de retirer d'un lieu un « adulte à risque de préjudice » si ce dernier risque d'être sérieusement lésé s'il n'est pas déplacé dans un autre lieu et si un tel lieu est disponible (art. 15). Le shérif peut aussi émettre une ordonnance

La Loi écossaise octroie des pouvoirs étendus d'enquête à une personne qui possède aussi des pouvoirs importants.

(incluant une ordonnance temporaire) à l'effet d'empêcher une personne de résider dans les lieux où se trouve un adulte à risque de préjudice (art. 19-21). L'émission d'une ordonnance peut par ailleurs comporter l'interpellation d'un agent de la paix aux fins d'arrestation et de détention.

La loi écossaise se caractérise par un caractère indéniablement interventionniste. Elle a été adoptée face à l'intolérance de la société écossaise au phénomène de la maltraitance à l'égard des personnes vulnérables et en particulier des aînés⁹. Elle répond au désir de protéger les aînés à risque, ou vulnérables, en fonction des circonstances.

Autre fait saillant de cette loi, elle établit des comités de protection des adultes, chargés d'assurer le respect des procédures et des pratiques, la diffusion de l'information, d'assister et d'encourager le développement d'habiletés et les connaissances des personnes qui ont des responsabilités relatives à la sauvegarde des adultes à risque¹⁰. Ces comités de protection doivent remettre un rapport biennal aux ministres écossais faisant état de l'application de la loi de 2007, du travail de concertation entre les acteurs et du nombre de signalements et d'interventions¹¹. Les rapports biennaux révèlent que les aînés forment une clientèle significative des signalements que favorise cette loi¹². La loi écossaise répondrait donc au besoin de signalement des aînés à risque de maltraitance, selon ce que révèlent les rapports d'application.

Retenons toutefois que l'ingérence que permet la loi dans les affaires et les décisions de l'adulte¹³, fondée sur des préoccupations sérieuses, empiète néanmoins sur la liberté des aînés et leur choix à l'intervention ou non dans leurs affaires.

Contrairement à l'Écosse, la Wallonie a opté pour des changements législatifs privilégiant une approche ciblée envers les aînés.

LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE DES AÎNÉS EN WALLONIE

En juillet 2008, le Code réglementaire wallon de la santé et de l'action sociale était modifié pour inclure un décret de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Le Code définit comme « aînés », « les personnes âgées de soixante ans au moins »¹⁴.



Un survol de quelques mesures législatives montre la diversité des approches à l'égard de la maltraitance des aînés. Les Écossais protègent les personnes à risque tandis que les Wallons se préoccupent des personnes vulnérables. La France a misé sur le respect qui est dû à la personne.

L'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés fut constituée par ce décret¹⁵. Cette Agence, aussi appelée *Respect Seniors*, s'est vue confier les missions suivantes :

- 1) une assistance au bénéfice des aînés en matière de maltraitance, notamment par la mise sur pied d'un numéro d'appel téléphonique gratuit;
- 2) l'organisation d'actions d'information et de sensibilisation sur la maltraitance à destination du public, notamment via un site Internet;
- 3) l'organisation de formations au bénéfice de professions susceptibles d'être confrontées à des cas de maltraitance;
- 4) l'échange d'informations, de statistiques ou de bonnes pratiques avec des associations ou organisations similaires dans les régions ou communautés limitrophes ou dans d'autres pays¹⁶.

Dès 2010, l'Agence *Respect Seniors* a été très active. Elle a d'abord produit un rapport de recherche fouillé à la suite d'une enquête visant à mesurer la prévalence de la maltraitance en Belgique¹⁷. Ses rapports annuels témoignent de son activité subséquente. Dans son rapport annuel de 2014, l'Agence wallonne rapporte la mise en place des moyens de lutte contre la maltraitance¹⁸. Elle relate une hausse de contacts avec les aînés de 9% par rapport à l'année 2013¹⁹. En 2014, les pratiques retenues comme moyens de lutte contre la maltraitance ont été redéfinies. Elles sont au nombre de huit et incluent la conciliation²⁰, l'approche de protection « médico-juridico-psycho-sociale » ainsi que « la médiation en vue d'une recherche de solution »²¹. Il sera intéressant de suivre l'évolution de ce dernier type d'intervention²²,

privilegié comme moyen de lutte contre la maltraitance.

Le Code wallon de l'Action et de la Santé prévoit par ailleurs des sanctions pénales à l'égard des gestionnaires d'établissements pour aînés – ce qui inclut tout type d'établissement – « qui ne respecte[nt] pas de manière caractérisée les normes de fonctionnement en portant atteinte gravement à la protection, à la sécurité ou à la santé des résidents »²³. Le Code wallon prévoit aussi des sanctions à l'égard du gestionnaire ou du propriétaire de l'établissement pour aînés qui :

- gère de façon non individualisée les comptes des résidents;
- par ruse, contrainte, menace, fausse promesse ou en profitant de l'état de faiblesse ou de maladie, se sera fait remettre des biens appartenant à un résident;
- impose comme condition préalable à l'entrée dans un établissement pour aînés le paiement d'un acompte.

Ces moyens de lutte contre la maltraitance à l'égard des aînés en Wallonie, inscrits au Code de la santé, témoignent de mesures instaurées pour les aînés les plus vulnérables, ceux qui sont hébergés. Les sanctions pénales sont imposées aux personnes qui doivent fournir la protection et assurer la surveillance des résidents aînés. Elles revêtent un caractère sévère et dissuasif. Ce moyen pour contrer les comportements violents, négligents, dégradants ou irrespectueux à l'égard des aînés hébergés s'avère probablement parmi les plus efficaces. Il se caractérise par l'imposition d'une mesure dissuasive qui peut affecter la réputation d'un établissement. Une mesure qui impose aux établissements non seulement le devoir d'assurer des services, mais également de fournir une protection et une surveillance efficaces aux résidents aînés vulnérables.

Contrairement à la Wallonie qui a retenu de pénaliser les gestionnaires d'établissement pour aînés résidents en cas de non-respect du devoir d'administration prudente, la France a opté pour une approche fondée sur un principe universel : le respect des droits des personnes et en particulier des personnes âgées.

RESPECTER LES AÎNÉS PAR UNE NOUVELLE LÉGISLATION EN FRANCE

C'est en 2007 que la France se dote d'un plan de développement de la bientraitance dans l'optique de renforcer la lutte contre la maltraitance des

personnes âgées et handicapées²⁴. Le Plan comporte 10 mesures dont :

- 1) la constitution d'une Agence de l'évaluation de la qualité des établissements de santé ayant pour mission d'élaborer et d'approuver les bonnes pratiques professionnelles destinées à améliorer la qualité des services;
- 2) des moyens pour faciliter les signalements et les démarches par le biais d'une ligne téléphonique d'écoute et d'accompagnement;
- 3) l'accroissement des inspections sanitaires;
- 4) l'application systématique et plus sévère des sanctions et des injonctions à l'égard des établissements de santé qui tardent à mettre en œuvre des mesures ou à modifier leurs pratiques; et
- 5) l'amélioration de la sécurité et de la santé des personnes hébergées par diverses mesures visant le cadre de vie.

Selon les termes du Plan français, « l'Agence constitue un élément clé du dispositif de mise en place effective des démarches de bientraitance. Elle est également essentielle dans le dispositif de lutte contre la maltraitance, car elle permettra la mise en œuvre de l'évaluation obligatoire et régulière des établissements, avec une évaluation réalisée par les établissements eux-mêmes et une évaluation externe sous son contrôle. »²⁵

Puis, en 2008, la France se dote d'une nouvelle autorité : le Défenseur des droits (DDD). Créée en 2011, cette institution a pour mandat de défendre les personnes dont les droits ne sont pas respectés et de permettre l'égalité de tous et toutes dans l'accès aux droits.

Le DDD a pour mission de défendre les droits individuels dans le contexte des relations avec les administrations. Il est habilité à recevoir des réclamations individuelles. Il a des pouvoirs d'enquête, de recherche de règlements à l'amiable et d'intervention dans les procédures judiciaires à l'appui de la personne concernée²⁶. Il peut également mettre en œuvre des actions concrètes, encourager des changements de pratiques et formuler des propositions de modifications législatives.

Puis, en 2013, le Comité national pour la bientraitance et les droits est instauré sous la gouverne du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées²⁷. Le Comité a pour mission de mettre en œuvre et de promouvoir la bientraitance, la prévention et la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et

handicapées²⁸. Ce Comité national a pour mandat de réfléchir aux moyens d'amélioration, de prévention, de détection et d'intervention à l'égard des personnes âgées désorientées, à domicile et en hébergement²⁹.

Puis, en décembre 2015, était adoptée en France la Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Cette loi est le fruit d'une réflexion menée sur l'adaptation de la société française au vieillissement partant de la prémisse : « Transformer les défis du vieillissement en autant d'opportunités ». La loi s'articule autour de trois axes principaux : anticipation (Titre I), adaptation de la société au vieillissement (Titre II) et accompagnement des personnes en perte d'autonomie (Titre III). Le principe directeur est énoncé à son article premier : « L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation. »

La loi française de 2015 s'inscrit également dans une optique de protection des personnes vulnérables. Elle vise à renforcer les dispositions de protection à l'égard des personnes âgées³⁰. Elle prohibe à toute personne qui se rend au domicile de la personne âgée dans le contexte de soins ou de services de bénéficier de dons, legs et d'avantages financiers de quelque nature de la part de la personne visitée, exception faite des cadeaux d'usage. Cette interdiction de captation de la personne âgée s'impose à toutes les personnes impliquées dans une prise en charge de l'aîné, qu'elles soient propriétaires, gestionnaires, employés d'un établissement, autant qu'à celles qui agissent comme bénévoles ou personnes volontaires.

Selon la nouvelle législation française, l'amélioration de la détection, du signalement aux autorités et du traitement des situations de maltraitance à l'égard des aînés représente un enjeu majeur. La Loi s'impose pour tout dysfonctionnement grave de gestion ou d'organisation susceptible d'affecter les usagers ou le respect de leurs droits, et pour tout événement ayant pour effet de menacer la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des résidents, ce qui inclut la maltraitance. Elle prévoit enfin un projet pilote par lequel une cellule composée de différents intervenants analysera et traitera les situations de maltraitance³¹. Cette loi

révèle une détermination politique de respecter les aînés comme force vive de la société.

CONCLUSION

La réponse légale à la lutte contre la maltraitance évolue depuis quinze ans. Il se dégage du survol des trois juridictions retenues pour l'objet de notre analyse une préoccupation commune à accroître la protection des personnes âgées, soit parce qu'on les considère à risque (Écosse), soit parce qu'on les considère vulnérables (Wallonie), soit parce qu'elles méritent le respect (France). Ces trois juridictions montrent la diversité des approches législatives à l'égard de la maltraitance des aînés. L'intervention écossaise révèle un désir de prendre en charge les aînés maltraités en évaluant le niveau de risque. L'imposition de devoirs accrus envers les établissements qui hébergent les aînés révèle que

Le Code wallon prévoit des sanctions pénales à l'égard des gestionnaires d'établissements pour aînés.

la Wallonie s'attaque au problème là où les aînés sont les plus vulnérables. La bienfaisance française cherche à promouvoir une philosophie, un esprit de la recherche du bien-être plutôt que de punir les coupables de maltraitance.

Il sera intéressant de suivre l'application de ces lois notamment par le biais de rapports annuels (tel en Wallonie) ou bisannuels (tel en Écosse) et aussi dans un contexte d'application d'une législation spécifique pour contrer la maltraitance des aînés.

Le signalement d'une situation de maltraitance d'une personne âgée demeure une mesure légale assez répandue. Les rapports annuels des agences et comités désignés ou constitués légalement permettent de connaître le nombre des signalements. Mais le nombre de signalements ne permet pas de conclure à l'efficacité de la loi pour enrayer le phénomène.

Il est trop tôt pour savoir si la loi française emportera plus de succès que les pénalités de l'approche wallonne pour contrer la maltraitance des aînés. Il est clair que la loi écossaise répond à un besoin et qu'elle offre une aide et une assistance (voire une intervention) aux aînés et à leurs proches inquiétés par une situation de maltraitance. Dans leurs applications, les lois pénales permettent généralement de dénoncer les actes les plus répréhensibles et de dissuader les gestes similaires en raison de la publication qui entoure la condamnation.

Les sanctions découlant du Code de la santé pourraient donc s'avérer fort utiles au long terme.

Il faut souhaiter continuer de documenter les interventions des défenseurs des droits des aînés pour mieux agir puisque le phénomène de la maltraitance n'est ni exclusif au domicile, ni à l'institution, comme le rapportait l'Agence wallonne³². Il est inclusif aux aînés...

RÉFÉRENCES

Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance, mars 2007, Ph., Bass, ministre délégué.

Respect Seniors, Rapport de recherche : *Étude sur le bien-être des personnes de plus de 70 ans en Wallonie*, Université de Liège, Panel Démographie Familiale, octobre 2010, 194 p.

NOTES

¹ ONU, Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, avril 2002, *Déclaration politique et Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement*, Nations Unies, New York, 2003, en ligne : < <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mpaa-fr.pdf> >; OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, sous la dir. de E.G. Krug et coll., Genève, OMS, 2002; *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*, adoptée par l'OMS, le Ryerson Institute de Toronto et l'International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA), novembre 2002, en ligne : < http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf?ua=1 > ; au Canada, National Initiative for the Care of the Elderly (NICE), *Defining and Measuring Elder Abuse and Neglect: Synthesis of Preparatory Work Required to Measure the Prevalence of Abuse and Neglect of Older Adults in Canada*, Toronto, Avril 2012, 125 p.

² Au début des années 1980, une étude menée dans la province canadienne du Manitoba commence à éveiller les consciences : D.J. SHELL, *Protection des personnes âgées : étude sur les personnes âgées maltraitées*, Rapport préparé pour le Sous-comité de la protection des personnes âgées établi par l'Association de gérontologie du Manitoba, janvier 1982. L'étude Shell a documenté le phénomène de la « négligence et la brutalité exercées sur les personnes âgées ».

³ OMS, Aide-mémoire N° 357, octobre 2015, < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/> >.

⁴ Nations Unies, *Rapport de l'assemblée mondiale sur le vieillissement*, Vienne, août 1982, A/CONF.113/31, en ligne : < <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-French.pdf> >.

⁵ Déclaration de Toronto, *supra*, note 1, à la page 1 : « *Legal frameworks are missing. Cases of elder abuse, when identified are often not addressed for lack of proper legal instruments to respond and deal with them.* »

⁶ OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé – chapitre 5: La maltraitance des personnes âgées*, 2002, p. 154.

⁷ *Ibid* p. 158.

⁸ Voir INPEA, WEAD Community Guide Tool Kit (*World Elder Abuse Awareness Day*); en 2004, l'Italie a adopté une loi visant la nomination d'un « tuteur de support » pour toute personne temporairement incapable de prendre soin d'elle; en 2009, une réglementation portant sur l'implantation de mesures de protection à l'égard de groupes vulnérables se mettait en place en Grande-Bretagne. Les États-Unis adoptaient le *Elder Justice Act 2009*, une loi visant à contraindre la maltraitance (*abuse*) à l'égard des aînés (art 2011). Selon la loi américaine, une personne de 60 ans et plus se qualifie comme un aîné.

⁹ En 2003, une situation impliquant de la maltraitance envers 50 personnes résidentes d'un établissement de santé avait choqué et fait réagir les Écossais.

¹⁰ *Adult Support and Protection (Scotland) Act 2007*, art. 42.

¹¹ *Adult Support and Protection (Scotland) Act 2007*, art. 46; *Adult Protection Committee Reports, 2010-2012*. Ces rapports étayent le travail effectué par les intervenants et permettent de constater les « adultes à risque » selon les problèmes de santé, telles démence, maladie mentale, difficulté d'apprentissage, déficience physique, infirmité due à l'âge; de même que les situations de maltraitance, la source du signalement ainsi que le nombre d'enquêtes suite aux signalements; < <http://www.gov.scot/Topics/Health/Support-Social-Care/Adult-Support-Protection/Committees/BiennialReport-2012/Response>>; par exemple, Aberdeen, rapport 2010-2012, p. 44, 47, 50 et 52, en ligne < <http://www.gov.scot/Resource/0041/00417590.pdf> >; par exemple Edimburgh, rapport 2010-2012, organigramme, p. 5, p. 24-26 : < <http://www.gov.scot/Topics/Health/Support-Social-Care/Adult-Support-Protection/Committees/BiennialReport-2012/Response/BiennialReportEdinburgh> >.

¹² Par exemple, Aberdeen, rapport 2010-2012, *ibid*, p. 14.

¹³ Voir Action on Elder Abuse, « *Are you worried an older person is being harmed or abused?* », en ligne < www.elderabuse.org.uk/scotland >.

¹⁴ Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, art. 378(2).

¹⁵ Lois, décrets, ordonnances et règlements, Arrêté du gouvernement, 4 juillet 2013, art. 1514; Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, art. 379.

¹⁶ Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, art. 382.

¹⁷ Respect Seniors, Rapport de recherche : *Étude sur le bien-être des personnes de plus de 70 ans en Wallonie*, Université de Liège, Panel Démographie Familiale, octobre 2010, 194 p.

¹⁸ Respect Seniors, Rapport annuel 2014, 74 p.

¹⁹ Respect Seniors, Rapport annuel 2014, p. 25. En 2015, Respect Seniors a enregistré une hausse de 390 contacts : Rapport annuel 2015, p. 33, en ligne : < <http://www.respectseniors.be/wp-content/uploads/2016/06/Rapport-annuel-Respect-Seniors-2015.pdf> >.

²⁰ La conciliation est définie comme une action qui vise à proposer un espace, un moment et un lieu de communication et/ou à mettre en relation des personnes dont les opinions ou les intérêts s'opposent afin de faire « entendre » la parole de l'aîné; Respect Seniors, Rapport annuel 2014, p. 19.

²¹ Respect Seniors, Rapport annuel 2014, p. 19.

²² Respect Seniors, Rapport annuel 2014, p. 37. Le rapport fait aussi mention de 3 cas de jurisprudence, sans les nommer (p. 71).

²³ Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, art. 376(1).

²⁴ Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance, mars 2007, Ph., Bass, ministre délégué, < http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan.pdf >.

²⁵ Plan de développement, *ibid*, à la p. 10.

²⁶ Questionnaire Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDC) « Droits de l'homme des personnes âgées », Préparation des consultations publiques intersessions, France, 2012, p. 2, en ligne.

²⁷ Décrets, arrêtés, circulaires, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Décret 2013-16, 7 janvier 2013, JO 9 janvier 2013.

²⁸ Décret 2013-16, art. D 116-1.

²⁹ Questionnaire HCDH « Droits de l'homme des personnes âgées », *supra*, p. 4.

³⁰ *Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*, Annexe, art. 4.4, en ligne < <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo/texte> >; on retrouve à l'Annexe de la loi, l'esprit et l'intention dans lesquels la loi a été adoptée.

³¹ *Ibid*.

³² Respect Seniors, Rapport annuel 2014, p. 31 : « ce n'est pas parce que l'aîné réside en institution que la maltraitance est commise par un professionnel. De même, ce n'est pas parce que l'aîné réside à domicile que la maltraitance est commise par un proche. »

A-T-ON BESOIN D'UNE LOI DE SIGNALEMENT OBLIGATOIRE DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS EN MILIEU D'HÉBERGEMENT AU QUÉBEC ?

La maltraitance envers les personnes âgées a été reconnue internationalement en 2002 dans le *Plan d'action international sur le vieillissement* de l'Organisation des Nations Unies (ONU) qui énonçait notamment l'intensification des moyens légaux pour la contrer. Engagé à respecter ce *Plan d'action international* de l'ONU, le gouvernement du Québec a rendu public en juin 2010, le premier *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015* (ci-après nommé le PAM), plan d'action qui a été prolongé jusqu'en 2017. Le PAM a misé sur la concertation interministérielle (13 ministères et organismes gouvernementaux) et sur le renforcement d'un continuum de services (prévention, détection et suivi des situations de maltraitance) au moyen de pratiques intersectorielles concertées. Ainsi, aucun nouveau cadre légal ne fut proposé même s'il y a eu consolidation de moyens légaux existants en 2010. En effet, dans les mois ayant précédé la sortie du PAM, la Commission des droits de la personne et de la jeunesse avait reçu des subventions visant à renforcer son équipe d'enquêteurs affectés à l'application de l'article 48 de la Charte québécoise des droits et libertés traitant de l'exploitation des personnes âgées et handicapées. De plus, par un de ses engagements au PAM, le ministère de la Justice a développé et vastement diffusé une formation sur le secret professionnel rendant plus explicites aux divers intervenants les circonstances dans lesquelles ils peuvent lever ledit secret qui, rappelons-le, appartient à la personne concernée et non au professionnel.

Il faut se rappeler qu'en amont du PAM, soit au milieu des années 1990, un projet de loi spécifique à la maltraitance envers les personnes âgées, le projet de loi 191, était mort au feuilleton

après une seule lecture à l'Assemblée nationale, particulièrement à la suite des pressions des associations de personnes âgées qui y avaient vu une ingérence du public dans la sphère du privé pour toute personne de 65 ans et plus (Conseil des aînés, 1995). Ce projet fut considéré comme une forme d'âgisme social indiquant qu'à compter de l'âge de 65 ans, tout adulte n'est plus en mesure de s'autodéterminer, donc qu'autrui puisse se substituer à l'adulte âgé pour signaler ! Ce sont notamment les associations d'aînés elles-mêmes qui avaient souhaité que la loi, telle qu'elle avait été libellée, ne soit pas adoptée.

En 2013, la question d'une loi spécifique de protection des personnes âgées contre la maltraitance est revenue sur la sellette, mais cette fois-ci en souhaitant protéger plus spécifiquement les personnes âgées hébergées. Le projet de loi 399, Loi visant à enrayer la maltraitance des personnes vulnérables hébergées dans le réseau de la santé et des services sociaux, fut déposé par la députée Marguerite Blais, alors députée de l'opposition. Madame Blais avait joué un rôle phare et agi comme leader dans le développement et l'implantation du PAM, ayant été ministre responsable des Aînés de 2007 à 2012. Fait important à se rappeler, la gestion des milieux d'hébergement relève non pas de la ministre responsable des Aînés, mais bien du ministre de la Santé et des Services sociaux. Au moment du dépôt du projet 399, c'était Réjean Hébert qui cumulait les deux fonctions ministérielles, soit « Santé et Services sociaux » et « responsable des Aînés ». Il avait donc la latitude nécessaire pour faire cheminer le dossier, s'il avait jugé l'avenue prometteuse. Ce projet de loi, jamais étudié à l'Assemblée nationale¹, prévoyait le signalement obligatoire de la maltraitance :



MARIE BEAULIEU, PH. D.
PROFESSEURE
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
TITULAIRE DE LA CHAIRE DE RECHERCHE
SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES
PERSONNES AÎNÉES



CAROLINE PELLETIER, T.S., M. SERV. SOC.
DOCTORANTE EN GÉRONTOLOGIE
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
PROFESSIONNELLE DE RECHERCHE
CHAIRE DE RECHERCHE SUR LA
MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES
AÎNÉES

MARIE-ÈVE MANSEAU
M. SERV. SOC., LIGNE AIDE ABUS AÎNÉS
CIUSS CENTRE-OUEST DE MONTRÉAL

CHARMAINE SPENCER, L.L.B., L.L.M.
SIMON FRASER UNIVERSITY

¹ Pour être étudié, un projet de loi déposé par un député de l'opposition, doit recevoir l'aval du ministre concerné. Le Dr Hébert a plutôt opté pour un mandat confié à la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées visant notamment à faire le point sur les mécanismes en usage pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement au Québec. Ce faisant, avant d'aller de l'avant avec une loi, il a voulu avoir une appréciation critique des dispositifs en place au Québec.

Article 8 : Tout professionnel ou membre de personnel d'un établissement qui a un motif raisonnable de croire qu'il y a maltraitance envers une personne vulnérable qui y est hébergée ou qui y reçoit des soins, des services de santé ou des services sociaux est tenu de signaler sans délai la situation à la personne responsable de protéger les personnes vulnérables contre la maltraitance.

Cette obligation de signalement s'impose même à ceux qui sont liés par le secret professionnel, sauf à l'avocat. (Assemblée nationale, 2013, p.5).

Ainsi, la question du signalement obligatoire de la maltraitance envers les personnes âgées était réintroduite dans le débat public en la limitant aux milieux d'hébergement et de soins (excluant donc le domicile traditionnel des aînés) et surtout aux personnes vulnérables qui y résident. Cet article vise à répondre à la question proposée en titre, soit : A-t-on besoin d'une loi de signalement obligatoire de la maltraitance envers les aînés en milieu d'hébergement au Québec ? Trois parties précèdent notre réponse à la question : dresser un aperçu du problème par des données chiffrées, préciser ce qu'est le signalement obligatoire par un exposé des divers arguments en faveur et contre ce type de disposition légale et nommer les divers dispositifs existants de lutte contre la maltraitance en hébergement au Québec².

QUELQUES DONNÉES SUR L'AMPLEUR DE LA MALTRAITANCE EN HÉBERGEMENT

Plusieurs se demanderont si l'ampleur de la maltraitance en hébergement nécessite l'instauration d'une loi rendant le signalement obligatoire. La réponse à cette question ne peut être qu'une approximation, car aucune étude fiable sur la prévalence de la maltraitance en hébergement n'a été menée au Québec ou au Canada (McDonald, 2011).

En 2012, un groupe de chercheurs a publié une recension internationale de la littérature (de 1998 à 2008) sur la maltraitance envers les aînés en institution ayant trois objectifs spécifiques dont

celui d'identifier et de résumer les données relatives à l'incidence et à la prévalence de maltraitance en milieu d'hébergement, les risques associés et les causes explicatives (McDonald et coll., 2012). Par exemple en Allemagne, le personnel soignant travaillant dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée a été interpellé. 251 entrevues semi-directives et 361 questionnaires ont été complétés. Les résultats démontrent que 70 % du personnel rapportent (questionnaire) avoir été maltraitants ou négligents envers un aîné au moins une fois, et plus de 70 % rapportent avoir observé au moins un incident de maltraitance ou de négligence par un collègue

Pour une situation rapportée, combien sont gardées sous silence ?

dans la même période (Goergen, 2001, 2004, cité dans McDonald et coll., 2012). En Suisse, une enquête menée auprès de 499 infirmières de 19 résidences pour aînés a permis de démontrer que 11 % de celles-ci rapportent avoir eu

connaissance d'au moins un incident de maltraitance et 2 % affirment avoir été elles-mêmes les protagonistes de la maltraitance envers un résident (Saveman, Astrom, Bucht et Norberg, 1999, cités dans McDonald et coll., 2012). Les données sur les milieux d'hébergement datent de plusieurs années. Que ce soit en Allemagne, en Suisse ou encore aux États-Unis, les taux de prévalence présentés sont les résultats de questionnaires ou d'entrevues de groupe faits avec des professionnels œuvrant auprès des résidents, ou encore, ils proviennent de plaintes formulées à des instances spécifiques qui ont l'obligation d'enquêter; ce sont des situations rapportées. Pour une situation rapportée, combien sont gardées sous silence ? Sans compter toutes les situations imposées à des personnes n'ayant plus les capacités de reconnaître et de dénoncer de telles situations. Les taux de prévalence, qu'ils datent de 1989 ou de 2006, ne sont que la pointe de l'iceberg. De nouvelles études pourraient apporter des précisions sur le taux de prévalence actuel, compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes âgées ainsi que de la sensibilisation faite dans tous les milieux de vie confondus. Peu importe quel serait le chiffre associé, il n'en demeure pas moins qu'il ne traduira jamais l'ampleur exacte du phénomène.

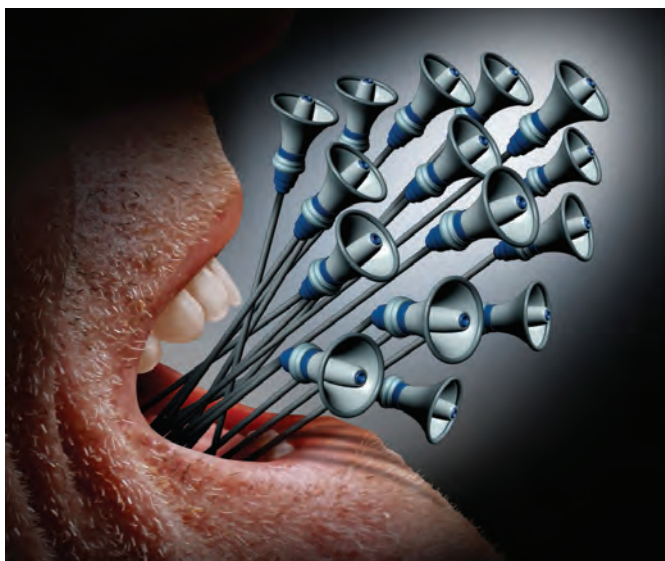
² Cet article a des assises dans le rapport de recherche Beaulieu, Manseau-Young, Pelletier et Spencer (2015).

SIGNALEMENT OBLIGATOIRE

Le signalement obligatoire réfère à un processus mis en place lorsque des soupçons raisonnables de maltraitance (violence ou négligence) nécessitent que la situation soit rapportée à une instance clairement identifiée ayant l'autorité de faire enquête, d'instituer un suivi et d'apporter une réponse (Government Accountability Office (GAO), 1991). Le signalement obligatoire devient alors un devoir légal de rapporter certains types d'atteintes, ayant franchi un certain niveau jugé inacceptable, à l'endroit de personnes présentant certaines caractéristiques (que ce soit l'âge, la perte d'autonomie ou le fait de vivre dans un certain milieu), à une personne ou une instance désignée. Variant selon les législations, cette responsabilité de signaler incombe à tout un chacun ou à certains groupes de professionnels et dispensateurs de soins et de services. Le défaut de se conformer au signalement obligatoire est normalement accompagné de pénalités (par exemple : faute professionnelle, amende, prison).

Le signalement obligatoire peut être enchâssé dans un processus interne d'une institution ou d'un réseau (un cadre, un directeur, un commissaire aux plaintes, etc.) ou externe (un service public établi, un ombudsman, etc.). Le signalement obligatoire peut être déposé sans le consentement ou l'engagement libre et volontaire de la personne ayant subi les atteintes. Ce faisant, il fait fi du droit d'une personne (soit la personne aînée maltraitée) de décider d'une demande et du type d'aide souhaitée. Le signalement obligatoire transgresse donc le droit à la confidentialité, tout comme les obligations professionnelles visant à protéger ce droit, communément appelées le secret professionnel.

Comme pour tout dispositif légal, ce n'est pas juste l'esprit de l'énoncé qui compte, mais aussi son application. Ainsi, pour en assurer l'efficacité, le signalement obligatoire est accompagné d'autres dispositifs : une définition de la maltraitance, une description du cheminement d'un signalement (réception des allégations, type d'enquête à entreprendre, processus de production de rapport, mesures de protection pour la personne dénonciatrice et la personne présumée maltraitée) et l'énonciation des pénalités liées au fait d'avoir posé des gestes maltraitants ou omis de poser



Le signalement obligatoire crée la responsabilité pour la direction des milieux d'hébergement de protéger les résidents et, pour le personnel, les membres de la direction et toute autre personne, de signaler ce qui s'y produit. Il contribue à la détection précoce de problèmes, évitant ainsi qu'ils n'empirent.

une action appropriée, d'avoir omis de rapporter une situation ou d'avoir eu des conduites considérées comme des manquements professionnels (Daly et Jogerst, 2007).

Aux États-Unis, six États ont recours au « mandat de signalement universel » qui oblige toute personne, sans égard à sa profession, à rapporter les situations de maltraitance envers une personne aînée ou un adulte dépendant, basé sur une information en lien avec une situation possible de maltraitance (Jirik et Sanders, 2014). Dans 31 autres États, l'obligation de signaler est réservée aux professionnels et autres personnes clairement identifiées qui, dans la majorité de ces États, s'exposent à être pénalisés à défaut de signaler une situation de maltraitance (Jirik et Sanders, 2014). Dans le cas du projet de loi 399, c'est un mandat de signalement réservé aux professionnels et aux membres du personnel qui est visé, ce qui n'est pas sans susciter des questions sur l'établissement de ce processus et les éventuelles pénalités encourues à défaut de signaler.

Les personnes en faveur de l'instauration de mesures de signalement obligatoire affirment qu'elles vont favoriser l'identification d'un grand nombre de cas, car certains témoins ne rapportent que s'ils y sont contraints³. Les personnes en faveur d'un signalement libre et volontaire, donc opposées au signalement obligatoire, soutiennent

³ Bien qu'il soit question de la protection de la jeunesse, les divers motifs entourant le signalement obligatoire sont exposés dans Harries, M. et Clare, M. (juillet 2002) *Mandatory reporting of child abuse: evidence and options. Report for the Western Australian Child Protection Council*. http://www.uwa.edu.au/_data/assets/pdf_file/0009/1102131/MRFinalReport.pdf

que nombre d'autres facteurs influent sur l'acte de signaler, en sus de la présence de lois de signalement obligatoire (GOA, 1991). Ces deux positions, aux extrémités d'un continuum, sont ci-après développées. En raison du nombre d'arguments existants, notre discussion sur le signalement obligatoire en milieu d'hébergement sera étayée à partir d'une sélection d'arguments que nous considérons centraux⁴.

ARGUMENTS EN FAVEUR DU SIGNALEMENT OBLIGATOIRE

Nature même des milieux d'hébergement

Les milieux d'hébergement, contrairement au domicile, sont des milieux de vie collective où la vie quotidienne est organisée et régulée, ce qui mène de facto à une certaine perte de liberté. Ces milieux d'hébergement sont souvent dépeints durement dans la littérature scientifique, qui signale une gestion minimale et inefficace du personnel, l'application de lignes de conduites et de pratiques de façon inappropriée et inconsistante (Burn et coll., 2013), une lourdeur dans la tâche en raison du peu de temps à y consacrer (Banerjee, Daly, Armsrton, Szebehely, Aemstrong et Lafrance, 2011), des conditions de travail stressantes (Banerjee et coll., 2011), un personnel peu qualifié, l'absence ou le manque de confidentialité, la présence d'un système de délégation entre les membres du personnel (Bardot, 2009), un manque de personnel (Guillot, 2013) et une routine organisationnelle. L'âgisme, ancré dans cette culture institutionnelle, freine tout changement (Connolly, Breckman, Callahan, Lachs Ramsey-Klawnsnik et Solomon, 2012), influence l'interaction avec les résidents et peut entraîner des conséquences négatives (Schroyen, Adam, Jerusalem et Missoten, 2015). Enfin, le personnel qui donne des soins directs (préposé(e)s aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières) est couramment identifié comme protagoniste de la maltraitance en milieu d'hébergement, ce qui occulte une analyse structurelle (ou organisationnelle) pour ne se concentrer que sur des indi-

vidus, ce qui fait aussi fi des familles, visiteurs et autres résidents potentiellement maltraitants.

Ces caractéristiques des milieux d'hébergement sont considérées comme étant suffisamment importantes et contraignantes pour que le signalement de la maltraitance qui s'y produit soit obligatoire afin que les événements de maltraitance qui s'y manifestent ne restent pas méconnus ou incorrectement traités. Le signalement obligatoire confère au personnel de première ligne, à la fois une permission et une autorité légale d'agir sans craindre que cela n'affecte leur travail. Il peut permettre de contrebalancer la loi du silence (Wolf et Hughes, 2008), d'établir des normes culturelles de respect et de dignité du résident et donner au personnel professionnel la responsabilité de protéger tous les résidents. Le signalement obligatoire crée la responsabilité pour la direction des milieux d'hébergement de protéger les résidents et, pour le personnel, les

Le signalement obligatoire confère au personnel de première ligne à la fois une permission et une autorité légale d'agir sans craindre que cela n'affecte leur travail.

membres de la direction et toute autre personne, de signaler ce qui s'y produit (Nova Scotia Protection for Persons in Care Act, 2004). Il est attendu qu'il contribue à la détection précoce de problèmes, évitant ainsi qu'ils n'empirent (Harries et Clare, 2002; Spencer, 2012).

Caractéristiques des résidents

Au Québec en 2013, seuls 13,45 % des personnes âgées de 65 ans et plus résidaient en milieu d'hébergement (9,58 % en résidences privées, 0,5 % en ressources intermédiaires (RI) ou ressources de type familial (RTF), et 3,37 % en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics ou privés conventionnés) (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux [AQESSS], 2013). Les résidents de RI et de CHSLD y sont en raison de limitations importantes de leur autonomie fonctionnelle. Les résidents en RTF ne peuvent plus vivre seuls sans nécessairement subir de graves atteintes à leur autonomie fonctionnelle; ce sont souvent des personnes avec des problèmes de santé mentale. Par exemple, 80 % des personnes hébergées en CHSLD

⁴ Pour un inventaire exhaustif des arguments, voir le rapport complet : Beaulieu, Manseau-Young, Pelletier et Spencer (2015).

auraient des atteintes cognitives (AQESSS, 2013), ce qui les rend vulnérables à la maltraitance (Hansberry, Chen et Gorbien, 2005) en raison de leur dépendance envers autrui pour combler leurs besoins élémentaires (Webb, 2013), pour assurer leur sécurité et leur protection (Hawes, 2003). Ce faisant, en l'absence d'une personne ou d'un mécanisme pour défendre leurs droits, leur vulnérabilité à la maltraitance est considérée comme élevée (McDonald, 2011). En résidence privée, se trouve une mixité d'aînés : 1) ceux qui ont l'opportunité de choisir de casser maison sans avoir d'atteintes à leur autonomie fonctionnelle, mais qui pourront se payer des services à la carte au besoin; 2) ceux qui s'y dirigent pour répondre aux besoins de leur conjoint qui a pu avoir un problème de santé important ou qui présente des incapacités fonctionnelles (par exemple); 3) ceux qui s'y orientent pour diminuer le sentiment d'insécurité vécu par leurs enfants; 4) des aînés ayant des atteintes légères à modérées de leur autonomie fonctionnelle et qui requièrent des services spécifiques à leurs besoins ou 5) pour répondre à un besoin de socialiser et de participer à la vie sociale et collective. Tant en CHSLD, RI, RTF qu'en résidence privée, les résidents toujours capables de dénoncer l'inacceptable craignent les répercussions d'une loi instaurant le signalement obligatoire : perte de petits privilèges, ne plus recevoir les soins nécessaires, être expulsé (Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse (CNPEA), SD).

Ces caractéristiques des résidents, en particulier leurs atteintes à l'autonomie fonctionnelle, souvent considérées comme des éléments de vulnérabilité intrinsèque, plaident donc pour une protection accrue par signalement obligatoire en raison de leurs capacités limitées à le faire par eux-mêmes.

Complémentarité des dispositifs

Il est attendu que l'implantation d'un mécanisme de signalement obligatoire viendra de pair avec le renforcement ou la création d'autres dispositifs, telles des ressources financières additionnelles et de la formation obligatoire sur la lutte contre la maltraitance et sur les responsabilités liées au signalement (Harries, et Clare, 2002). Sans cela, l'instauration d'un signalement obligatoire aura une portée limitée en devenant un paravent juridique sans réel impact. En devenant obligatoire,

le signalement mènera à la tenue d'un registre permettant d'amasser des données plus fiables (Daly, Jogerst, Brinig et Dawson, 2003).

ARGUMENTS CONTRE LE SIGNALEMENT OBLIGATOIRE

Le signalement obligatoire de la maltraitance en milieu d'hébergement, bien que régulièrement identifié comme un mécanisme approprié pour contrer la maltraitance, est litigieux (Harries et Clare, 2002; Spencer, 2012). La lutte contre la maltraitance a été nettement plus développée au sujet du domicile, soit là où vivent la très grande majorité des aînés, qu'en hébergement. Le caractère obligatoire entache le respect de leur capacité d'autodétermination, peut nuire à la relation de confiance qui s'est établie entre le dispensateur de soins et la personne aînée qui peut vivre cette situation comme une violation de son intimité et peut faire jaillir le sentiment d'avoir perdu le contrôle de sa santé tout comme des autres informations qui circulent à son sujet (Inions, s.d).

Aux États-Unis, depuis le tout début de la mise en place de lois reposant sur le signalement obligatoire, les experts ont convenu que ce mécanisme était probablement moins efficace que d'autres pour maximiser le nombre de situations identifiées, les prévenir ou les traiter. L'identification de situations de maltraitance passe avant tout par une bonne information du public et des professionnels. Les lois sur le signalement obligatoire ont alors été considérées comme étant moyennement efficaces pour cette identification, mais elles auraient un impact positif sur la prévention et aussi sur le traitement des situations de maltraitance une fois qu'elles sont identifiées (GAO, 1991).

Le signalement obligatoire est souvent critiqué parce qu'il met l'accent sur les effets de la maltraitance. Dans un cadre institutionnel, cette manière de faire tend à faire oublier l'importance des approches préventives, tels le développement d'une politique de prévention propre à chaque établissement qui comprenne une sélection active du personnel, le nombre adéquat et la proportion de différents professionnels ou de préposés, qui

Le signalement obligatoire [...] met l'accent sur les effets de la maltraitance.

devront être mieux supervisés. La formation, notamment sur les pertes cognitives et les soins appropriés pour les personnes atteintes, est une composante essentielle de ce cadre de prévention (Payne et Fletcher, 2005).

Au Canada, dans les juridictions où les mécanismes de signalement obligatoire en milieu institutionnel sont en place, le taux de cas déclarés qui s'avèrent non fondés est très élevé. À titre d'exemple, en 2011-2012, le bureau de protection pour les bénéficiaires de l'Alberta a classé 66 % des déclarations reçues comme non fondées (Alberta Protection for Persons in Care Office, 2013). Comment expliquer un taux si élevé ? Un enjeu de définition, une tendance à dénoncer tout et rien, un manque de capacité à faire enquête ou

La principale crainte des opposants au signalement obligatoire est que le seuil pour lequel les signalements seront émis et traités sera [...] haut.

l'absence de procédures d'enquête, une application de la loi juste pour les cas très graves, ou autres ? Une chose est certaine, l'écart entre les cas rapportés et ceux pour lesquels des actions seront prises peut laisser l'impression à ceux qui ont signalé que leur action a été futile, surtout si ces démarches ne conduisent pas à des changements des conditions de vie pour les aînés. En fait, la principale crainte des opposants au signalement obligatoire est que le seuil pour lequel les signalements seront émis et traités sera si haut que cela risque d'être pire qu'avant. Les signaleurs voudront être hyperconvaincus, sans doute aucun, avant de signaler. Pendant ce temps, moult événements pourront se produire sans susciter de réaction.

La déclaration obligatoire met l'accent davantage sur les personnes incriminées et, dans plusieurs cas, sur les méfaits, mais peu sur les personnes maltraitées et les circonstances dans lesquelles les événements se sont produits. Cette approche ne permet généralement pas de différencier les

personnes aptes mentalement des personnes inaptes. Dans certaines juridictions, l'obligation de signaler s'appuie sur le seul critère de l'âge de la personne maltraitée, et ce à partir de 60 ans (Pennsylvania, s.d.). On comprend que c'est exactement ce qu'ont voulu éviter les associations d'aînés du Québec en s'érigeant contre le projet de Loi 1991 au milieu des années 90.

Le gouvernement doit agir avec prudence afin d'éviter d'adopter des lois qui, bien que visant la protection des personnes âgées désignées comme vulnérables, auraient pour effet de réduire leurs droits et libertés (Advocacy Centre of the Elderly (ACE), 2008). Les opposants à la déclaration obligatoire font aussi valoir que cette approche ne permet pas d'intervenir de manière différenciée et appropriée, car la loi doit être appliquée de façon uniforme. À cet égard, elle empêche même le discernement professionnel dans la recherche de solutions aux problèmes rencontrés (Harries et Clare, 2002).

MÉCANISMES DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE EN MILIEU D'HÉBERGEMENT

Au Québec, tout comme dans plusieurs juridictions canadiennes, les institutions sont déjà tenues de faire un suivi de la qualité des soins. En plus, la majorité des juridictions ont adopté une loi de signalement obligatoire en hébergement (Beaulieu et coll., 2015). Certaines lois de signalement enchâssent le signalement de la maltraitance dans les procédures de gestion des risques et de qualité des programmes contribuant ainsi au développement d'un plan d'action permettant de répondre rapidement et correctement aux manquements⁵.

Un inventaire des mécanismes de prévention de la maltraitance en force au Canada, donc aussi au Québec, permet d'apprécier en un coup d'œil tout ce qui est déjà en place (voir Tableau 1 à la page suivante).

⁵ Par exemple, en Floride, cela fait partie des critères d'évaluation des milieux d'hébergement.

Tableau 1
Mécanismes de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées au Canada
 (Traduction libre du tableau 8 de Spencer et coll., 2008, p.57)

Qualité des soins (mécanismes visant à l'assurer)	Mécanismes centrés sur le personnel	Mécanismes visant à identifier et réagir aux problèmes ou préoccupations	Surveillance	Empowerment des résidents
Normes et règlements	Formation	Comité ou conseil des résidents et des familles	Inspection	Soins centrés sur le résident
Certification	Sélection avant embauche et vérification des antécédents criminels	Intercession (Advocacy)	Ombudsman ou vérificateur général	Intercession (Advocacy)
Inspections	Formation continue <ul style="list-style-type: none"> • Maltraitance • Soins 	Mécanismes de signalement, plus particulièrement pour le personnel	Autorités en santé (contrats)	Conseil de résidents
Accréditation	Supervision	Protection lors de signalement	Enquête du coroner (postdécès)	Charte des droits
Énoncé de mission	Responsabilité ou devoir de signaler à un corps professionnel	Résolution de conflits	Accréditation	Éducation au sujet des droits

Il s'avère impossible d'en faire la démonstration fine, mais l'ensemble des mécanismes exposés au tableau 1 sont déployés au Québec. Qu'en est-il de leur application, de leur efficacité et de leur synergie ? C'est certainement la question cruciale à poser avant de proposer l'ajout d'un nouveau mécanisme que serait le signalement obligatoire.

Plusieurs mécanismes de lutte contre la maltraitance sont déployés spécifiquement dans les milieux d'hébergement du Québec, soit des mécanismes de surveillance de la qualité et des mécanismes de recours, tels qu'illustrés dans le Tableau 2 de la page suivante.

Tableau 2
Inventaire des mécanismes de lutte contre la maltraitance en hébergement au Québec

<p>Mécanisme de surveillance de la qualité en CHSLD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programme conjoint d'agrément du Conseil québécois d'agrément • Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) • Registre national des incidents et accidents • Comité de vigilance et de la qualité • Comité des usagers, comités des résidents, conseil pour la protection des malades • Code d'éthique • Cadre de référence pour l'application des mesures de contrôle
<p>Mécanismes de surveillance de la qualité en ressources non institutionnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance par les agences du gouvernement • Cadre de référence sur les RI et RTF • Visites d'appréciation de la qualité de vie du MSSS • Déclaration d'incidents et d'accidents • Comité de résidents • Code d'éthique • Protocole d'application des mesures de contrôle
<p>Mécanismes de surveillance de la qualité en résidences privées pour aînés (RPA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processus de certification • Déclaration d'incidents et d'accidents • Code d'éthique
<p>Mécanismes de recours internes au réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Régime d'examen des plaintes (composé de deux instances : les commissaires locaux et régionaux aux plaintes et le Protecteur du citoyen) • Curateur public • Comité des résidents • Comité des usagers • Conseil pour la protection des malades • Centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
<p>Recours externes au RSSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Commission des droits de la personne et de la jeunesse • Bureau du coroner • Police • Autorité des marchés financiers • Régie du logement • Ordre professionnel • Ligne téléphonique provinciale Aide Abus Aînés

Les questions susnommées ont permis de constater la difficulté de retracer les situations de maltraitance en hébergement dans les différents rapports faisant état de l'application des mécanismes au Québec. Cela est notamment dû au fait que la catégorie maltraitance ne s'y retrouve pas nommément. Un véritable travail de détective s'avère nécessaire pour inclure à posteriori divers événements dans cette catégorie. Il y a donc un réel enjeu de traçabilité qui interpelle. Comment peut-on rendre la maltraitance plus visible ?

QUELQUES ÉLÉMENTS DE RÉPONSE À LA QUESTION POSÉE EN TITRE

La maltraitance est généralement définie ou caractérisée en milieu d'hébergement en mettant l'accent sur un « problème individuel ou interpersonnel ». Cette définition néglige les aspects systémiques, ce qui a pour effet d'occulter une maltraitance qui serait institutionnalisée (Stevens, Biggs, Dixon, Tinker, Manthorpe et Lee, 2009). Cette approche en vient à minimiser les efforts déployés pour résoudre un problème dans la dispensation des soins (tel le fait d'offrir davan-

tage de choix) et peut conséquemment conduire à la perte de la dignité et à de la maltraitance (Burns, Hyde et Killet, 2013).

Tel qu'énoncé précédemment, les définitions de maltraitance employées dans les juridictions où il y a signalement obligatoire peuvent ériger des seuils élevés d'inconduite, nécessitant qu'il y ait eu un « préjudice important » avant que le signalement obligatoire ne soit déclenché. À l'inverse, des définitions très ouvertes, englobant tout conflit entre les résidents, ou entre le personnel et un résident, peuvent créer une lourdeur dans le système en entraînant un vaste volume de signalements. Quel est donc le juste seuil de maltraitance à traiter en hébergement ? Veut-on se doter d'une définition au Québec ?

L'efficacité du signalement obligatoire et de l'enquête qui va s'en suivre repose en grande partie sur les habiletés de la personne qui signale et des personnes qui auront à agir à la suite du signalement (Jogerst et coll., 2003). Le fait qu'il y ait une loi comprenant le signalement obligatoire crée l'impression qu'une action sera posée et que des changements surviendront, mais les systèmes font souvent en sorte que la responsabilité d'action est diffuse, les enquêtes sont superficielles (Ombudsman du Manitoba, 2005), les protections et les précautions pour les résidents et les personnes qui signalent sont vaines, la formation du personnel sur la maltraitance et leur responsabilité en matière de signalement est limitée ou superficielle, les seuils de préjudices deviennent si élevés que nombre de signalements sont jugés « sans fondement » (Alberta Protection for Persons in Care Office, 2013) et que les problèmes individuels et systémiques se poursuivent.

Les milieux d'hébergement peuvent avoir des taux de roulement du personnel de vingt-cinq pour cent ou plus (Spencer et coll., 2008). Par conséquent, la formation continue et le soutien au personnel sont essentiels. Quelques données suggèrent que la formation attendue pour faire le signalement obligatoire est inexistante, non dispensée ou mal montée (Spencer, 2012). Les plaintes faites par les résidents, les membres de la famille ou le personnel alléguant des préjudices aux résidents peuvent prendre des semaines ou des mois à être traitées (GAO, 2005).



Les résidents toujours capables de dénoncer l'inacceptable craignent les répercussions d'une loi instaurant le signalement obligatoire : perte de petits privilèges, négligence, expulsion...

À la lumière de ce qui précède, nous ne croyons pas que la mise en place d'une loi visant l'obligation de signaler toute situation de maltraitance commise envers un aîné en milieu d'hébergement réponde aux besoins actuels du Québec. L'examen des pratiques américaines met en lumière nombre de problèmes : définition de la maltraitance non universelle, différences entre le signalement obligatoire et les exigences de déclaration permise ou volontaire, désignation pas toujours claire de l'organisme ou de la personne qui sera responsable de l'enquête (Jirik et Sanders, 2014). En plus de risquer de rencontrer les mêmes problèmes, nous anticipons une lourdeur dans nos milieux d'hébergement.

En milieu de vie de type CHSLD, une majorité de résidents présentent des atteintes neurocognitives, ce qui représente un facteur de vulnérabilité. Mais n'est-il pas faire preuve d'âgisme de considérer tous les résidents de ces milieux d'hébergement comme étant vulnérables ? Les aînés, en adultes qu'ils sont toujours, ont le droit de prendre des décisions de santé, de façon de vivre et de relations qui iront parfois à l'encontre des recommandations professionnelles (Jirik et Sanders, 2014). Avant de prendre des décisions pour la personne aînée en situation de maltraitance, l'évaluation des facteurs de risque et de vulnérabilité doit aller de pair avec l'évaluation de ses facteurs de protection ainsi que de sa capacité à s'autodéterminer, dans le respect de ses capacités rési-

duelles. Certains répondront que la personne aînée est consultée en cours de route dans le signalement obligatoire. Mais, si le signalement est déjà fait, on a déjà outrepassé son droit de signaler ou non.

Tableau 3
Recommandations relatives aux politiques,
à l'établissement et au système
(Extraits des p.9-10 du document de l'Association des infirmières et
infirmiers de l'Ontario, 2014)

Numéro	Énoncé
6.1	Les organisations et les établissements établissent et soutiennent des équipes collaboratives afin de les aider à prévenir et à régler les mauvais traitements et la négligence des aînés.
6.2	Les organisations et les établissements établissent des politiques, des procédures et des soutiens qui permettent aux infirmières et infirmiers et aux autres prestataires de soins de santé de reconnaître les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, d'intervenir et, le cas échéant, de déclarer.
6.3	<p>Les établissements* adoptent une combinaison d'approches visant à prévenir les mauvais traitements et la négligence des aînés, y compris:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En effectuant le dépistage d'employés potentiels, l'embauche des employés les plus qualifiés et une supervision et une surveillance appropriées au travail; • En s'attachant les services d'un personnel qualifié; • En fournissant une formation obligatoire à tous les employés; • En soutenant les besoins des personnes atteintes de déficits cognitifs, y compris celles qui ont des comportements réactifs; • En respectant les droits des résidents; • En établissant et en maintenant des soins axés sur la personne et un milieu de travail sain; et • En renseignant les aînés et leurs familles sur les mauvais traitements et la négligence ainsi que sur leurs droits, et en établissant une marche à suivre pour les plaintes et l'amélioration de la qualité. <p>*Remarque : peut également s'appliquer à d'autres établissements de soins de santé.</p>
6.4	Les organisations et les établissements auxquels on a confié un mandat de prévention et de promotion de la santé (comme les organismes communautaires et les organisations de santé publique), dirigent les initiatives visant à prévenir les mauvais traitements et la négligence envers les aînés ou y participent.
6.5	Les organisations et les établissements identifient et éliminent les obstacles auxquels les aînés et leurs familles pourraient faire face lorsqu'ils tentent d'accéder à de l'information à des services relatifs aux mauvais traitements.

Nos recommandations quant au traitement de la maltraitance en milieu d'hébergement passent donc par le renforcement des mécanismes autres que le signalement obligatoire. En ce sens, nous endossons les recommandations énoncées par l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario en 2014 et contenues dans le Tableau 3.

CONCLUSION

Cet inventaire des arguments en faveur et en défaveur d'une loi imposant le signalement obligatoire ainsi que le bref exposé des mécanismes contre la maltraitance en place au Canada et plus spécifiquement au Québec, nous amène à ne pas favoriser l'instauration d'une loi à signalement obligatoire en milieu d'hébergement. Mais absence de loi ne rime pas avec statu quo. Au contraire ! Il importe de tracer un bilan clair de chacun des mécanismes en place au Québec afin de comprendre leur usage et leur synergie. Avant de penser à une loi générale comprenant le signalement obligatoire, il est impératif de documenter ce qui existe déjà et d'évaluer la façon dont ces mécanismes peuvent être utilisés à bon escient, c'est-à-dire au bon moment, par les bonnes personnes et pour les personnes les nécessitant. Connaissant le profil des personnes hébergées, particulièrement en CHSLD où l'atteinte à leur autonomie fonctionnelle est avancée, nous sommes tous concernés ! Devrait-on prévoir des mécanismes propres à ces personnes ? Ainsi, au lieu de contempler une loi de signalement obligatoire en milieu d'hébergement, devrait-on commencer par envisager des mécanismes renforcés de protection des gens en situation de grande vulnérabilité, n'ayant pas été déclarés inaptes au sens de la loi, donc non protégés par des mesures telles la curatelle, l'homologation du mandat donné en prévision de l'inaptitude, etc., mais dont les capacités à s'autodéterminer sont si limitées qu'ils ne peuvent le faire sans assistance, voire sans représentant ? Doit-on aussi se préoccuper du sort des personnes sous régime de protection qui ont peu de contacts avec leur protecteur – donc que ce dernier ignore que la personne protégée vit une situation de maltraitance ou encore des gens placés sous protection et dont c'est le protecteur qui les maltraite ? Ce sont sûrement des avenues que nous serons amenés à explorer dans le Québec des prochaines années.

RÉFÉRENCES

- Advocacy Centre for the Elderly (ACE) (2009). *Congregate living and the law as it affects older adults*, Research paper for the Law Commission of Ontario. Toronto: Advocacy Centre for the Elderly. http://www.advocacycentreelderly.org/appimages/file/ACE-LCO_Congregate_Living_and_the_Law_as_it_Affects_%20Older_Adults.pdf
- Advocacy Centre for the Elderly (ACE) (2008). *The Law as it Affects Older Adults*. Submission to the Law Commission of Ontario. Toronto: Advocacy Centre for the Elderly.
- Alberta Protection for Persons in Care Office (2012). *Statistical Reports, 2011-12*. [On line]: <http://www.health.alberta.ca/documents/PPC-Stats-OutcomesType-2011-12.pdf>
- Assemblée nationale (2013). *Projet de Loi 399 : Loi visant à enrayer la maltraitance des personnes vulnérables hébergées dans le réseau de la santé et des services sociaux*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2014). *Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système*. Toronto : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- 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 13 mai 2016 du site de l'AQESSS : <http://www.myvirtualpaper.com/doc/aqesss/nouveau-visage-hebergement-public/2013090302/#0>
- Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, P., Szebehely, M., Armstrong, H. et LaFrance, S. (2011). Structural Violence in Long-term, Residential Care for Older People: Comparing Canada and Scandinavia, *Social Science & Medicine*, 74(3), 390-398.
- Bardot, F. (2009). Travail et maltraitance dans une maison de retraite, *Travailler*, 2(22), 121-134.
- Beaulieu, M., Manseau-Young, M.-E., Pelletier, C., et Spencer, C. (2015). *La maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement. État de situation sur sa prise en charge et mise en perspective d'une approche visant le signalement obligatoire*. Rapport final produit en janvier 2015. 116 p.
- Burns, D., Hyde, P. et Kille, A. (2013). Wicked Problems or Wicked People? Reconceptualising Institutional Abuse, *Sociology of Health & Illness*, 35(4), 514-528.
- Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse (CNPEA) (SD). *Abuse in institutions*. http://www.cnpea.ca/abuse_in_institutions.htm.
- Conseil des aînés (1995). *Avis sur les abus exercés à l'égard des personnes âgées*. Québec : Conseil des aînés. 58 p.
- Connolly, M.-T., Breckman, R., Callahan, J., Lachs, M., Ramsey-Klawnsnik, H. et Solomon, J. (2012). The Sexual Revolution's Last Frontier: How Silence About Sex Undermines Health, Well-Being, and Safety in Old Age, *Generations*, 36(3), 43-52.
- Daly, J.M., Jogerst, G.J., Brinig, M.F. et Dawson, J.D. (2003). Mandatory reporting: relationship of APS statute language on state reported elder abuse, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 15(2), 1-21.
- Daly, J.M., et Jogerst, G.J. (2007). Nursing home abuse report and investigation legislation, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19 (3-4), 119-131.
- Government Accountability Office (GAO) (2011). *Elder Justice - Stronger Federal Leadership Could Enhance National Response to Elder Abuse*. Report to the Chairman, Special Committee on Aging, U.S. Senate. GAO-11-208.
- Government Accountability Office (2005). *Nursing Homes- despite increased oversight, challenges remain in ensuring high-quality care and resident safety*. GAO Report to Congressional Requesters. GAO-06-117.
- General Accounting Office (GAO) (1991). *Elder Abuse - Effectiveness of Reporting Laws and Other Factors*. p.2 <http://www.gao.gov/assets/220/214127.pdf>
- Guillot, L. (2013). Chronique d'une violence ordinaire, *Le Sociographe*, 2(42), 97-102.
- Hansberry, M.R., Chen, E. et Gorbien, M. J. (2005). Dementia and elder abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*. 21 (2), 315-332.
- Harries, M. et Clare. M. (2002). *Mandatory Reporting of Child Abuse: Evidence and Options*. Report for the Western Australian Child Protection Council. Online: http://www.uwa.edu.au/_data/assets/pdf_file/0009/1102131/MRFinalReport.pdf
- Hawes, C. (2003). Elder abuse in residential long-term care settings: What is known and what information is needed? In R. J. Bonnie and R. B. Wallace (Eds.), *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America* (pp. 446-500). Washington, DC: National Academies Press.
- Inions, N. (n.d.) A commentary on the Protection for Persons in Care Act, *Health Law Review*, 8(2), 22-32.
- Jirik, S., et Sanders, S. (2014). Analysis of Elder Abuse Statutes Across the United States, 2011-2012, *Journal of Gerontological Social Work*, 57(5), 478-497.
- Jogerst, G.J., Daly, J.M., Brinig, M., Dawson, J.D., Schmuck, G.A. et Ingram, J. G. (2003). Domestic elder abuse and the law, *American Journal of Public Health*, 93(12), 2131-2136.
- Manitoba Ombudsman. (2005). *Report on the Protection for Persons in Care Office (PPCO) - 2011-03-11*.
- McDonald, L. (2011). Elder abuse and neglect in Canada: the glass is still half full. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 30 (3), 437-465.
- McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S., Lowenstein, A., Podnieks, E., et Wahl, J. (2012). Institutional Abuse of Older Adults: What We Know, What We Need to Know. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(2), 138-160.
- Ministère de la Famille et des Aînés (MFA) (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Nova Scotia's Protection for Persons in Care Act, S.N.S. (2004). c. 33, amendé 2013, c. 26, s. 4(1) et (2).
- Organisation des Nations Unies (ONU) (2002). *Rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement*, 78 p. (En ligne : http://www.un-ngls.org/IMG/pdf/MIPAA_en_francais.pdf).
- Payne, B.K. et Fletcher, L.B. (2005). Elder abuse in nursing homes: Prevention and resolution strategies and barriers. *Journal of Criminal Justice*, 33(2), 119-125.
- Pennsylvania, USA; (s.d.) [On line]: <http://rainn.org/public-policy/legal-resources/pennsylvania/mandatory-reporting-elderly>
- Schroyen, S., Adam, S., Jerusalem, G. et Missoten, P. (2015). Ageism and its clinical impact in oncogeriatrics: state of knowledge and therapeutic leads, *Clinical Interventions in Aging*, 10, 117-125.
- Spencer, C. (2012). *There Ought to be a Law? A Critical Review of Mandatory Reporting for Abuse of Older Women and Men in the Community*. Canadian Association on Gerontology 41st Scientific and Educational Meeting. October 18-20, Vancouver, BC.
- Spencer, C., Charpentier, M., McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S. et Podnieks, E. (2008). *National Snapshot: "Where Things Currently Stand" - Executive Summary*. Prepared for the national project A Way Forward: Promising Approaches to Abuse Prevention in Institutional Settings. University of Toronto, Institute for Life Course and Aging.
- Stevens, M., Biggs, S., Dixon, J., Tinker, A., Manthorpe, J. et Lee, L. (2009). *Institutional Mistreatment and Dignity: Toward a Conceptual Understanding*. Kings College London, National Centre for Social Research. A paper for the Department of Health and Comic Relief.
- Webb, G. (2013). *The Prevention of Abuse and Neglect in Ontario Long-Term Care Homes*. Advocacy Centre for the Elderly. 4. <http://www.ancelaw.ca/appimages/file/Prevention%20of%20Abuse%20&%20Neglect%20in%20LTC-2013.pdf>
- Wolf, Z. R. et Hughes, R. G. (2008). « Error reporting and disclosure » Ch. 35 In Hughes RG (Ed) *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.

LE GROUPE MAURICE
LES RETRAITÉS NOUS HABITENT

**LES SOCIÉTÉS
LES MIEUX
GÉRÉES**
AU CANADA



**LES
RETRAITÉS
QUI ONT
HÂTE
À DEMAIN...**

**POUR PROFITER DE LA VIE
ET VIVRE UNE FOULE DE BONS MOMENTS !**

27 résidences au québec.

f legroupe maurice.com

PROGRAMME DE FORMATION SUR LA MALTRAITANCE POUR LES DIRECTEURS FRANÇAIS D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES SOCIAUX ET MÉDICOSOCIAUX

L'École des hautes études en santé publique a amorcé, dès 2000, un programme de formation initiale et continue permettant aux directeurs d'établissements et des services sanitaires et médico-sociaux de prendre la mesure de leur responsabilité et de leur rôle dans la prévention et la lutte contre la maltraitance.

Au-delà des obligations réglementaires et du renforcement des mesures d'inspection, contrôle et évaluation, la connaissance des droits des personnes, d'autant plus qu'elles sont vulnérables, doit être complétée par une réflexion sur les enjeux et le sens de cette problématique pour les professionnels aujourd'hui.

Depuis l'an 2000, à travers l'enseignement à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et des actions de formation dans les établissements et services, cette intention d'interrogation individuelle et collective en vue de développer des capacités d'analyse se poursuit. Les directeurs et futurs directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) dédiés à l'accompagnement des personnes âgées ont besoin non seulement de maîtriser les impératifs réglementaires, mais aussi de connaître les enjeux d'une politique de lutte contre les risques de maltraitance, plus souvent présentée aujourd'hui comme promotion de la bientraitance, encouragée par les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence nationale d'évaluation de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Et la formation initiale de chacun des professionnels est prolongée dans le cadre de missions d'accompagnement et de formation continue au sein des établissements commanditaires.

Les résultats observés dans les établissements ayant engagé un processus continu et au long cours d'accompagnement de l'ensemble des professionnels permettent de valider la pertinence de la réflexion sur le sens pour l'appropriation d'un langage commun partagé par tous. C'est ainsi que l'analyse peut alors se substituer au risque du jugement de valeur.

Un bref rappel des repères historiques jalonnant l'évolution de la réflexion et de la réglementation sur la lutte contre les phénomènes de maltraitance en France permet de voir sur quel terreau s'inscrivent ensuite les mesures prises en faveur de la promotion de la bientraitance. Les directeurs des ESMS, formés et conscients de leur rôle dans la gestion et la réduction des risques, remarquent très vite l'écart possible entre les attendus idéaux, constitués d'obligations et de recommandations ou préconisations, et la réalité des pratiques professionnelles. Les arsenaux réglementaires et les guides de bonnes pratiques professionnelles

ne suffisent pas à garantir la réduction des risques. En effet, seuls la réflexion quotidienne sur les enjeux autour de ces concepts et un questionnement permanent sur le sens des actions individuelles et collectives peuvent éviter cet écart, voire ces incohérences, qui risquent à leur tour de générer confusion et souffrance. Ainsi, à travers des formations-actions engageant l'ensemble des professionnels, de l'équipe d'encadrement aux agents soignants et non soignants, une dynamique d'interrogation et d'analyse est engagée, propice à l'élaboration d'un langage commun et à l'engagement de la responsabilité de tous.



ISABELLE DONNIO
DIRECTRICE D'ÉTABLISSEMENT ET DE SERVICE SOCIAL ET MÉDICOSOCIAL
PSYCHOLOGUE-FORMATRICE
CHARGÉE D'ENSEIGNEMENT À L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE
RENNES, FRANCE

LES ÉLÉMENTS DU CONTEXTE FRANÇAIS : DE LA LUTTE CONTRE LES MALTRAITANCES À LA PROMOTION DE LA BIEN-TRAITANCE

Les professionnels de la gérontologie ont commencé à s'interroger sur les conditions de l'accompagnement des vieilles personnes à domicile et en établissements d'hébergement dès les années 90. Peu nombreux dans un premier temps à pointer l'inacceptable, l'insupportable, l'irrespectueux, l'illégal dans les pratiques professionnelles, ils ont donné l'alerte, notamment grâce au professeur Robert Hugonot et aux antennes ALMA (Allo Maltraitance), puis ont été entendus par les acteurs des politiques publiques, en particulier par Paulette Guinchard, secrétaire d'État aux

À travers des formations-actions engageant l'ensemble des professionnels [...] une dynamique d'interrogation et d'analyse est engagée.

personnes âgées du gouvernement Jospin. S'en est suivi en 2002, un premier rapport¹ de préconisations parmi lesquelles, et aux côtés de celles relatives aux inspections, contrôles et évaluations, figurent celles liées à la formation des professionnels de ces établissements et services dédiés aux personnes âgées et handicapées, de l'agent au directeur. Les politiques de lutte et de prévention des maltraitances envers les personnes vulnérables se succèdent depuis grâce à la formation, sans jamais abandonner ce levier de réduction des risques.

Dans le même temps, le dispositif réglementaire s'est étoffé et affiné, prenant en compte l'évolution des besoins et des attentes de ceux que l'on nomme les usagers. Des lois de 2002² rénovant l'action sociale, de 2004³ relatives aux droits des malades et à la fin de la vie (récemment révisée)⁴, de 2005⁵ concernant les personnes handicapées, à la récente Loi d'adaptation de la société au vieillissement (Loi ASV) de fin 2015⁶, tout le corps législatif et réglementaire s'est enrichi d'outils

propres non seulement à garantir la protection des personnes vulnérables et leur accès aux droits, mais aussi à favoriser l'exercice de leur citoyenneté.

La création de l'Agence nationale d'évaluation de la qualité des établissements et des services sociaux et médicosociaux (ANESM), en 2008, consacre la notion de bientraitance, dont la définition ne peut être définitive. La première des recommandations de bonnes pratiques professionnelles⁷ amorce ainsi un tournant positif en prenant acte des limites du seul arsenal réglementaire et des sanctions. Elle a pour but de traduire la vision de la bientraitance issue de trois grands textes contemporains (lois de 2002 et 2005 précitées et la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance) afin d'en faciliter l'appropriation par les professionnels. Cette recommandation-cadre formule les principes directeurs d'une culture de la bientraitance et constitue un cadre de référence pour l'ensemble des recommandations suivantes, celles communes à tous les secteurs du champ médicosocial, comme celle sur le questionnement éthique ou d'autres spécifiques aux champs des personnes âgées.

De cette histoire courte, mais chargée d'enjeux, les professionnels doivent connaître non seulement les fondements, mais aussi les glissements sémantiques afin de s'approprier l'évolution des attentes des usagers autant que celles des directions, et repérer le mouvement des curseurs de la société quant à ces phénomènes et à leur intolérance.

DE LA FORMATION À L'INCARNATION D'UNE FONCTION

L'EHESP reçoit en formation autant les directeurs et futurs directeurs que les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale. Le cursus dispensé balaie les approches réglementaires et managériales afin que leur exercice soit étayé.

¹ Rapport Debout. (2004). Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Presses de l'EHESP

² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale

³ Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite Loi Léonetti)

⁴ Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 « Leonetti Claeys »

⁵ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁶ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

⁷ ANESM. (2008). La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre



En France, une formation de l'École des hautes études en santé publique donne aux directeurs d'établissements et de services sociosanitaires et médicosociaux des outils de mieux connaître les droits des personnes plus vulnérables. Elle les amène également à réfléchir sur les enjeux que présente le travail auprès des aînés pour les professionnels.

Au-delà de l'enseignement magistral, l'analyse croisée de cas pratiques s'avère un exercice apprécié des étudiants et utile à la reconnaissance des réalités de chacun des métiers. Les inspecteurs découvrent et reconnaissent ainsi la réalité du quotidien des directeurs, tandis que les directeurs repèrent la ressource que représentent les services de contrôle et d'évaluation, au-delà de l'inspection. Les regards croisés sont un facteur de complémentarité des analyses des situations qui pourront être ensuite partagés au profit de postures adéquates, au service de la protection des personnes vulnérables. Leurs expériences de stage les confrontent à la réalité des pratiques professionnelles qu'ils découvrent parfois avec stupéfaction. Ainsi cette élève surprise, comme sa directrice d'ailleurs, d'apprendre que la « toilette mortuaire » d'une vieille personne avait été réalisée par deux aides-soignantes de nuit, en fin de vie imminente certes, mais encore en vie, dans le but « d'avancer le travail des équipes de jour ».

Progressivement, la fonction de direction s'apprend, mais c'est l'incarnation du rôle de directeur qui est mise à l'épreuve. S'il est souvent très conscient des responsabilités qui sont les

siennes, le directeur peut être assez démuné face à une situation problématique, pouvant être qualifiée ultérieurement de maltraitante, notamment en fonction de la cohérence de l'équipe d'encadrement qu'il constitue avec le médecin coordonnateur, le cadre de santé ou l'infirmière coordinatrice et le psychologue. L'histoire de l'institution qu'il pilote entre également en ligne de compte. En effet, le questionnement des professionnels, direction comprise, ne se fait pas toujours dans la même temporalité dans les établissements et services, même si le temps réglementaire est le même pour tous. Selon que l'on a affaire à une institution qui a anticipé l'évolution des besoins des usagers et de leurs proches, et qui a engagé une dynamique réflexive depuis longtemps, ou à une institution qui peine à mettre en œuvre les attendus réglementaires et sociétaux, le positionnement du directeur qui prend son poste ne pourra pas être le même. De plus, certains établissements ont cumulé des facteurs de risque de dérapages, par vacance de postes d'encadrement autant que par absence d'incarnation de la posture garantissant le cadre des exercices professionnels. En effet, certains directeurs ont accédé à la fonction sans pour autant avoir

« endossé le costume », passant d'une fonction soignante à une fonction d'encadrement sans capacité à poser le cadre et sans légitimité reconnue à exercer l'autorité.

DE LA CONNAISSANCE DU DROIT À L'EXERCICE PRATIQUE

Malgré les évolutions positives du droit, renforcées par l'approche de la visée de bientraitance, la place accordée aux personnes âgées et à leur parole dans les ESMS reste difficile à aménager par tous les acteurs de l'accompagnement, qu'ils occupent des fonctions de soin ou non.

Les représentations négatives du vieillissement⁸ sont largement à l'œuvre dans notre société, chez chacun des acteurs : professionnels, personnes âgées, familles et proches. Elles sont exacerbées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui cristallisent alors les peurs du vieillissement péjoratif et de la mort. Elles doivent être prises en compte dans le système dans lequel s'inscrit un lieu dit de vie, mais dont la représentation commune tend vers un versant mortifère.

La mise en œuvre des conditions d'un accueil respectueux et bienveillant des personnes âgées dépendantes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'un accompagnement de qualité, relève de la manière dont le directeur va non seulement répondre aux nombreuses obligations administratives, réglementaires et financières dans un contexte contraint, mais aussi des qualités d'analyse et de l'humanité dont il va faire preuve. Il doit promouvoir la bientraitance des personnes accueillies autant que celle des salariés. Il garantit la sécurité autant que la liberté. Il délègue à des collaborateurs qui eux-mêmes délègueront, en garantissant le contrôle de l'efficacité et de l'efficience. Il s'adapte à l'existant, avec les forces et les faiblesses de l'établissement qu'il découvre : son histoire et ses sédiments, le territoire et les acteurs qui le constituent. Il procède alors à une

analyse institutionnelle pour dégager les orientations stratégiques, impulser les projets, gérer les ressources humaines et garantir le bon usage des fonds publics. Il s'inscrit dans une continuité tout en projetant l'institution dans un avenir en donnant une coloration nouvelle à l'entreprise qu'il conçoit.

Son arrivée est parfois aussi attendue que redoutée par les salariés. Les surprises peuvent être au rendez-vous. Ainsi cette directrice découvrant les manquements majeurs d'une équipe de

La place accordée aux personnes âgées et à leur parole dans les ESMS reste difficile à aménager par tous les acteurs de l'accompagnement.

veilleurs de nuit, les trouvant tous endormis lors d'une visite nocturne impromptue, dans un contexte de plaintes de résidents. Au-delà de la recherche des éléments de compréhension pour la mise en œuvre des mesures correctives adéquates, dont la gestion des sanctions disciplinaires, c'est à un inventaire des facteurs de risque que

le directeur doit s'attacher. Facteurs de risque parmi lesquels on trouve souvent un ratio insuffisant de personnels qualifiés, un taux de renouvellement des cadres, une insuffisance de formalisation et de traçabilité des actions ou encore un non-respect de la ponctualité et des missions confiées, un manque de respect des personnes dans la façon de les nommer ou de s'adresser à elles, etc.

LA DÉCOUVERTE DE PARADOXES : LA MESURE D'UN ÉCART ENTRE L'EXIGENCE RÉGLEMENTAIRE ET LA RÉALITÉ DU TERRAIN

Bien que disposant d'une batterie d'outils désormais étoffée, outils de la Loi 2002-2, tels que le Conseil de la vie sociale, le contrat de séjour, le livret d'accueil, ou encore les fiches de signalement des événements indésirables, les questionnaires de satisfaction, le registre des plaintes, etc., le directeur mesure l'écart entre la théorie et la pratique. Même avec une recommandation intitulée Mission du responsable et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, l'exercice pratique peut s'avérer périlleux. L'utilisation du signalement et la compréhension de son intérêt, voire de son obli-

⁸ Donnio. (2016). Est-il possible de rompre avec les représentations négatives du vieillissement ? *Gérontologie et Société*, n°150

gation, est encore trop peu intégrée par les professionnels. Le directeur doit garantir un cadre institutionnel stable, veiller au respect du droit et rappeler la règle dans des univers où les lois du silence, du plus fort, des plus nombreux et du plus ancien ont souvent pris place. Le rappel écrit et explicite des lois de référence du secteur est primordial.

Le directeur doit non seulement traiter les situations au fur et à mesure qu'elles sont portées à sa connaissance, engager les mesures correctives adéquates sur le plan disciplinaire et sur le plan du signalement aux autorités administratives et judiciaires compétentes, mais aussi faire œuvre de pédagogie pour expliciter les actions engagées et communiquer avec les salariés, les résidents et les familles.

Lorsqu'une résidente se plaint d'avoir eu à appeler à trois reprises pour être accompagnée aux toilettes et que les deux premières interventions du soignant ont consisté à seulement éteindre l'alerte (sonnette) sans l'aider et que le troisième intervenant fait de même en disant cette fois à la dame qu'« elle peut faire dans sa couche », le seul traitement disciplinaire ne peut suffire.

Une action de formation pour une prise de conscience et une connaissance des risques de maltraitance par tous peut engager un cercle de pratiques vertueux. La construction d'une telle action de formation avec l'équipe d'encadrement commence par un travail préalable sur la cohérence interne de cette équipe et une prise en compte des éléments d'histoire et du positionnement de l'institution au regard de ces risques. Cette étape est nécessaire pour constituer ensuite, à travers la formation, un levier durable de changement des pratiques professionnelles. Un soutien de l'ensemble des acteurs dans leur exercice quotidien difficile, salariés et directeur, est visé par le formateur, à condition que sa posture soit claire et rigoureuse. Le cadre de ses interventions sera précisé par lui et le directeur en début de chaque session de formation, d'autant plus quand le recours à son intervention fera suite à un événement caractérisé par la maltraitance et que

les sanctions seront incomprises ou vécues sur le mode traumatique.

Parfois, le directeur et le directeur des ressources humaines, comme tous les cadres (cadres de santé, infirmiers coordonnateurs ou chefs de service, médecins et psychologues) participent aux groupes constitués avec une représentativité professionnelle et de services. Le format de deux jours consécutifs privilégie le travail en dynamique de groupe à partir des matériaux apportés par les participants et l'analyse des situations. Des travaux en sous-groupes produisent ensuite la matière pour l'écriture de fiches de bonnes pratiques, laissant la trace de l'appropriation et de l'engagement. Ainsi, dans un établissement accompagné depuis six ans, c'est d'abord une charte des engagements des salariés qui a été rédigée sur une page et ensuite transmise à tous

les salariés et lors de tout recrutement. Puis des fiches sur les transmissions, des moments de la vie des résidents comme le lever, la toilette, l'installation au repas, la continence, l'utilisation des alertes et les

présences, les relations avec les familles et enfin un livret d'accueil des nouveaux salariés ont été établis.

Ce travail concret ancre la démarche de visée de la bientraitance au-delà du droit. La présentation à l'ensemble de leurs collègues chaque année contribue à la reconnaissance mutuelle et au respect du travail de tous, une dimension qui fait souvent défaut. Ceci participe à l'effort de communication, là où la plainte d'éloignement des cadres devient un leitmotiv récurrent des salariés, aux côtés de celles du manque de temps et des organisations du travail. Les questions de l'adéquation des moyens et des organisations du travail ne peuvent être traitées ici, mais font partie des impératifs d'une réflexion générale de la direction. La définition de la violence institutionnelle d'Éliane Corbet reste une référence que tous peuvent saisir rapidement : « Il y a risque de violence institutionnelle chaque fois que l'on donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de la personne ».

Ce travail concret ancre la démarche de visée de la bientraitance au-delà du droit.

UNE APPROCHE RÉFLEXIVE EN ACTE : LA QUESTION DU SENS ET DES REPÈRES NÉCESSAIRES AUX PROFESSIONNELS

Pour mener à bien une politique interne de prévention des maltraitances et de promotion de la bientraitance, l'établissement doit se doter des ressources permettant d'interroger les pratiques professionnelles en vue d'ajuster les postures de chaque professionnel autant que les pratiques collectives et le travail d'équipe. À la formation utilisant un tiers extérieur, mais dont la présence est limitée dans le temps, s'ajoutent les groupes de travail ou commissions spécifiques comme celles dédiées à l'analyse des fiches d'événements indésirables ou d'éventuels temps d'analyse de pratiques.

La recherche du sens passe par la réponse aux questions « Pourquoi je fais cela ? » ou « Pourquoi je ne fais pas cela ? ». Elle permet de repérer le risque de danger pour les personnes accueillies, pour les autres professionnels et pour soi-même, car l'insensé n'est pas longtemps supportable. Ces questions, souvent posées par des observateurs extérieurs, stagiaires ou nouveaux arrivants, sont précieuses.

En cela, l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur est un critère de prévention exploré lors du processus d'évaluation interne et externe obligatoire. Mais c'est un travail de vigilance continu qui doit être mené par l'équipe d'encadrement. Le choix de la formation pluriprofessionnelle, voire de la formation-action, avec écriture de référentiels par les salariés avec leurs mots, en enrichissant le vocabulaire pour une appropriation des outils et une créativité reliée à l'existant, valorisera alors les engagements pris individuellement et collectivement. L'obligation de signalement, souvent vécue sur le mode de la délation, deviendra alors un outil de vigilance mutuelle garantissant le respect des obligations envers les usagers.

Les repères dont les salariés ont besoin ne peuvent se limiter à la connaissance du droit. À cette connaissance nécessaire, au minimum pour eux et au maximum pour le directeur, s'ajoute le développement des capacités d'analyse des situa-

tions qui les interrogent, leur posent problème ou génèrent une insatisfaction au quotidien.

Une culture du questionnement permanent s'élabore en reconnaissant à chacun la légitimité de sa parole, sans considération hiérarchique. C'est le principe de la démarche éthique où la parole de l'un vaut la parole de l'autre, même si, au final, certains plus que d'autres devront décider, le directeur pour les orientations stratégiques et le médecin pour les orientations thérapeutiques. Cette démarche d'interrogation s'efforce de reconnaître tous les acteurs en présence, sans oublier la personne âgée, de considérer le point de vue de chacun, d'explorer plusieurs scénarios possibles, déployant ainsi un espace de créativité et de possibles, d'engager un espace de dialogue propice à la compréhension et au respect de la décision prise ultérieurement.

UN EXERCICE D'ÉQUILIBRE ET D'INCERTITUDE : UNE APPLICATION RAISONNÉE DE LA LOI EN FONCTION DU CONTEXTE

Malgré un socle réglementaire étoffé et des référentiels nombreux, aucun manuel ne donne la conduite à tenir ou la solution prête à l'emploi pour faire face à l'inattendu du quotidien qui, parfois, est renversant.

Le directeur ne peut se retrancher derrière les textes. Il doit aussi s'engager avec l'ensemble des acteurs de l'établissement, dans une posture qui garantit le cadre de la sécurité, de la protection des personnes, résidents et salariés, de la qualité des prestations et de l'ajustement des exercices professionnels autant qu'elle garantit le respect de la mission dévolue par les pouvoirs publics. Cet exercice ne peut se faire seul, même si la dimension de solitude est présente. Il se réalise dans l'articulation et le débat avec l'ensemble des acteurs, de son conseil d'administration aux équipes de proximité ou dites de terrain.

La démarche de bientraitance est un aller-retour permanent entre penser et agir pour lui comme pour les professionnels de l'accompagnement et du soin. Elle exige à la fois une réflexion collective sur les pratiques des professionnels, et nécessite

**Aucun manuel ne
donne la conduite à
tenir ou la solution
prête à l'emploi pour
faire face à l'inattendu
du quotidien.**

une mise en acte rigoureuse des mesures que la réflexion collective préconise pour les améliorer. Si, comme le rappellent les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, la bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service, c'est cette culture que le directeur va devoir insuffler et incarner. Pour intégrer que la bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance, et qu'elle est la mémoire du risque, les acteurs doivent être en mesure de discerner quand une situation risque de « déraiper », d'analyser la situation et de nommer l'événement pour le traiter correctement.

Pour chacun, il s'agit de développer une manière d'être, de dire et d'agir soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. Pour le directeur, il s'agit d'intégrer une autre forme de sollicitude à travers le souci de maintenir un cadre institutionnel stable, avec des règles claires, connues et sécurisantes pour tous et un refus sans concession de toute forme de violence. Concrètement, la bientraitance est une démarche répondant aux droits de l'usager et à ses choix, et son expression est valorisée par tous les moyens et par tous, dans le plus petit geste ou mot du quotidien et, là encore, le directeur est convoqué dans sa relation à chacun.

Si la recherche de bientraitance est une démarche continue d'adaptation à une situation donnée, par essence, elle est sans fin. Rien n'est jamais vraiment gagné. La prévention des maltraitances oblige à une vigilance de tous les instants, à tous les niveaux, avec la plus extrême rigueur et la plus grande modestie.



Cercle et Moi
Pour servir nos aînés

Un petit coup de main fait vraiment du bien!



Services à domicile pour nos aînés

Accompagnement ✦ Tâches ménagères
Cuisine et nutrition ✦ Aide administrative
Transport ✦ Activités quotidiennes ✦ Soins de pieds

Besoin d'aide?
Les aînés auprès desquels vous intervenez
requièrent un supplément d'aide?
Contactez-nous.

info@cercle-et-moi.ca • www.cercle-et-moi.ca
Région de Montréal et Rive-Sud : 450 671-0100
Rive-Nord : 450 981-0456

HYGIÉNISTE DENTAIRE

DEPUIS 1975

40 ANS


d'EXPERTISE en PRÉVENTION

Nous sommes plus de


6000

PARTENAIRES de votre SANTÉ

CONSULTEZ-NOUS!



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec





Vous cherchez des solutions alternatives pour les aînés? Assistez à une de nos conférences.

Vous cherchez une résidence pour aînés?
Appelez Visavie.

514.383.3383 visavie.com
et c'est gratuit !

- Conférences sur mesure, adaptées à vos besoins et gratuites
- Plus de 30 ans d'expérience, 35 représentants partout au Québec
- Le plus grand centre de référencement en résidences au Québec

Visavie
Conseillers en résidences pour retraités



Services-conseils et accompagnement en recherche d'hébergement pour les 55 ans et plus.

MONTRÉAL, LAVAL, LAURENTIDES, LANAUDIÈRE, MONTÉRÉGIE

24 heures sur 24
7 jours sur 7

Nous sommes là pour vous.

450 966.0001 Sans frais 1 855 966.0001
info@plusbelle-lavie.com / www.plusbelle-lavie.com

plus belle
la vie



Vous êtes unique, notre service aussi. Et c'est **GRATUIT!**

GRUPE  PROJACQUES

MALTRAITANCE ET VIOLENCE ENVERS LES ÂÎNÉS EN SUISSE ROMANDE : REGARDS CROISÉS SUR LE RECOURS À LA LOI À PARTIR DES RÉFLEXIONS D'UN CONSEIL D'ÉTHIQUE

À la fin des années 90, la maltraitance envers les aînés a pris place dans le débat public en Suisse. Les personnes âgées ne disposent pas d'un statut juridique particulier et le cadre légal ne prévoit pas de dispositions spécifiques concernant la violence et la maltraitance à leur égard. Différentes associations professionnelles se sont dotées d'un conseil d'éthique. Les auteurs de cet article, membres d'un tel conseil, proposent une analyse d'un cas de violence conjugale et de maltraitance envers une personne âgée, dans une approche interdisciplinaire. Cette analyse souligne que le cadre légal suisse prévoit des dispositions générales visant à protéger les personnes contre les atteintes aux droits de la personnalité, que ce soit dans le cadre du couple ou en contexte institutionnel de soins. Ces règles de droit ne sont toutefois pas toujours connues et appliquées; elles peuvent par ailleurs présenter des limites. Une perspective éthique s'avère alors nécessaire pour identifier les zones de tension non réglées, voire suscitées, par le cadre légal. Il importe également que les professionnels soient sensibilisés aux spécificités des enjeux liés à l'âge et qu'ils veillent à toujours intégrer les aînés concernés aux démarches entreprises.

En Suisse romande (francophone), on a commencé à parler de maltraitance envers les personnes âgées à la fin des années 90. En 2001, l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (Avdems) s'est dotée d'un Conseil d'éthique visant à répondre à des requêtes tant de résidents, de proches que de professionnels. Il mène également des réflexions de fond et formule des recommandations sur différentes thématiques, par exemple sur les mesures de contrainte ou la multiculturalité (voir <http://www.avdems.ch/lavdems/conseil-dethique.html>). Il est constitué de huit membres : quatre directeurs ou directrices d'institutions et quatre membres externes (une éthicienne, une avocate, une représentante des intérêts des résidents et un médecin).

En tant que membres du Conseil d'éthique, nous sommes régulièrement confrontés à des requêtes qui nous questionnent en termes de maltraitance. L'interdisciplinarité de nos profils et de nos compétences (psychologue-gérontologue, avocate, éthicienne, infirmier et directeur d'EMS)

nous permet de porter des regards complémentaires sur ces situations.

Sur la base d'une vignette inspirée d'un cas réel, cet article vise à illustrer les enjeux – juridiques, éthiques, professionnels, managériaux et liés à l'appréciation de la situation – posés par la problématique de la violence et de la maltraitance envers les aînés en Suisse romande du point de vue du recours à la loi. Pour des questions de confidentialité, nous avons choisi de ne pas présenter une situation ayant fait l'objet d'une requête à notre Conseil. Notre analyse reflète néanmoins l'approche que nous adoptons habituellement.

LA SITUATION DE MADAME ET DE MONSIEUR A

Le couple A vit dans un appartement, en milieu urbain, dans le canton de Vaud. Madame A a 90 ans et monsieur A en a 88. Il s'agit d'un deuxième mariage, conclu dans leur cinquantaine. Le couple est aisé financièrement. Ils n'ont pas d'enfants et seulement un cercle restreint d'amis.



DELPHINE ROULET SCHWAB, PH. D.
PSYCHOLOGIE
PROFESSEURE HES ORDINAIRE
INSTITUT ET HAUTE ÉCOLE DE LA SANTÉ
LA SOURCE, SUISSE



MICAELA VAERINI, PH. D. DROIT
AVOCATE SPÉCIALISTE FSA DROIT
DE LA FAMILLE
CHARGÉE D'ENSEIGNEMENT À
L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE, SUISSE

NADJA EGGERT
PH. D. ÉTHIQUE
RESPONSABLE DE RECHERCHE
PLATEFORME INTERDISCIPLINAIRE
D'ÉTHIQUE (ETHOS) / INTERFACE
SCIENCE-SOCIÉTÉ
UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

FRANÇOIS MATT
INFIRMIER
DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENTS
MÉDICOSOCIAUX, SUISSE

Madame est atteinte d'une faible forme de troubles démentiels, mais elle est toujours capable de discernement. Monsieur est en bonne condition physique et mentale.

Madame subit des dénigrements verbaux de la part de son mari. Elle est totalement dépendante financièrement : il lui bloque tout accès à ses cartes bancaires, en alléguant qu'elle n'est plus capable de gérer son argent. Elle est sous son emprise et se soumet à sa volonté depuis des années.

Environ quatre fois par an, Monsieur place Madame dans un établissement médicosocial (EMS) situé dans le village d'origine de Madame, à 90 km du domicile du couple. Les séjours sont généralement d'environ deux semaines. Monsieur explique ces placements par le fait qu'il a besoin de se reposer. Il ne rend jamais visite à son épouse.

Lors de ces séjours, une ancienne amie d'école de Madame vient la voir environ une fois par semaine. Cette amie constate que Madame ne dispose pas d'argent de poche. Elle n'a pas de quoi aller chez le coiffeur ou même payer un café. L'amie questionne Madame à ce sujet. Cette dernière lui fait part des comportements abusifs de son époux.

Madame a aussi parlé à une aide-soignante de l'EMS de l'attitude de son époux. L'aide-soignante se montre concernée et souhaite l'aider.

L'amie et l'aide-soignante s'interrogent également sur la licéité des mesures de contrainte dont Madame fait l'objet lors de ses courts séjours à l'EMS (des barres latérales l'empêchant de tomber, mais aussi de sortir du lit).

De leur propre initiative, l'amie de Madame et l'aide-soignante décident d'écrire à l'Autorité de protection de l'adulte pour faire état d'une suspicion générale de violence conjugale. Elles n'informent personne de leur démarche.

Lors de l'audience fixée par l'Autorité de protection de l'adulte, le juge indique à Madame qu'elle devrait envisager une séparation. Madame est totalement bouleversée. Elle est gênée de

répondre aux questions concernant la conduite de son époux qui, selon la demande expresse de Madame (faite sous pression de l'époux), est présent dans la salle. Elle minimise les actes de son mari et craint que le juge puisse les séparer. Deux jours après l'audience, Madame décède à la maison, dans son sommeil, d'une attaque cardiaque.

Cette situation illustre la complexité de la problématique de la violence et de la maltraitance envers les aînés et soulève différents types de questionnements.

ENJEUX LIÉS À L'APPRÉCIATION DE LA SITUATION

En premier lieu, cette situation pose la question de son appréciation en termes de violence et de maltraitance.

La violence est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme :

« La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002, p. 5) »

La maltraitance présente deux spécificités par rapport à la violence : elle se manifeste toujours dans une relation supposée être de confiance et elle peut être involontaire. Elle implique souvent une asymétrie dans la relation; elle est proche en ce sens de la notion d'abus de confiance.

La maltraitance envers les personnes âgées constitue un acte isolé ou répété, ou un manque d'action appropriée, qui survient dans le cadre de toute relation dans laquelle il y a une attente de confiance et qui cause un dommage ou de la détresse à une personne âgée. Elle peut être de différentes formes : physique, psychologique/émotionnelle, sexuelle, financière, ou simplement refléter une négligence intentionnelle ou involontaire. [traduction libre] (World Health Organization, 2002, p.3).

Dans cette situation, nous pouvons identifier deux aspects distincts de la problématique : de la violence conjugale de Monsieur envers Madame (dénigrement verbaux, contrôle financier, emprise) et une possible maltraitance dans l'application de mesures de contrainte (barrières de lit) de la part des collaborateurs de l'EMS.

Cette différenciation est importante, car elle renvoie à deux registres de pratiques qui ne mobilisent pas les mêmes droits et dont les implications peuvent être différentes.

ENJEUX JURIDIQUES

Sur le plan juridique, la violence conjugale et la maltraitance envers les personnes âgées renvoient à des dispositions légales distinctes.

Au sujet de la violence domestique, le Code civil suisse (ci-après CC) prévoit aux articles 171ss une série de mesures visant à protéger l'union conjugale. Ces mesures ont pour but d'amener les époux à se réconcilier. Elles visent également à protéger les droits de la personnalité des époux. Ceci nous intéresse tout particulièrement ici puisque l'épouse victime de violence domestique subit une atteinte à ses droits de la personnalité, en particulier l'intégrité psychique, l'honneur et la personnalité sociale. Ainsi, l'art. 172 al. 1 du Code civil donne la possibilité à l'époux d'en référer au juge matrimonial lorsque l'autre ne remplit pas ses devoirs conjugaux, ce qui est réalisé en cas de violence domestique (Jaquier et Vaerini, 2006). De plus, afin d'améliorer la protection des femmes victimes de violences domestiques, le législateur a introduit l'art. 28b du Code civil qui permet de demander au juge de faire éloigner immédiatement l'auteur de violence du logement commun, avec possibilité d'interdiction d'y accéder pendant une certaine période et de prendre contact avec la victime. Dans les cas de couples âgés, il semble néanmoins que c'est souvent la victime qui est éloignée pour assurer sa protection, généralement par le biais d'une hospitalisation ou d'un placement en EMS.

Si les mesures visant l'union conjugale se révèlent généralement efficaces dans la pratique, elles présentent le désavantage de dépendre de la volonté d'agir devant le juge de la part de la victime. Or, si la victime est une personne âgée,

elle n'osera le plus souvent pas entamer une procédure, par peur notamment de changer un mode de vie auquel elle s'est pliée depuis des décennies. Pour cette raison, le droit suisse offre également la possibilité de recourir à des mesures extrajudiciaires comme des offices de consultation ou la médiation (art. 171 CC). Ces mesures semblent toutefois peu sollicitées en ce qui concerne des conjoints âgés.

Plus généralement, les nouvelles règles du droit de protection de l'adulte (art. 443 CC), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2013, offrent la possibilité à toute personne (par exemple une amie ou une aide-soignante, comme c'est le cas dans la situation de Madame et de Monsieur A) de signaler à l'Autorité de protection de l'adulte une personne qui semble avoir besoin d'aide. Pour ce faire, les personnes soumises au secret professionnel doivent en être déliées par la personne concernée ou par l'autorité compétente.

L'Autorité de protection de l'adulte doit d'abord entendre la personne concernée personnellement (art. 447 CC). Si nécessaire (par exemple, si la personne est âgée et dans une situation de faiblesse), elle ordonne la représentation de la personne, le plus souvent par un avocat (art. 449a CC). L'Autorité de protection de l'adulte prend ensuite, si nécessaire, des mesures pour protéger la personne. Elle pourra par exemple nommer un curateur, qui agira en protection de la personnalité de la personne sous curatelle, ou désigner une personne ou un office qualifiés qui auront un droit de regard et d'information dans certains domaines, par exemple financier (art. 392 CC). La mise en place de ces mesures peut être relativement rapide, mais elle implique également une ingérence extérieure dans la vie privée de la personne âgée qui peut être très mal vécue par cette dernière.

Passons maintenant à la question de la possible maltraitance au sein de l'EMS. Il n'existe pas en Suisse de dispositions légales relatives à la maltraitance envers les aînés. De nombreuses

Si les mesures visant l'union conjugale se révèlent généralement efficaces dans la pratique, elles présentent le désavantage de dépendre de la volonté d'agir devant le juge de la part de la victime.



La violence domestique et financière qu'une femme peut subir de la part d'un mari violent la place dans une situation de vulnérabilité et de dépendance à l'égard de ce dernier. Souvent, elle va hésiter à porter plainte pour ne pas changer de vie.

règles de droit civil, pénal et administratif permettent cependant de prévenir ou de mettre un terme à des actes de maltraitance (Tritten Helbling, 2013).

L'art. 28 du Code civil pose le principe que toute atteinte aux droits de la personnalité est illicite, à moins que la victime ait donné son consentement, qu'il existe un intérêt prépondérant privé ou public, ou qu'il y ait une base légale (art.28 al. 2 CC). Les mesures de contrainte peuvent ainsi constituer une violation des droits de la personnalité au sens du Code civil (art. 27.ss CC) (Novier, Roulet Schwab et Matt, 2015 ; Vaerini, 2014).

Le nouveau droit de protection de l'adulte prévoit aux art. 382ss du Code civil des dispositions spécifiques ayant pour but de protéger les résidents incapables de discernement au sein d'un EMS pour un séjour de longue durée. Ainsi, conformément à l'art. 383 du Code civil, un EMS ne peut pas limiter la liberté de mouvement d'un résident, par exemple en posant des barrières au lit. Cela est toutefois licite si les conditions suivantes sont respectées : la mesure vise soit à prévenir un danger grave menaçant la vie ou l'intégrité corporelle du résident incapable ou d'un tiers, soit à faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire; ceci alors que des mesures moins rigoureuses ont échoué ou apparaissent a priori insuffisantes (Vaerini, 2015).

Dans notre situation, Madame est capable de discernement et réside dans l'EMS pour des séjours de courte durée. Les dispositions spécifiques du droit de protection de l'adulte ne lui sont ainsi pas applicables. Dans ce cas, ce sont des règles cantonales, voire des règles de *soft law* (recommandations, lignes directrices), qui s'appliqueront.

Il importe dans un premier temps de vérifier si Madame a donné son accord à l'utilisation de barrières de lit (par exemple, cela peut être rassurant pour elle). En cas d'accord de la part de Madame, il ne s'agira pas d'une mesure de contrainte. Par contre, si Madame n'a pas donné son consentement ou s'oppose à la mesure, l'utilisation de barrières de lit peut constituer une atteinte à ses droits de la personnalité et de la maltraitance.

Dans notre situation, l'EMS se situe dans le canton de Vaud. Ce sont donc les règles cantonales vaudoises qui vont s'appliquer, en l'occurrence ici l'art. 23d de la Loi sur la santé publique (LSP-VD). Cette disposition, plus contraignante que le droit fédéral, interdit par principe toute mesure de contrainte à l'égard de tous les patients. Elle maintient également une base légale et un cadre minimal pour les situations non visées par le droit fédéral (sous forme d'un renvoi au droit fédéral) (Novier, Roulet Schwab et Matt, 2015). Les autorités compétentes seront différentes selon qu'il s'agit : 1) d'une personne incapable de discernement résidant en EMS ou en divisions C d'hôpitaux (Autorité de protection de l'adulte, soit la Justice de Paix dans le canton de Vaud, art. 4 LVP AE), ou 2) d'une personne capable de discernement ou ne résidant pas dans de tels établissements (Commission d'examen des plaintes). Cette distinction peut s'avérer problématique pour les personnes concernées, leurs proches ou leurs représentants au moment de déterminer à quelle autorité compétente s'adresser (Novier, Roulet Schwab et Matt, 2015).

La situation de Madame et Monsieur A montre que les dispositions légales applicables diffèrent selon qu'il s'agit d'un cas de violence conjugale ou de maltraitance. Dans les deux cas, il n'existe pas de mesures concernant spécifiquement les personnes âgées. Dans la pratique, les situations

concernant des aînés peuvent toutefois donner lieu à un traitement différent de celles d'adultes plus jeunes (par exemple, mesure d'éloignement du conjoint violent).

ENJEUX ÉTHIQUES

La situation présentée dans cet article relève d'une grande complexité. Nous proposons quelques pistes de réflexion. Une limite, celle de se prononcer sur une situation « terminée », doit être ici soulignée : nous disposons d'informations inconnues des protagonistes au moment de leur action.

L'analyse de cette situation permet de faire appel à l'éthique biomédicale et d'identifier les valeurs en tension. En partant du principe de l'autonomie, on constate que Madame est capable de discernement. Toutefois, la violence domestique et financière qu'elle subit de la part du mari violent la place dans une situation de vulnérabilité et de dépendance à l'égard de ce dernier. Les principes de bienfaisance et de malfaisance permettent de souligner une tension entre l'intention de faire le bien et celle de le faire effectivement. L'action de l'aide-soignante et de l'amie de Madame – bien que partant d'une intention bienveillante – se révèle plutôt malfaisante en plaçant Madame, une nouvelle fois, dans une extrême vulnérabilité. En effet, non informée des démarches qui ont été menées – alors qu'elle est capable de discernement –, elle se retrouve prise au milieu d'un triangle entre son mari, le juge de l'Autorité de protection de l'adulte, ainsi que l'aide-soignante et son amie.

Cette situation renvoie à la distinction entre éthique du *care* (ou du soin) et éthique de la justice (Tronto, 2009). Une éthique de la justice (de type procédural et s'appuyant sur la défense des droits de la personne) a été privilégiée ici, ne tenant toutefois pas suffisamment compte de la vulnérabilité de Madame qui semble se trouver « écrasée » par la justice. S'il ne s'agit pas d'émettre un jugement sur ce qui a été fait, il nous semble toutefois qu'une éthique du soin aurait été plus appropriée. Fondée sur la reconnaissance de la vulnérabilité de la personne, l'interdépendance

entre les personnes et une prise en compte du contexte, une éthique du soin aurait privilégié une discussion préalable avec Madame, suivie éventuellement d'une délibération ou d'une médiation entre les protagonistes.

En effet, la mesure de séparation proposée par le juge est violente pour Madame qui a vécu une quarantaine d'années en pleine dépendance sous l'emprise d'un mari violent, dépossédée de sa capacité d'action, de sa capacité à faire des choix et de ses revenus. En nous appuyant sur l'approche des capacités, nous nous posons la question de savoir ce que Madame, dans son contexte,

« a réellement les moyens de faire et d'être » (Nussbaum, 2008, p. 110). Dans cette perspective, la participation de Madame à la recherche de cette solution aurait été fondamentale.

La participation de Madame à la recherche de cette solution aurait été fondamentale.

ENJEUX PROFESSIONNELS ET MANAGÉRIAUX

Dans cette situation, nous pouvons tout d'abord interroger la pertinence des courts séjours réguliers de Madame à l'EMS. Il appartient à la Direction de l'EMS de vérifier si le fait d'envisager un court séjour est adéquat au vu de la situation. Madame étant capable de discernement, elle devrait aussi pouvoir s'exprimer sur la question. La gestion de l'application de mesures de contrainte appartient à la responsabilité de la Direction de l'EMS. Dans cette situation, l'amie de Madame aurait pu commencer par s'adresser à la Direction, afin d'exprimer son inquiétude concernant le caractère licite des barrières de lit. Sans réponse satisfaisante, elle aurait eu la possibilité de signaler la situation à la Commission d'examen des plaintes du canton de Vaud. Il aurait bien entendu été souhaitable que Madame soit associée à la démarche ou, au moins, informée.

De son côté, l'aide-soignante aurait dû s'adresser d'abord à la Direction de l'EMS pour l'informer de ses doutes quant à la pertinence de l'utilisation de barrières de lit pour Madame et à son éventuel caractère maltraitant. Sans réponse de la Direction après un délai raisonnable (dépendant de l'urgence), l'aide-soignante aurait été tenue de signaler la situation au médecin cantonal. Il existe en effet, dans le canton de Vaud, une obligation légale pour

les professionnels astreints au secret professionnel d'« annoncer au médecin cantonal les faits susceptibles de constituer un cas de maltraitance ou de soins dangereux émanant d'autres professionnels de la santé » (art. 80a LSP-VD). Cet article de loi semble cependant peu connu des professionnels du domaine médicosocial (Roulet Schwab et Rivoir, 2011). Il pose également des problèmes en termes de protection des donneurs d'alerte.

Pour répondre à ce souci, la Convention collective de travail (CCT) dans le secteur sanitaire parapublic vaudois s'est récemment pourvue d'un article (art. 2.19) visant à protéger les travailleurs en cas de dénonciation de cas de maltraitance ou de soins dangereux. Cet article précise l'obligation pour l'employeur de se doter d'une procédure interne de signalement. Le travailleur doit ainsi informer la direction de l'institution, à charge pour elle d'engager la procédure interne et, si nécessaire, de signaler la situation au médecin cantonal (démarche faite conjointement entre le professionnel de la santé qui signale et l'employeur). L'art. 2.19 de la Convention définit les cas où le travailleur doit s'adresser directement au médecin cantonal : lorsque l'employeur n'engage pas la procédure immédiatement après le signalement, quand la direction est impliquée dans le cas à signaler, ou en cas de désaccord avec les directions sur l'obligation d'intervenir auprès du médecin cantonal. L'art. 2.19 Convention souligne que le signalement de bonne foi d'un cas de maltraitance ou de soins dangereux ne peut être un motif de licenciement.

Il importe également que l'institution développe une réelle culture du signalement, tout en veillant à préserver le rapport de confiance entre les différents protagonistes, afin d'engager une démarche constructive.

CONCLUSION

L'analyse de la situation de Madame et de Monsieur A montre que le cadre légal suisse prévoit toute une série de dispositions visant à protéger les personnes contre les atteintes aux droits de la personnalité, que ce soit au sein du couple ou en contexte institutionnel de soins. Ces règles de droit ne sont toutefois pas toujours connues et appliquées.

En Suisse, les personnes âgées ne disposent pas d'un statut juridique particulier. Dans les cas de violence ou de maltraitance, ce sont donc les règles générales qui devraient s'appliquer. Dans ces situations complexes, l'approche juridique peut toutefois présenter des limites. Une perspective éthique s'avère alors nécessaire pour identifier les zones de tensions – par exemple entre protection et sécurité, d'une part, et liberté et autodétermination, d'autre part – non réglées, voire suscitées, par le cadre légal.

Par ailleurs, les situations de violence conjugale et celles de maltraitance touchant des personnes âgées peuvent comporter des spécificités qu'il s'avère nécessaire de connaître, notamment en termes de vulnérabilité ou de priorités de vie. Il importe que les professionnels y soient sensibilisés.

Notre article souligne à ce titre l'importance de toujours veiller à intégrer les personnes âgées concernées à la réflexion et aux démarches entreprises. Ainsi, même des personnes âgées dont la capacité de discernement est altérée ou réduite devraient être informées et intégrées dans le processus. Les associations de patients et les associations d'aînés, bien que ces dernières n'exercent pas encore en Suisse un lobbying important, apparaissent comme des ressources à développer pour faire entendre la parole des aînés.

RÉFÉRENCES

- Jaquier, V. et Vaerini, M. (2006). La violence domestique à l'égard des femmes en droit international, européen et suisse. Dans S. Beson, M. Hottelier et F. Werro (dir.), *Les droits de l'homme au centre* (p. 415-458). Genève, Suisse : Schulthess.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. J., Mercy, J. A., Zwi, A. et Lozano-Ascencio, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- Novier, M., Roulet Schwab, D. et Matt, F. (2015). *Recommandations du Conseil d'éthique de l'Avdems. Mesures de contrainte en EMS*. Pully, Suisse : Association vaudoise d'établissements médicosociaux (Avdems).
- Nussbaum, M. (2008). *Femmes et développement humain. L'approche des capacités*. Paris, France : Des femmes.
- Roulet Schwab, D. et Rivoir, A. (2011). *Maltraitance des personnes âgées. Représentations et gestion de la problématique dans les institutions*. Lausanne, Suisse : Institut et Haute École de la Santé La Source.
- Tritten Helbling, C. (2013). *La protection juridique de la personne âgée victime de maltraitance en institution*. Bâle, Suisse : Helbing.
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris, France : La Découverte.
- Vaerini, M. (2015). *Guide pratique du droit de protection de l'adulte et de l'enfant*. Berne, Suisse : Stämpfli.
- Vaerini, M. (2014). Les droits de la personnalité des personnes âgées en établissement. *Revue de la Protection des mineurs et des adultes, RMA III*, 207-240.
- World Health Organization (2002). *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*. Genève, Suisse : World Health Organization (WHO).

NATURE ET CAUSES DES SITUATIONS DE MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS TRAITÉES PAR LES COMITÉS DES USAGERS : UN APERÇU DES MANQUEMENTS AUX DROITS DES USAGERS

Cet article vise à décrire les situations de maltraitance envers les aînés (dont les situations de manquements aux droits des usagers) qui sont soumises aux comités des usagers dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec par les usagers ou des membres de leur famille, et à proposer une réflexion critique quant à leur nature et à leurs causes. Cette réflexion permet de documenter les rapports qui sont au cœur des situations de maltraitance : d'un usager par un membre du personnel, d'un usager par un autre usager, d'un usager par un membre de sa famille et d'un membre du personnel par un usager. Une série de facteurs individuels et organisationnels qui se dégagent de l'examen des situations traitées par les comités des usagers contribuent à fausser ces rapports et conduisent à la maltraitance : le manque individuel d'empathie, de compréhension de l'autre, le manque de respect, de considération envers l'autre, le manque de ressources, de personnel, le manque de formation (ou le peu de formation adéquate offerte), l'application rigide ou étroite de règles, l'obligation d'appliquer des règles, et la maladie.

Une des fonctions dévolues aux comités des usagers (CU), par la Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS), est celle de « défendre les droits et les intérêts collectifs » (et individuels sur demande) des usagers dans le système sociosanitaire québécois (article 212 de la LSSSS, 2016). L'exercice de cette fonction place les CU devant des situations de maltraitance (dont des situations de manquements aux droits des usagers) qui leur sont rapportées par les usagers ou leur famille ou dont ils sont témoins, et pour lesquelles ils cherchent à intervenir pour y mettre fin ou prévenir une situation analogue (Beaulieu, Bédard et Blain, 2015). La violation des droits a été retenue dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015* comme étant un type de maltraitance envers les aînés (ministère de la Famille et des Aînés [MFA], 2010).

Ces comités présentent un double intérêt pour l'étude de la maltraitance envers les aînés. D'une part, ils donnent accès à un grand nombre de situations de maltraitance puisque c'est l'une des instances (avec le commissaire aux plaintes) dans les établissements où l'utilisateur et ses proches

peuvent porter plainte, dénoncer des situations, exprimer leurs insatisfactions (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2006). Ensuite, ils sont un des moyens mis en place pour agir dans les situations de maltraitance. On y voit comment elle peut être entendue, traitée et prévenue (Gagnon, Clément et Deshaies, 2014).

D'avril 2014 à avril 2015, trois CU furent étudiés en regard des situations de maltraitance qui leur sont soumises (Bédard, en préparation) en assistant aux rencontres des comités et y en notant des échanges (94 h 15 d'observation), en réalisant des entrevues auprès des présidents (n=6) et des membres (n=5) et en analysant leurs documents (ex. rapports annuels). Cet article expose les résultats et analyses découlant de notre premier objectif de thèse : décrire les situations de maltraitance envers les aînés (dont les situations de manquement aux droits des usagers) qui sont soumises aux comités des usagers par les usagers ou leur famille, ou dont ils sont témoins, et de proposer une réflexion critique quant à leur nature et à leurs causes.



MARIE-ÈVE BÉDARD
CANDIDATE AU DOCTORAT EN GÉRONTOLOGIE
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
CHAIRE DE RECHERCHE SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES
CENTRE DE RECHERCHE SUR LE VIEILLISSEMENT DU CSSS-IUGS



ÉRIC GAGNON, PH. D.
CHERCHEUR
CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

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

TYPES DE RAPPORTS AU SEIN DESQUELS IL Y A DE LA MALTRAITANCE

Durant l'année étudiée, 76 situations préjudiciables furent portées à l'attention des CU. Un grand nombre d'entre elles constituent de la maltraitance, ou s'y apparentent, en raison des souffrances ou du mal-être qu'elles engendrent. Nous pouvons regrouper ou classer ces situations selon le type de rapport entretenu entre les personnes, et les obligations qu'elles ont l'une envers l'autre dans le cadre de ces rapports (soutien, considération, droits et devoirs). Le non-respect de ces obligations trahit les attentes, fausse la relation et peut engendrer de la maltraitance.

Des situations discutées au sein des trois CU, se dégagent quatre grands types de rapports au sein desquels il peut y avoir de la maltraitance.

1) Rapport d'un *membre du personnel*¹ à un *usager*². Il s'agit d'une relation entre un soignant et un soigné dans laquelle le second dépend du premier pour la satisfaction de ses besoins et la protection de son intégrité physique, psychique et morale. Le soignant doit assurer, autant qu'il lui est permis de le faire, cette satisfaction et cette protection. La maltraitance survient lorsque le soignant ne fait pas tout ce qui est en son pouvoir pour répondre aux besoins de l'usager et qu'ainsi il n'assure pas le respect de l'intégrité de la personne (un droit selon la Charte des droits et libertés de la personne [art. 1, Charte, dans MSSS, 2006]). Il abuse de la dépendance et de la vulnérabilité du soigné plutôt qu'il assure son confort et sa protection. Cela se traduit par des soins et des services inappropriés tels que « gaver » une résidente de centre d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD] ou ne pas lui laisser le temps d'avaler entre chaque cuillerée. De nombreuses situations soumises aux CU illustrent divers types de maltraitance envers les aînés (ex. maltraitance physique, psychologique, violation des droits, sous forme de violence ou de négligence), comme le cas d'une préposée, en pause, qui ne porte pas assistance à une résidente qui se gratte

intensément et qui a déchiré sa culotte d'incontinence, bien que la préposée en ait la responsabilité et qu'elle soit informée de la situation. Dans cet exemple de négligence, le droit de recevoir des services, de la résidente, n'est pas respecté (art. 5, art. 13 et art. 100, LSSSS, dans MSSS, 2006).

Il arrive également que le membre du personnel ne se renseigne pas à propos des volontés de l'usager ou ne les respecte pas. La coordonnatrice du CU 1 raconte qu'à son réveil, un homme âgé revenant du bloc opératoire se trouve face à une dizaine d'étudiants autour de lui sans qu'on ne lui ait demandé son accord. Il dit au médecin « Écoutez, je ne veux pas avoir les étudiants autour de moi »; lequel lui répondit : « Si tout le monde était comme vous, il n'y a personne qui pourrait apprendre ». Dans ce cas, les comportements inadéquats prennent la forme d'une intrusion non

consentie dans l'intimité d'un usager âgé et de propos déplacés du médecin qui commente négativement le bien-fondé du droit du malade de refuser la présence d'étudiants.

Les membres du personnel ne dénoncent pas toujours la maltraitance dont ils sont témoins, ce qui empêche la mise en place des

mesures pour éviter que la situation perdure ou se reproduise. Par exemple, la coordonnatrice du CU 1 rapporte qu'une résidente d'une ressource intermédiaire a subi de l'exploitation financière. Les travailleuses sociales étaient au courant de la situation, mais elles « n'ont pas porté plainte (...) ou pris des mesures pour empêcher que ces abus perdurent ». Cette non-dénonciation de la part des travailleuses sociales traduit un manquement au droit à la protection contre l'exploitation de la résidente (art. 48, Charte, dans MSSS, 2006).

2) Rapport d'un *usager* à un *autre usager*. Ce rapport existe principalement en CHSLD où des usagers cohabitent. En principe, chacun a droit aux mêmes services, à la même considération et à la même protection. Le malaise et la maltraitance surviennent lorsque le respect des droits de l'un se fait au détriment des droits des autres. Le

La maltraitance survient lorsque le soignant ne fait pas tout ce qui est en son pouvoir pour répondre aux besoins de l'usager.

¹ Les membres du personnel concernés sont : médecins, travailleuses sociales, préposés(es) aux bénéficiaires, infirmières, infirmières auxiliaires, assistantes-infirmières, chef de service, coiffeuses, gardiens de sécurité, mais aussi bénévoles (membres des CU ou non).

² Les usagers proviennent des centres hospitaliers, des CHSLD et des ressources intermédiaires (RI).

droit de la personne démente à ne pas être brimée peut conduire à tolérer des conduites agressantes pour les autres. Selon la présidente du CU 2 : « Il n'est pas question de tolérer que quelqu'un soit maltraité [un résident trisomique hébergé dans un CHSLD], mais ça dérange quelqu'un qui crie tout le temps, c'est fatiguant [pour les autres résidents] (...) en même temps, je ne peux pas le contenir (...) l'assommer à longueur de journée. C'est un milieu de vie communautaire ». Ces situations illustrent les défis posés par l'intervention auprès des personnes qui ont un comportement dérangent en CHSLD, soit en milieu de grande promiscuité. Certaines situations plus taboues méritent attention, tels les résidents ayant des atteintes cognitives, dont la désinhibition les conduit à poser des gestes sexuels inappropriés (ex. un résident qui s'introduit dans la chambre de sa voisine et commet des attouchements non consentis).

3) Rapport d'un membre de la famille d'un usager à l'usager. Une relation familiale, en principe, est fondée sur la solidarité et le soutien mutuel : les membres d'une famille doivent s'aider et se protéger. Dans les situations de maltraitance, un membre de la famille abuse doublement des obligations de solidarité entre membres d'une même famille : d'une part, en s'emparant de l'argent de la personne âgée, comme si ça lui revenait nécessairement et, d'autre part, en profitant du fait qu'il a peu de chance d'être dénoncé par la personne âgée maltraitée.

Par exemple, les membres des CU et les membres du personnel soupçonnent que des enfants commettent de la maltraitance financière envers leurs parents hébergés en CHSLD, mais ils n'ont rien pour le prouver. Cette difficulté à amasser des preuves que ces situations se produisent vient du fait que les résidents ne veulent pas dénoncer leurs enfants, soit par peur de représailles ou pour préserver les liens les unissant. Selon la présidente du CU 2 : « [les membres du personnel] (...) voient bien que madame une telle n'a jamais de visite sauf quand l'argent sort, mais madame une telle ne veut rien dire (...) les situations familiales,

c'est comme la violence familiale, c'est très difficile de les faire sortir. Les gens en CHSLD ont toujours peur de porter plainte parce qu'ils se disent que ça va être pire ». Le personnel hésite à défendre les droits de la résidente par peur des représailles de la famille à son endroit.

Il peut aussi arriver que l'usager soit violent envers les membres de sa famille (ses parents âgés). Ces comportements viennent perturber la solidarité et le soutien familial, puisque les parents éprouvent des sentiments contradictoires envers leur enfant (l'usager), soit l'amour et la peur (d'être violenté). La mère dit : « Sa médication n'est pas encore bien ajustée [à l'usagère]. Elle a été violente (...). Je l'aime, c'est mon enfant, mais je ne peux pas la prendre comme ça chez moi. On en a peur ». Ainsi, un usager, aux prises avec des

problèmes psychologiques, peut être maltraitant à l'endroit de ses parents âgés.

Dans les situations de maltraitance, un membre de la famille abuse doublement des obligations de solidarité entre membres d'une même famille.

4) Rapport d'un usager à un membre du personnel. Ici, c'est l'usager qui a des obligations envers l'intervenant : il doit le traiter avec respect et considération, et ne pas exiger plus qu'il n'a droit. Il s'avère pertinent de documenter ce rapport où la personne présumée maltraitée n'est pas nécessairement une personne

âinée, pour dresser une vue d'ensemble plus complète de la dynamique et des rapports entre les différents groupes et individus. Dans ce type de relation, l'usager peut n'exprimer aucune considération ni respect pour les employés. La maladie est souvent à l'origine de son comportement violent. La présidente du CU 2 dit : « Leurs exigences [à deux résidents de CHSLD] étaient démesurées. C'était du genre, je garroche mes affaires à terre puis ramasse-moi ça! [Ils disaient cela aux membres du personnel] ». Ces comportements traduisent de la maltraitance psychologique sous forme de violence (dénigrement).

En CHSLD, les résidents ayant des atteintes cognitives peuvent également adopter des comportements violents à l'endroit des membres du personnel qui sont responsables de leur donner soins et services. Ils tiennent des propos



La maltraitance peut être le fait du personnel, de la famille ou d'un autre résident.

déplacés, les traitent de différents noms, leur lancent des objets ou crachent sur eux (présidente et coordonnatrice CU 1). Ces résidents cognitivement atteints peuvent commettre de la maltraitance de façon non intentionnelle risquant d'entraîner des comportements hostiles de la part de certains membres du personnel et ainsi d'affecter la qualité des soins. La présidente du CU 1 dit : « Le préposé s'est fait blesser, alors [la résidente], il ne l'aime plus; le côté un peu chaleureux de la relation [est perdu].... ».

CAUSES DE LA MALTRAITANCE

Comment en arrive-t-on là? Qu'est-ce qui conduit des individus à manquer à leurs obligations et conduites attendues en regard du rapport qu'ils entretiennent avec autrui? Une série de facteurs individuels ou organisationnels se dégagent de l'examen des situations traitées par les CU.

Le manque individuel d'empathie, de compréhension de l'autre

Cela se produit notamment lorsque le membre du personnel n'intervient pas de façon adéquate vis-à-vis un usager qui a un comportement dérangeant. Le membre du personnel perd patience vis-à-vis de cet usager. Un membre du CU 3 dit : « Une [résidente] (...) s'est mise à crier et tout ça (...) la préposée, au lieu de la calmer (...) elle [l'] a agrippée par le bras et elle l'a trainée vraiment dans sa chambre (...) ».

Alors qu'il donne des soins ou des services, un membre du personnel peut perdre toute empathie envers l'usager, ne plus être capable de se mettre à sa place et de reconnaître ses besoins. La présidente du CU 2 rapporte une situation qu'elle a vécue : « [Un résident de CHSLD] se plaignait de ne pas avoir les soins. (...) que son fils pourrait le placer dans la région d'Ottawa et qu'il serait pas mal mieux (...) là-bas. Alors je lui ai dit, allez-y à Ottawa! (...) ».

Le manque de respect, de considération envers l'autre

Un membre du personnel peut manquer de respect à l'endroit d'un usager, par exemple en ne changeant pas immédiatement sa culotte d'incontinence (observation CU 2).

Une interruption temporaire de service peut être vue comme un manque de respect, lorsque les préposées en pause discutent avec d'autres employés qui ne sont pas en pause. Cela fait en sorte que les employés qui ne sont pas en pause ne répondent pas aux besoins des résidents pendant ce temps (président du CU 3). Le manque de respect ou d'attention est principalement le fait d'un employé à l'égard d'un usager, mais un usager peut également manquer de respect, par des comportements agressifs, à l'égard d'un employé.

Le manque de ressources, de personnel

Le manque de ressources, tel que le manque de personnel, contribue à la perpétration de maltraitance au sein du réseau public de santé et de services sociaux. Par exemple, le manque de préposées de sexe féminin dans un CHSLD contribue à une situation de violation des droits d'une usagère sous forme de violence, puisqu'elle se voit imposer un soin (un bain) donné par un homme alors que son dossier précise l'importance que ce soit fait par une femme (elle a été victime de viol dans son enfance). Dans ce cas, un manque d'empathie a aggravé la situation.

Le manque de personnel affecte également les délais de réponse aux besoins des résidents. Par exemple, cela prend une heure avant que le personnel se déplace au chevet d'un résident de CHSLD ayant chuté dans sa chambre (même si sa famille a sonné la clochette à plusieurs reprises pour obtenir de l'aide). Le manque de personnel fait aussi en sorte que des soins et des services ne sont pas dispensés aux usagers. Par exemple, par manque de personnel, les résidents ne furent pas habillés ni lavés pendant plusieurs jours. Là encore, la maltraitance se traduit par un manque d'assistance et de soins (une violation du droit de recevoir des services des résidents [art. 5, art. 13 et art. 100, LSSSS, dans MSSS, 2006]).

Le manque de personnel affecte également la surveillance de la qualité des soins et des services donnés aux résidents (ou le contrôle de cette qualité). Un membre du CU 3 précise que « des procédures (...) glissent à travers le temps. Mais comme on n'a pas le personnel pour réviser ça (...), est-ce que nous sommes bien dans les applications exemplaires? Non ». Selon les membres du CU 1, le manque de personnel dans les CHSLD provient du fait que le système pour assurer le remplacement des employés absents pose problème, notamment en raison d'appels à la dernière minute et d'un manque de disponibilité des remplaçants (observation CU 1).

Le manque de personnel affecte aussi la sécurité des résidents en CHSLD. Par exemple, un

membre du CU 2 dit : « Ça manquait de surveillance. Il y avait une personne résidente en fauteuil roulant, et quand elle passait à côté des autres résidents, à la salle à manger, elle les frappait avec sa chaise. Une fois, elle a même pris son soulier et elle a frappé un résident. Il manquait de personnel durant les repas ». Ces exemples de comportements traduisent de la maltraitance physique sous forme de violence.

Le manque de formation (ou le peu de formation adéquate offerte)

Le manque de formation fait en sorte que certains membres du personnel posent des gestes inadéquats à l'endroit des usagers. Par exemple, des membres du personnel ignorent comment intervenir auprès des usagers présentant des comportements dérangeants pour le milieu. Un membre du CU 3 raconte : « Une [résidente de CHSLD] (...) voulait entrer dans l'enceinte pour la messe, mais on ne lui a pas permis. Elle s'est mise à crier (...). La bénévole, en ne sachant pas comment intervenir (...), elle l'a tassée dans le fond (...) ». Dans

cet extrait, la bénévole ignorant comment calmer l'usagère en crise a plutôt stimulé l'escalade de son comportement et malmené l'usagère en la plaçant en retrait (les autres usagers ne pouvaient plus écouter la messe puisque cette dernière décompensait bruyamment).

Certains membres du personnel ignorent la façon adéquate de s'adresser aux résidents des CHSLD. La coordonnatrice du CU 1 mentionne que les gardiens de sécurité parlent d'emblée très fort aux résidents en raison de leur âge, qu'ils aient ou non des problèmes d'audition. Cet exemple vient appuyer l'importance de former le personnel qui œuvre auprès des aînés au sujet du vieillissement et de la maltraitance afin de prévenir des situations préjudiciables (ex. âgisme) et contribuer au maintien de leur dignité (art. 4, Charte, dans MSSS, 2006).

Un manque de vigilance peut également découler d'un manque de formation. Cela se produit notamment lorsqu'un membre du personnel ne consulte pas le dossier de l'usager avant de lui donner ses

Certains membres du personnel ignorent la façon adéquate de s'adresser aux résidents des CHSLD.

soins et ses services, ce qui fait que ces derniers sont inadaptés, inadéquats ou non dispensés. Par exemple, la coordonnatrice du CU 1 dit : « Il y avait une nouvelle préposée, j'imagine, qui n'avait pas bien regardé, puis elle n'a pas donné d'insuline à [un résident de CHSLD] qui était diabétique ». Cela peut traduire de la maltraitance physique sous forme de négligence, mais aussi une violation du droit du résident de recevoir les soins que requiert son état (art. 7, LSSSS, dans MSSS, 2006).

L'application rigide ou étroite de règles

Une application rigide des règles limite les choix et les droits des usagers qui perdent tout contrôle sur leurs routines et habitudes de vie. Par exemple,

La maltraitance peut même résulter du respect du droit du patient à refuser un traitement.

en CHSLD, le fait d'imposer le coucher de tous les usagers à 21 h, même si certains d'entre eux souhaitent veiller plus tard. Un membre du CU 2 avance une explication : « Les employés font cela pour prendre de la vitesse. Quand ils ont du temps, ils s'avancent ».

Les règles sont appliquées de manière mécanique pour des raisons d'efficacité ou simplement de convenance pour le personnel.

La maltraitance peut même résulter du respect du droit du patient à refuser un traitement. La présidente du CU 2 raconte : « Une patiente (...) a un problème cognitif, elle avait une plaie et (...) refusait de changer son pansement. L'infirmière se disait : elle refuse, elle refuse. (...) La situation était rendue grave. (...) Il fallait que l'infirmière intervienne, mais elle ne l'a pas fait ». Le respect d'un droit justifie-t-il le fait de ne pas donner les soins adéquats, de sursoir à ses obligations?

L'obligation d'appliquer des règles

En CHSLD notamment, les membres du personnel sont contraints d'appliquer certaines règles, sans nécessairement les approuver. Par exemple, des membres du personnel refusent de changer la culotte d'incontinence d'une résidente qui le demande parce que le contenu de sa culotte n'a pas atteint le seuil de la petite ligne bleue d'absorption (coordonnatrice du CU 1). Les membres du personnel ont les « mains liées » puisqu'il y a une règle minimale d'absorption à atteindre avant tout changement. Cela peut

traduire de la maltraitance organisationnelle, ainsi qu'une violation du droit à la sauvegarde de la dignité de la résidente (art. 4, Charte, dans MSSS, 2006).

La maladie

Certaines pathologies, telles que les troubles cognitifs ou les problèmes psychologiques, contribuent à la maltraitance. Par exemple, un usager aux prises avec des troubles cognitifs ou des problèmes psychologiques peut être maltraitant envers autrui (membres du personnel, membres de sa famille ou autres usagers). La coordonnatrice du CU 1 raconte : « On distribuait les calendriers (...), le [résident de CHSLD] a des problèmes cognitifs. (...) les insultes qu'il m'a dites quand je suis entrée et les commentaires salaces. (...) Je sais que c'est sa maladie qui fait ça ».

À la lumière des informations venant d'être présentées et en guise de synthèse entre les deux parties de cet article, il est important de retenir deux éléments. D'abord, les facteurs individuels (manque d'empathie, de respect) ou organisationnels (ressources, formation, règlements) ont une influence sur les quatre types de rapports, soit ceux entre un membre du personnel et un usager (ex. négligence, violence, violation des droits, manque de considération); entre un usager et un autre usager (ex. interventions inadéquates face aux comportements perturbateurs); entre un membre de la famille d'un usager et l'usager (ex. exploitation financière non dénoncée); ou entre un usager et un membre du personnel (ex. comportements agressifs et méprisants occasionnés par la maladie auxquels on réagit mal par manque de formation ou de compréhension de la condition de la personne). Ensuite, ces facteurs peuvent se cumuler (ou non) et aggraver la situation. Par exemple, le manque de personnel peut favoriser l'application rigide des règles par le personnel. Des enjeux de violation des droits sont présents dans les quatre types de rapports, dans divers types de maltraitance.

CONCLUSION

Grâce à leur fonction de défense des droits des usagers, les membres des CU sont informés ou témoins de nombreuses situations de maltraitance dans le réseau sociosanitaire québécois. Dans cet

article, nous avons clarifié en quoi ces situations peuvent constituer de la maltraitance, dont des manquements aux droits des usagers. Cela permet de mieux comprendre la nature des problèmes, leurs causes et de cibler là où il est important d'agir pour corriger ces situations indésirables et éviter qu'elles ne se reproduisent.

Les membres des CU associent toutefois très peu ces situations au vocable *maltraitance*. Ils ont plutôt tendance à décrire des comportements qu'ils disent inacceptables ou qui ne respectent pas les droits des usagers. Cela nous amène à nous demander : pourquoi? Est-ce parce que les membres des CU ne sont pas familiers avec la notion de maltraitance et jugent qu'elle ne s'applique pas dans les situations qu'on leur rapporte (du fait de son caractère trop fort ou trop chargé)? Pourtant, parallèlement, on observe qu'au Québec, la maltraitance est de plus en plus connue et de mieux en mieux définie, entre autres grâce à la mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. De plus, le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) offre aux CU des formations sur le sujet de la maltraitance dans le cadre du programme *Lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées par la sensibilisation et la formation*³ (RPCU et ministère de la Famille [MF], 2016).

Comment donc comprendre cette réserve à l'usage du terme maltraitance? En dépit de ce « silence », les CU s'activent néanmoins à contrer la maltraitance. Des travaux actuellement en cours documenteront leur rôle et leur pouvoir d'agir dans cette lutte.

RÉFÉRENCES

Beaulieu, M., Bédard, M.-E. et Blain, P. (2015). La lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées au Québec. Bilan et perspectives sous une approche de défense des droits. Dans M. Schmitt (éd.), *Bientraitance et qualité de vie. Outils et retours d'expériences* (Tome 2, p. 87-104). Paris, France : Elsevier Masson.

Bédard M.-E. (en préparation). *La défense des droits des aînés : comprendre comment les comités des usagers des centres de santé et de services sociaux du Québec composent avec les situations de maltraitance, envers les usagers âgés, portées à leur attention* (Thèse de doctorat). Université de Sherbrooke.


Gagnon, É., Clément, M. et Deshaies, M.-H. (2014). Sujets de droits. L'interprétation des droits des malades. *Sciences sociales et santé*, 32(1), p. 5-27.

Gouvernement du Québec (2016). Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html, le 4 avril 2016.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2006). *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-603-02.pdf>, le 3 avril 2016. Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) et ministère de la Famille (MF) (2016). *Face à la maltraitance : le devoir d'agir!* Repéré à <http://maltraitanceaines.org/>, le 2 avril 2016.


³ Au moment de collecter les données de l'étude sur le traitement des situations de maltraitance envers les aînés par les CU (Bédard, en préparation), au moins un de ces comités (le CU 1) avait suivi la formation du RPCU sur la maltraitance. Malgré tout, les membres de ce comité n'ont pas plus mentionné, que les membres des deux autres comités, que les situations portées à leur attention étaient de la maltraitance.



**VIE ET VIEILLISSEMENT
SERA BIENTÔT DISPONIBLE
EN FORMAT NUMÉRIQUE !
www.aqq-quebec.org**

**S'ABONNER À
VIE ET VIEILLISSEMENT
C'EST :**

- > Se tenir informé **des plus récentes** connaissances sur différents enjeux du vieillissement.
- > Connaître les pratiques les plus prometteuses pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées.
- > Appuyer la seule revue francophone en gérontologie sociale d'**Amérique**.



Association québécoise de gérontologie

Appuyez le seul organisme dont la mission exclusive est la défense collective des droits des aînés.

Joignez votre voix aux 25 000 membres de l'AQDR pour des revendications et des représentations plus fortes.

Bénéficiez de nombreux rabais et avantages de nos partenaires (protection juridique, assurances, etc.)



AQDR

AQDR nationale

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE DÉFENSE
DES DROITS DES PERSONNES RETRAITÉES
ET PRÉRETRAITÉES



DEVENEZ MEMBRE
DE L'AQDR 35 ANS
DE LUTTES, D'ESPOIRS
ET DE VICTOIRES

Information et adhésion
514 935-1551 | Sans frais 1 877 935-1551
info@aqdr.org | www.aqdr.org



Vivez une formation qui fait contraste!

L'Orange bleue affaires publiques inc. est une firme de relations publiques offrant des formations de pointe en relations publiques, relations avec les médias et relations gouvernementales. Elles sont taillées sur mesure à la réalité de chaque client.

Notre formateur agréé, **Mathieu Santerre**, vous fera vivre une expérience aussi profitable qu'agréable! En voici quelques exemples :

- Les médias sont vos alliés!
- Devenez un porte-parole efficace auprès des médias
- Lobbying 101 : apprenez comment parler aux décideurs
- Formation extrême : communiquer (ou non) en situation de crise?
- Réussir son audition en commission parlementaire

ORGANISME
FORMATEUR
AGRÉÉ



Elles sont offertes en format conférence, demi-journée ou journée complète, à la grandeur du Québec, et sont admissibles à vos dépenses de formation dans le cadre de la *Loi sur les compétences* (1 %).

Contactez-nous dès maintenant pour connaître l'ensemble de notre offre!

Josée Lemieux, associée
418 998-6540
info@lorangebleue.biz

L'orangebleue
affaires publiques

EMPOWERMENT TOI-MÊME !

PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT VISANT À AUTONOMISER LES ÂÎNÉS VICTIMES DE MALTRAITANCE

La question juridique de la maltraitance des aînés s'est invitée tardivement dans les débats sociétaux belges. Néanmoins, depuis 2009, la Wallonie dispose d'un arrêté du gouvernement relatif à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées reconnaissant l'agence wallonne qui offre une assistance aux aînés victimes d'abus. Toutefois, si des législations sont en vigueur, le recours à la loi, quant à lui, reste plus limité. En effet, alors qu'un aîné sur dix serait sujet à une ou plusieurs formes de maltraitance, une fraction des cas est effectivement rapportée aux services associés.

Pour promouvoir cette défense des droits tout au long de la vie, l'attention est fréquemment portée sur le développement du processus d'*empowerment* et du pouvoir d'agir. Néanmoins, que ce soit un concept en vogue, ce dernier reste flou et, de fait, complexifie son appropriation au sein du monde professionnel. Par notre article, nous souhaitons dès lors contribuer à l'opérationnalisation du processus de sorte à illustrer le développement de pratiques gérontologiques davantage empreintes de justice et d'innovation sociales.

La Belgique connaît un nombre croissant de personnes inscrites dans « le troisième et le quatrième âge ». En effet, malgré des disparités entre les communautés, le pays compte désormais plus d'aînés d'au moins 60 ans que de jeunes de moins de 20 ans (Iweps, 2015). Toutefois, loin de nous la volonté de problématiser ces transitions par des projections laissant présager le pire. En effet, en gérontologie sociale, nous considérons le vieillissement comme un processus commençant dès le premier souffle de vie et qui est marqué par une succession d'événements, de pertes, mais aussi de ressources profitables à chacun. Toute discrimination sur la base de l'âge, peu sujette à une désapprobation publique en Belgique (Van Gorp, 2013), est dès lors proscrite de sorte à reconnaître à tous le statut de citoyen titulaire de droits et de responsabilités (Guillemard et Viriot Durandal, 2016).

Face à cet enjeu, une réflexion s'impose quant aux pratiques d'accompagnement vectrices de justice sociale. À ce titre et dans le cadre d'une recherche doctorale, une revue de la littérature scientifique et une métasynthèse ont été réalisées en vue de mieux comprendre le processus d'*empowerment* auprès des aînés et ses enjeux d'actualité. Notre attention s'est initialement portée sur le modèle de

l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (Le Bossé et Dufort, 2001; Vallée et Le Bossé, 2006; Bilodeau et Le Bossé, 2009), prédominant dans le champ de l'action sociale. Sur la base de cette grille d'analyse, une revue de la littérature scientifique a ensuite cherché à illustrer les pratiques de lutte contre la maltraitance en vigueur, conformément aux objectifs poursuivis par l'ASBL *Respect Seniors*, et à dégager des recommandations quant au respect des droits des aînés ainsi qu'à l'avenir de l'accompagnement gérontologique.

DROITS DES ÂÎNÉS, UN ENJEU D'ACTUALITÉ

Parmi les droits fondamentaux, la question du respect de la dignité est omniprésente et revendiquée depuis plusieurs décennies au sein de parcours de vie différentiels. Ainsi, le premier article de la Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée (UE, 2010) affirme que « lorsque vous vieillissez et que vous êtes amené-e à dépendre des autres, que ce soit pour une aide ou pour des soins, vous conservez votre droit au respect de votre dignité en tant qu'être humain, à votre bien-être psychique et mental, à votre liberté et à votre sécurité ». Le



HÉLÈNE GEURTS
UNIVERSITÉ DE MONS
ASSISTANTE - DOCTORANTE
SERVICE D'ORTHOPÉDAGOGIE
CLINIQUE
UNIVERSITÉ DE MONS
BELGIQUE



MARIE-CLAIRE HAELEWYCK, PH. D.
CHEFFE DE SERVICE
SERVICE D'ORTHOPÉDAGOGIE
CLINIQUE
UNIVERSITÉ DE MONS
BELGIQUE

non-respect de ce droit, qu'il s'agisse d'un acte unique ou répété, peut dès lors être considéré comme de la maltraitance.

Si des chartes mettent en perspective la lutte contre la maltraitance, la problématique liée aux aînés s'est par contre invitée à partir des années 1990, soit relativement tardivement, au sein des débats sociétaux belges (Linchet et Nisen, 2011). À ce titre, il convenait de ne plus limiter l'attention aux actes de violence commis par des inconnus dans l'espace public (agressions physiques, vols, etc.), mais également de poser la question des actes commis au sein de l'entourage proche et de la résidence d'hébergement (Casman et coll., 2014). Si cette évolution a du sens pour nous, elle reste toutefois délicate et taboue. Ainsi un silence, bien que progressivement levé, entoure l'aîné compte tenu, notamment, de sa crainte des représailles (OMS, 2015).

Pour en connaître davantage sur la situation des aînés à l'égard de ces préjudices, la ministre de l'Emploi, du Travail et de l'Égalité des chances a, en 1998, commandé deux études. La première, réalisée sur la base de 523 entrevues, montre que près d'un aîné sur cinq à domicile se dit victime de violence, avec un chiffre d'autant plus alarmant pour les femmes (Vandenberk et coll., 1998). La seconde, quant à elle, a démontré que l'atteinte aux droits constitue également une triste réalité au sein de maisons de repos (Casman, 1998). Ces données ont dès lors alimenté la proposition de loi relative à la protection pénale des personnes vulnérables de 2007, et justifié le renforcement de mesures telles que le soutien des associations de lutte par les pouvoirs publics, l'amélioration des formations destinées aux professionnels de la santé, des mesures d'aide aux familles d'un aîné dépendant et, en recours extrême, le rappel des sanctions pénales en vigueur. L'année suivante, le décret wallon relatif à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées voit le jour et est porté à exécution en 2009; il définit le phénomène de maltraitance comme « tout acte ou omission commis par une personne ou un groupe de personnes qui, au sein d'une relation personnelle ou professionnelle avec une personne âgée, porte ou pourrait porter atteinte physiquement, moralement ou matériellement à cette personne ».

Au-delà de cette définition, l'innovation du décret réside dans la reconnaissance et la mise en application de l'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés : *Respect Seniors* (DGO-5, 2015). Cette structure, notamment composée de psychologues et d'assistants sociaux fonctionnant en binômes, poursuit quatre missions :

- l'assistance au bénéfice des aînés en matière de maltraitance, la gestion et le suivi par un numéro d'appel gratuit;
- l'organisation d'actions, d'information et de sensibilisation destinées au public;
- l'organisation de formations au bénéfice des professionnels;
- l'échange d'informations, de statistiques et de bonnes pratiques au niveau national et international.

À titre indicatif, au cours de l'année 2014, l'ASBL *Respect Seniors* a enregistré 3045 appels téléphoniques, volume sensiblement identique à celui de l'année 2013. Parmi ces contacts, 1740 relèvent d'une perception de maltraitance. L'ensemble de ces contacts (téléphoniques et visites de terrain) a donné lieu à la création de 657 nouvelles fiches de maltraitance. Par ailleurs, 787 contacts ont été établis en vue d'obtenir des informations, de la documentation spécialisée ou des activités de sensibilisation ou de formation. Quant aux 405 demandes qui ne relevaient pas des compétences de la structure, elles ont été orientées vers un service adéquat.

Les statistiques démontrent en 2014 que l'appelant est, dans plus du tiers des cas, un membre de la famille (36,06 %). L'aîné lui-même est associé à 29,5 % des premiers contacts et les professionnels à 21,44 %. Les victimes désignées sont majoritairement des femmes (70 %). Dans 68 % des situations, la maltraitance a lieu à domicile. Les maltraitances évoquées sont essentiellement psychologiques (37,96 %), financières (20,55 %), civiques (14,88 %) ou relèvent de la négligence (16,27 %). Les auteurs désignés sont principalement des membres de la famille (66,21 %, dont 42,37 % sont des enfants). Les professionnels représentent 21,69 % des auteurs désignés.

Si ces données nous éclairent quant à la problématique à l'étude, elles ne représentent pas pour autant un état des lieux des maltraitances commises (Respect Seniors, 2014a). En effet, alors qu'il est affirmé qu'approximativement un aîné sur dix serait victime d'abus, seule une fraction des cas est rapportée aux services compétents (Dong, 2014). Au-delà de l'établissement de ces mesures, il importe donc, comme le préconise l'Agence, de poursuivre les efforts pour la défense des droits par les aînés et la promotion de bonnes pratiques d'accompagnement.

L'EMPOWERMENT, UN LEVIER DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE ?

Selon Bédard et Beaulieu (2015), cette défense des droits suppose l'application de stratégies d'*empowerment* tant par les personnes victimes de maltraitance que par leur entourage. En effet, l'*empowerment* a pour objectif de promouvoir le respect des droits de l'aîné, l'espace d'expression de ses devoirs, sa participation sociale et sa dignité. Néanmoins, si beaucoup se sont intéressés à cet enjeu du « développement du pouvoir d'agir » et revendiquent sa finalité, l'*empowerment* reste un processus flou (Shearer et coll., 2012). Concrètement, qu'est-ce que signifie le fait d'être maître de son existence ? Comment développer ce pouvoir ? Quel est le rôle du professionnel ? Ces questions, peu abordées dans les formations initiales, sont autant d'interrogations susceptibles de laisser les praticiens dans le doute (Gouédard et Rabadel, 2012).

Néanmoins, la terminologie en vogue n'est pas nouvelle. En effet, l'*empowerment* jouit d'une longue tradition au sein du travail social (Ninacs, 2008). De fait, cette philosophie d'intervention aspire initialement à susciter la réflexion sur les pratiques sociales qui ne peuvent se contenter d'identifier les déficits personnels. Ainsi, une problématique ne peut être uniquement imputée à un individu rendu responsable de son problème, mais doit prendre en considération l'influence de forces extérieures susceptibles de le confiner dans une position d'impuissance (Vallérie et Le Bossé, 2006). Développer son pouvoir d'agir invite donc l'aîné à développer son regard critique sur son environnement, mais aussi à participer, à émettre son avis et à poser des actions de sorte à promouvoir sa qualité de vie et à être acteur d'une

société davantage empreinte de justice sociale (Ninacs, 2008).

Cette approche est considérée comme d'autant plus prometteuse à l'égard de la problématique de la maltraitance, compte tenu des nombreuses conséquences négatives qui y sont associées telles que la dévalorisation, l'autoculpabilisation et le sentiment d'impuissance expérimentés (gouvernement du Québec, 2013). Par ailleurs, elle aspire à s'adapter aux ressources de l'aîné de manière à offrir une palette de solutions et d'occasions de développement allant d'une approche plus passive où il bénéficie, par exemple, de l'action menée par les autres, à une appropriation de la démarche qu'il fait sienne (Ninacs, 2008). À ce titre, ce pouvoir de dire et d'agir peut faire l'objet d'un apprentissage, et ce, tout au long de la vie. Finalement, l'*empowerment* est présentée comme susceptible de lutter contre l'âgisme, les représentations sociales réduisant outrageusement la population vieillissante au statut d'êtres vulnérables, dominés et inactifs.

Ce pouvoir de dire et d'agir peut faire l'objet d'un apprentissage, et ce, tout au long de la vie.

DE LA VULNÉRABILITÉ À L'AUTONOMIE

Le processus d'*empowerment* soulève donc le caractère progressif du changement qui ne peut, à l'instar de Bruxelles ou d'Ottawa, se construire en un jour. Aussi, il suppose un investissement de l'environnement qui offre des occasions d'exercer sa citoyenneté. Dans une perspective de travail social, il nécessite alors l'établissement d'un partenariat, d'un climat de confiance, d'une bonne circulation de l'information permettant des choix éclairés (Ninacs, 2008). En d'autres termes, l'*empowerment* ne signifie pas avoir davantage de pouvoir sur autrui, mais nécessite un partage de ressources permettant d'avancer ensemble vers un objectif commun (Bacqué et Biewener, 2015) qui est, dans notre cas, la lutte contre la maltraitance. L'intervenant occupe ainsi une position de facilitateur ayant pour mission de soutenir l'aîné dans les projets qui lui tiennent à cœur et de chercher à « recréer un mouvement là où il y a un blocage, à élargir le monde des possibles des personnes qui perçoivent leur situation comme une impasse » (Vallérie et Le Bossé, 2006).



En 2014, parmi les 3045 appels reçus par *Respect Seniors*, 1740 relevaient d'une perception de maltraitance.

Toutefois, si ce développement nous concerne tous, disposons-nous d'une solution générale pour le mettre en application en toutes circonstances ? Malheureusement non. Ou, peut-être, heureusement que non ! En effet, « il n'y aurait de mauvaise solution que s'il y avait une solution unique et applicable à tous ». Toutefois, si une recette magique ne peut être prescrite compte tenu de la variabilité des situations des chercheurs (Ninacs, 2008 ; Bilodeau et Le Bossé, 2009) identifient quatre axes de pratiques que nous discutons en référence aux pratiques psychosociales (Figure 1) de *Respect Seniors* (2014b).

Acteurs en contexte

Comme premier acte, l'adoption de l'unité d'analyse « acteurs en contexte » montre l'importance d'identifier l'environnement complexe au sein duquel l'aîné évolue, les obstacles rencontrés et les solutions associées (Bilodeau et Le Bossé, 2009). Ainsi, *Respect Seniors* (2014b) énonce l'importance d'effectuer un bilan complexe de la situation vécue. Montminy (2012, cité par gouvernement du Québec, 2013) rejoint cet intérêt en énonçant quelques questions susceptibles de dresser un profil. Nous pouvons citer, pour exemple, quelques-unes de ces questions : Comment se manifeste la maltraitance ? Par qui ? Pourquoi ? Depuis combien de temps ? Des interventions antérieures ? Le professionnel est ensuite amené à s'interroger régulièrement sur sa

pratique de sorte à vérifier que son action porte tant sur les obstacles identifiés que sur le développement des capacités d'adaptation de la victime (Vallerie et Le Bossé, 2006). De la sorte, l'aîné n'est donc pas considéré comme la cause unique de sa situation de maltraitance (gouvernement du Québec, 2013), mais comme un acteur de la solution.

Par exemple, un membre de la famille se plaint de pratiques maltraitantes menées en maison de repos. Dans pareil cas, il ne s'agit donc pas de répondre immédiatement et de manière standardisée que l'aîné doit porter plainte. À contrario, les questions posées et la réflexion construite avec l'intervenant permettent d'identifier, dans ce cas, que l'aîné ne veut pas dénoncer ces actes par crainte de représailles. Il apparaît également un manque de personnel qualifié et un défaut d'organisation au sein de la structure, surtout les weekends. Les propositions préalables énoncées à la direction ne modifient pas la situation. L'écoute active du demandant, le renseignement sur le champ des possibles et l'orientation, par exemple, vers un signalement anonyme auprès du Service d'inspection de la région wallonne constituent une approche où la victime est soutenue et rendue à même d'agir en vue de remédier à la situation tout en respectant sa volonté de confidentialité.

Négociation de la définition du problème et des solutions envisageables

Un deuxième axe porte sur la « négociation de la définition du problème et des solutions envisageables avec les personnes concernées ». En d'autres termes, pour promouvoir l'*empowerment*, il convient de placer l'aîné au centre de la définition du changement et de prendre en considération ses expériences de sorte à déterminer ensemble les démarches à entreprendre. Cette étape soulève l'importance de la confiance nouée et de croire, même lorsque cela semble difficile, au potentiel de chacun pour définir sa situation et atteindre l'objectif fixé (Bilodeau et Le Bossé, 2009). Ainsi, nommer une situation de maltraitance, y compris à l'aide d'un numéro vert (services gratuits d'écoute téléphonique), constitue d'ores et déjà une action importante et valorisante. Cette étape aide aussi à mettre des mots sur la souffrance et à conscientiser à la situation. D'ailleurs, elle peut, dans certains cas, suffire. Par exemple, une aînée confiant son mal-être quant à l'attitude témoignée par sa belle-fille qui la réduirait à la condition de « vieille femme vulnérable » peut se satisfaire de l'écoute attentive dispensée pour décider d'exprimer son ressenti auprès de son aidante.

Au sein de cet axe, en qualité de professionnel, on doit se poser à nouveau plusieurs questions : Mon intervention permet-elle à la victime de promouvoir son expertise, ses ressources, son estime personnelle et ses compétences ? À contrario, s'il apparaît que l'écoute ne peut satisfaire, par exemple, un aîné fortement affecté et démuné par un abus financier perpétré par son enfant. Dans ce cas, un espace neutre de conciliation lui permettant de se faire entendre par sa descendance et un soutien effectif de la victime dans un éventuel dépôt de plainte doivent compléter la palette d'actions potentielles (Respect Seniors, 2014b).

Selon cette philosophie, il convient dès lors que l'intervenant accepte le cheminement envisagé par l'aîné vers le changement souhaité, et qu'il reconnaisse et accepte la multitude de solutions envisageables. L'aîné possède donc le statut

Le professionnel apprend à laisser la personne assumer progressivement ses propres décisions.

d'acteur doté de droits, et ce, en partenariat étroit avec l'intervenant qui se porte garant du processus. Toutefois, cette approche n'est pas sans contraintes déstabilisantes. Ainsi, il peut arriver que l'aîné choisisse de ne pas agir, de ne pas saisir ce pouvoir ou de s'orienter vers une solution qui ne semble pas la plus appropriée (Ninacs, 2008). Ainsi, le professionnel apprend à laisser la personne assumer progressivement ses propres décisions, aussi petites soient-elles, y compris celles allant à l'encontre de ses valeurs, et à vivre les conséquences associées à ses choix tout en veillant aux limites de ses fonctions (gouvernement du Québec, 2013) et au contexte de suivi adapté (Respect Seniors, 2014b).

Figure 1 : Pratiques psychosociales développées par Respect Seniors (2014b)



Prise en compte des contextes d'application

Le troisième axe, « la prise en compte des contextes d'application », implique que les intervenants n'utilisent pas une utopique recette miracle pour résoudre une situation incapacitante, mais pensent leur méthodologie en fonction du contexte spécifique au sein duquel ils évoluent avec les sujets dans l'ici et maintenant (Bilodeau et Le Bossé, 2009). À ce titre, si *Respect Seniors* (2014b) identifie plusieurs pratiques sociales, ces dernières ne se prêtent pas à chaque contexte et elles peuvent même être réalisées à plusieurs reprises au cours d'un même accompagnement. Cette étape soulève dès lors le défi de respecter le rythme de l'ainé, de dépasser ses propres frustrations liées à l'absence de résultats effectifs à court terme (gouvernement du Québec, 2013), voire à effectuer quelques erreurs de parcours. Ainsi, une personne ayant confié sa situation au cours d'un premier échange et opté pour l'inaction peut avoir évolué dans sa réflexion, expérimenté de nouvelles conséquences et être revenue vers la structure qui, à nouveau, écoute sa problématique en vue de réfléchir ensemble à un soutien approprié.

L'introduction d'une démarche d'action conscientisante

Finalement en synthèse, l'« introduction d'une démarche d'action conscientisante » suppose que le professionnel mène des actions facilitant la prise de conscience par les acteurs de l'influence des éléments individuels et structurels dans l'émergence et le maintien de la situation problématique (Bilodeau et Le Bossé, 2009). L'intervention leur permet-elle de se rendre compte par eux-mêmes des difficultés qu'ils expérimentent, de l'influence de leur environnement ? Ainsi, comme énoncé supra, la promotion de l'*empowerment* nécessite de l'empathie de la part du professionnel qui écoute attentivement les dits et non-dits de l'ainé confiant son vécu. Par ailleurs, de cette conscientisation et de l'évaluation commune des axes antérieurs, émanent des enseignements susceptibles d'être capitalisés et utilisés ultérieurement de sorte à éviter de recourir systématiquement à une aide professionnelle (Vallérie et Le Bossé, 2006).

La promotion de l'empowerment nécessite de l'empathie de la part du professionnel.

CONCLUSION

Le droit présente de multiples facettes. En effet, dans une perspective législative, la Belgique témoigne de structures innovantes en vue de lutter contre la maltraitance des aînés. Toutefois, si ces établissements ont un sens et témoignent d'une hausse de fréquentation, il apparaît que la problématique reste associée à un silence tabou et est alimentée par les aînés ne désirant pas témoigner de leur vulnérabilité.

Cette forme de droit et les constats associés soulèvent dès lors l'intérêt d'une approche plus citoyenne de la problématique et questionnent les pratiques en vigueur pour remédier à cet enjeu majeur de santé publique. Notre attention s'est dès lors portée sur la compréhension et l'opérationnalisation du processus en vogue d'*empowerment*, de pouvoir d'agir visant à offrir un accompagnement gérontologique réflexif et empreint de dignité. Ainsi, comme le revendique *Respect Seniors*, accompagner un aîné victime de maltraitance, c'est « être aux côtés de quelqu'un, ne pas lâcher ses objectifs à lui, l'assurer de cela. C'est penser avec lui à ce qui le fera réussir, c'est en faire aussi son affaire, sans le priver de son projet. Ce n'est ni précéder, ni suivre, ni le prendre en charge, c'est être avec la personne, sans devoir être pour ou contre ».

BIBLIOGRAPHIE

- Arrêté du gouvernement wallon : Arrêté du gouvernement wallon portant exécution du décret du 3 juillet 2008 relatif à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées. *Moniteur belge*, 25 février 2009, p. 16249.
- Bacqué, M-H. et Biewener, C. (2015). *L'empowerment, une pratique émancipatrice*. Lisieux : La Découverte.
- Bédard, M-E. et Beaulieu, M. (2015). La défense des droits des aînés au Québec : protection et *empowerment*. *Le sociographe*, 2(50), 33-42.
- Bilodeau, A. et Le Bossé, Y. (2009). *L'Accorderie* : illustration concrète d'une pratique explicitement structurée à partir de l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. *Passerelles*, 1(1), 60-90.
- Casman, M-T, Lenoir, V. et Bawin, B. (1998). *Vieillesse en maison de repos : quiétude ou inquiétude ?* Bruxelles : ministère de l'Emploi et du Travail et de la Politique d'égalité des chances.
- Casman, M-T, Linchet, S. et Nisen, L. (2014). *Bien-être et sécurité des aînés à domicile*. Namur : *Respect Seniors*.
- Décret relatif à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées. *Moniteur belge*, 16 juillet 2008, p. 37203.
- DGO-5. (2015). *Lutte contre la maltraitance des personnes âgées*.

[En ligne] <http://socialsante.wallonie.be/?q=famille/legislation/lutte-contre-la-maltraitance-des-personnes-agees>.

Dong, X. (2014). Elder Abuse : Research, Practice, and Health Policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack Award Lecture. *The Gerontologist*, 54(2), 153-162. Doi : 10.1093/geront/gnt139.

Gouédard, C. et Rabardel, P. (2012). Pouvoir d'agir et capacités d'agir : une perspective méthodologique ? Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 14(2), 1-29. DOI : 10.4000/pistes.2808.

Gouvernement du Québec (2013). Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées. [En ligne] <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/13-830-10F.pdf>

Guillemard, A.M. et Viriot Durandal, J.P. (2016). Âge, citoyenneté et politiques du vieillissement. In : J-P Viriot Durandal, E. Raymond, T. Moolaert et M. Charpentier, Droits de vieillir et citoyenneté des aînés (pp. 13-30). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Iweeps (2015). Indice de vieillissement de la population. [En ligne] <http://www.iweeps.be/indice-de-vieillesse-de-la-population>.

Linchet, S. et Nisen, L. (2011). Étude sur le bien-être des personnes de plus de 70 ans en Wallonie. Namur : Respect Seniors.

Ninacs, W. (2008). *Empowerment* et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Organisation mondiale de la santé (2015). Maltraitance des personnes âgées. Aide-mémoire n°357. [En ligne] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/>.

Respect Seniors (2014a). Rapport annuel 2014. Namur : Respect Seniors.

Respect Seniors (2014b). Pratiques psychosociales. [En ligne] : <http://www.respectseniors.be/methodologie/pratiques-psychosociales/>

Sénat Belge (2007). Proposition de loi relative à la protection pénale des personnes vulnérables. Document législatif n°4-384/1.

Shearer, N.B.C., Fleury, J.D., Ward, K.A. et O'Brien, A.M. (2012). *Empowerment* Interventions for Older Adults. *Western Journal of Nursing Research*, 34(1), 24-51. DOI: 10.1177/0193948910377887.

Union européenne (2010). Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée. [En ligne] http://www.age-platform.eu/images/stories/22493_AGE_charte_europeenne_FR_indd.pdf

Vallerie, B. et Le Bossé, Y. (2006). Le développement du pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement. *Les sciences de l'éducation – Pour l'ère nouvelle*, 3(39), 87-100. DOI : 10.3917/lsele.393.0087.

Vandenberk, A., Opdebeek, S. et Lammertyn, F. (mars 1998). La violence et les sentiments d'insécurité chez les personnes âgées. Prévalences et conséquences. Bruxelles : ministère de l'Emploi, du Travail et de la Politique d'égalité des chances.

Van Gorp, B. (2013). Vieillesse, antichambre de l'ennui ou âge d'or ? Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

NOUVEAU CERTIFICAT EN GÉRONTOLOGIE

Une orientation d'avenir!

 **UQTR.CA/GERONTOLOGIE**

Formation axée sur l'intervention psychosociale auprès des aînés et leur famille

- PSY1056 Alzheimer et autres démences
- PSY1055 Vieillesse et famille
- PSY1015 Psychologie du vieillissement
- PSY1039 Psychopathologie du vieillissement
- PSY1052 Apprivoiser la mort
- PSY1053 Vieillesse au travail et retraite
- PSY1054 Vieillesse et vie sentimentale
- PSY1064 La perte d'autonomie et ses enjeux adaptatifs chez la personne âgée
- PSY1065 Perspectives sociales et politiques en gérontologie
- PSY1060 Intervention auprès des personnes âgées vulnérables

Des programmes d'intervention innovateurs sont développés en collaboration avec le Laboratoire de gérontologie et son équipe de recherche interdisciplinaire.

NOTE DE LECTURE



Un livre de
Yannick Sauveur,
publié en 2015
chez L'Harmattan.

La maltraitance des personnes âgées

Par Mélanie Couture

La maltraitance envers les personnes âgées est un sujet qui est encore d'actualité d'autant plus que le gouvernement québécois est sur le point de statuer sur le plan d'action pour contrer la maltraitance 2017-2022. Apparemment, ce problème est également criant en France comme en témoigne le livre de Yannick Sauveur intitulé *La maltraitance des personnes âgées*. Pour cet ouvrage, l'auteur s'attarde principalement aux causes de la maltraitance, mais dans une optique sociétale. Les premiers chapitres servent surtout à décrire les assises sociologiques de la maltraitance en matière de représentations du vieillissement et de l'âgisme. Ensuite, le concept de maltraitance en général est campé. Il faut attendre le quatrième chapitre pour entamer plus en profondeur le thème principal du livre, soit la maltraitance envers les personnes âgées. Les chapitres suivants proposent plusieurs exemples issus des médias et des témoignages de personnes impliquées dans des situations de maltraitance. Le tout se termine sur une brève analyse des éléments présentés. L'auteur réussit à nous démontrer que la maltraitance envers les personnes âgées ne se retrouve pas seulement dans la sphère familiale, mais également au niveau institutionnel et gouvernemental. Les extraits provenant de discours de politiciens sont éloquentes! Les statistiques présentées dressent un portrait inquiétant de la situation en France.

Malheureusement, il est difficile de recommander ce livre puisqu'il comporte plusieurs irritants. Premièrement, le titre du livre est quelque peu trompeur puisque la maltraitance envers les personnes âgées n'est abordée directement que dans une faible proportion de l'ouvrage. Plusieurs éléments représentent plutôt la maltraitance auprès de populations plus jeune. Pourtant, suffisamment de matériel est disponible dans les médias et les écrits scientifiques pour soutenir les propos relativement à une population âgée. Le lecteur souhaitant s'informer à ce sujet risque d'être déçu. Deuxièmement, l'ouvrage est principalement construit sur des exemples provenant de discours médiatisés, d'incidents ou de témoignages sans que l'auteur identifie clairement ce que le lecteur doit en retirer. La multiplication de ces exemples semble diluer en quelque sorte le message tout en allongeant inutilement le texte. Troisièmement, les références culturelles sont principalement françaises. Les lecteurs québécois risquent de ne pas se reconnaître et même de se questionner davantage au sujet de la situation au Québec. De plus, l'utilisation de multiples abréviations associées au système de santé et de services sociaux français rend la lecture plus ardue.

Aborder la maltraitance envers les personnes âgées sous un angle sociologique est nécessaire afin d'apporter une compréhension plus nuancée des situations de maltraitance rencontrées. Il est faux de croire que ce type de problème est seulement le fruit de tensions relationnelles entre plusieurs personnes. Tout comme l'auteur le démontre, le problème est plus profond et il prend sa source dans les représentations sociales du vieillissement et l'âgisme. Néanmoins, malgré le désir louable de sensibiliser les gens à cette réalité, l'auteur ne réussit pas à rendre cet apprentissage agréable.

APPUYEZ



Association
québécoise de
gérontologie

ET OBTENEZ UN REÇU AUX FINS D'IMPÔT

Pour tout don de 25\$ et plus,
un reçu officiel sera émis.

1-888-387-3612

Veuillez libeller votre chèque au nom de :
l'Association québécoise de gérontologie
210-8110, boul. Saint-Michel
Montréal (Québec) H1Z 3E2

Merci à l'avance!

J'AI SU

Une aide de proximité offerte par les Centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes

Une personne qui vit une situation de maltraitance a besoin d'une aide accessible et basée sur la confiance. Les centres d'assistance d'accompagnement aux plaintes (CAAP), présents dans chaque région du Québec, offrent cette aide de proximité gratuitement, simplement, avec empathie. Au bout du fil, une personne est à l'écoute, qui peut se rendre sur place pour donner l'information sur les droits des victimes de maltraitance. Mais après que se passe-t-il? La personne qui désire signaler la situation auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement aura le soutien nécessaire. Ce mécanisme de recours s'appelle le régime d'examen des plaintes et son fonctionnement est défini dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Les personnes âgées ont des droits dans le réseau de la santé et des services sociaux et elles doivent les connaître. Elles ne devraient pas hésiter à les faire valoir lorsqu'elles reçoivent des services et des soins. Elles auraient intérêt à exprimer leur insatisfaction, si elles estiment qu'ils n'ont pas été respectés.

Organismes indépendants avec plus de 20 d'ans d'expérience, les CAAP sont les seuls organismes communautaires mandatés par le gouvernement pour assister et accompagner de façon professionnelle les personnes qui font une plainte dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Le CAAP de votre région : 1 877 767-2227
www.fcaap.ca

J'Y ÉTAIS

Pour une deuxième fois, un Carrefour gérontologique de l'AQG abordait la question de l'intimidation. Le 19 mars dernier, à Montréal, plus d'une centaine de personnes venant d'horizons divers (étudiants, bénévoles, intervenants dans les réseaux public, privé, communautaire, habitation) ont assisté aux conférences de Mme Roxane Leboeuf, de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Université de Sherbrooke et de M. Yvon Riendeau, Gérontologie sociale, Université du Québec à Montréal.

Dans sa conférence intitulée *Distinction et similitudes entre l'intimidation et la maltraitance*, Madame Leboeuf a présenté une clarification fine et documentée des concepts. D'autre part, sous le titre *Âgisme, intimidation et maltraitance aux aînés et par les aînés en résidence et en HLM : constats et solutions*, la conférence de M. Riendeau a développé les multiples formes de ces phénomènes ainsi que leur impact selon les milieux où ils se manifestent.

Ces deux rencontres auront permis de réaliser à quel point l'âgisme et les perceptions négatives de la vieillesse et du vieillissement restent les facteurs prépondérants à l'origine de ces situations. L'évaluation de l'événement a mis en lumière le fait qu'il reste encore beaucoup à faire pour sensibiliser sur les situations de maltraitance et d'intimidation. Par ailleurs, le Carrefour a permis aux participants de se sentir moins isolés face à ce problème auquel ils doivent se confronter. Il en ressort également que les échanges et la concertation, entre celles et ceux qui ont à intervenir, dans des situations souvent difficiles, doivent être favorisés. Il faut continuer la réflexion, mieux faire connaître les différentes facettes du phénomène et les ressources possibles d'intervention, les pistes d'intervention et les outils expérimentés par d'autres. Ce sont ces connaissances qui permettront d'aider efficacement les personnes maltraitées.

J'AI SU

Pour faire face à une situation de maltraitance : L'AIDE AU BOUT DU FIL!

Que vous soyez une personne aînée en situation de maltraitance, un membre de sa famille ou quelqu'un de son entourage, un témoin ou un intervenant, en appelant à la Ligne Aide Abus Aînés (Ligne AAA), vous obtiendrez l'aide d'une équipe professionnelle qui vous offrira écoute, soutien, information et vous guidera vers les bonnes ressources.

La ligne AAA s'adresse à toutes personnes à la recherche de réponses ou de solutions. Elle propose une offre de services complète, depuis l'intervention téléphonique auprès des gens jusqu'à la formation et le soutien clinique pour les professionnels du réseau québécois de la santé et des services sociaux et les intervenants du milieu communautaire.

Aux aînés aux prises avec la maltraitance ou à leur proche, elle garantit une écoute empathique, respectueuse et sans jugement. Elle répond à leurs questions et les soutient dans la recherche de solutions qui pourront faire cesser les torts découlant de la maltraitance, tout en respectant le rythme et les choix de chacun.

Elle renseigne les professionnels du réseau sur les principaux recours juridiques et leur en fait comprendre le mode de fonctionnement. Elle peut aussi les conseiller quant aux ressources adéquates pour leur patient.

Initiative financée par le ministère de la Famille, la Ligne est une mesure phare mise sur pied en 2010 dans le cadre du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015.

Elle a reçu plus de 22 000 appels de Québécois et de Québécoises et plus de 1 300 demandes de consultations professionnelles. Ses services sont confidentiels, bilingues et gratuits pour l'ensemble du Québec, tous les jours de la semaine, de 8 h à 20 h, et ce, toute l'année.

LAAA : 1-888-489-2287
<http://www.aideabusaines.ca/>

J'AI SU

Soutien juridique pour les Montréalaises et les Montréalais âgés

À Montréal, les personnes âgées de 65 ans et plus victimes d'un acte criminel peuvent recourir au programme d'accompagnement justice contre la maltraitance des aînés (PAJMA). En plus d'être écoutées et accompagnées durant les procédures judiciaires à la Cour municipale de la Ville de Montréal, elles obtiennent de l'aide pour recueillir les éléments de preuve. PAJMA collabore avec les associations de soutien aux victimes, les avocats de la défense, les procureurs de la poursuite et les juges. Selon les données fournies par M^e Hélène Guay, en 2015, parmi les 75 personnes qui ont recouru à ce service, les trois quarts étaient des femmes.

Cette assistance peut être proposée par les procureurs de la cour au moment où une plainte est déposée.

J'AI LU

Abus et maltraitance envers les aînés : quel est l'apport du droit ?

Dans un excellent article publié dans le journal du Barreau du Québec, M^e Hélène Guay donne un aperçu de la manière dont les règles juridiques québécoises traitent la question de la maltraitance. Elle présente l'historique des interventions politiques faites depuis 30 ans, puis recense les actions posées par les différents acteurs : le Protecteur du citoyen, la Commission des droits de la personne, le Tribunal des droits de la personne, les commissaires aux plaintes des établissements de santé hébergeant des personnes âgées, les régisseurs de la Régie du logement et les tribunaux judiciaires civils. Il ressort de son analyse que les plaintes et les poursuites pour maltraitance à l'égard des personnes âgées augmentent et qu'elles mènent à la condamnation des auteurs de la maltraitance et à la compensation des victimes. L'auteure en conclue que tant les institutions publiques que les tribunaux ont une interprétation respectueuse de la préservation de l'autonomie et de la dignité des aînés. À lire absolument.

Pour se procurer gratuitement une version pdf de cet article :

<http://www.heleneguay.com/publications.php>

2014 : « Publication dans la Revue du Barreau du Québec » : Tome 73



Besoin d'aide?
Référence-Aînés
514 527-0007
www.info-reference.qc.ca

8h00 à 18h00
**GRATUIT
BILINGUE**
7 JOURS/7

 **CENTRE
DE RÉFÉRENCE
DU GRAND
MONTRÉAL**



**FABRICANT
D'IMAGES**
LA PETITE BOÎTE DES GRANDS NOMS

SPIN  SOCIÉTÉ DE
PRODUCTION
EN IMAGERIE
NOUVELLE INC.
SPINPROD.COM

Saviez-vous que...

Il existe au Québec un réseau organisé de collaboration des services à domicile ? Il permet aux partenaires desservant une clientèle commune de coordonner leurs informations et rendez-vous en toute complémentarité ! Désormais les organisations publiques et privées peuvent travailler en équipe facilement et simplement. Des services de qualité par la force d'un réseau de coopération.



Visitez
Réseau Santé à Domicile

www.santeadomicile.net

 /ReseauSanteaDomicile

Faites partie de la solution, INSCRIVEZ-VOUS !
partenaires participants :



CISSS-CIUSSS



COOP-EÉSAD



Agence de santé



Organisme
communautaire



Proche aidant



administré par :
 **Qualicode** Logiciel
Planifier, Optimiser, Intégrer!



PARTAGEZ VOS SOUVENIRS...

Reproduisez vos photos et documents, et obtenez :

10% de rabais
(sur présentation de ce coupon)

514 987-4158 | 400, rue Sainte-Catherine Est, A-M990

Déménagement **CA** Service
d'accompagnement
PRESTIGE

www.demenagementca.com

(514)
(450)
(800)

668-5203

65 ans +

10%
de rabais

Évaluation
Planification
Coordination

Triage
Emballage
Déballage

Entreposage
Décoration
Plan 2D



La ligne

1-888-489-2287

Aide Abus Aînés



10 bonnes raisons de vivre en résidence

Présentées par Les Résidences Soleil

residencessoleil.ca • 1 800 363-0663



familiale - sécuritaire - évolutive - accessible - épanouissante

1. POUR L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS EN CAS DE BESOIN.

Nous le savons tous, notre système de santé n'est pas parfait... En résidence, vous avez accès à un bureau médical, du personnel de soins sur place 24h sur 24 et des visites de médecins. Une assistance immédiate en cas de besoin, c'est rassurant pour vous, mais également pour vos proches.

2. PARCE QUE L'ENVIRONNEMENT EST ÉVOLUTIF.

Une panoplie de soins et services sont disponibles à la carte, donc vous ne payez que pour ce dont vous avez besoin et lorsque vous en avez besoin afin de conserver et prolonger votre autonomie et votre indépendance le plus longtemps possible. Exemple: rappel de médication, prise de sang, injection, accompagnement, aide à l'habillement, à l'hygiène, à l'alimentation ou domestique, bain thérapeutique et bien plus.

3. POUR VOTRE TRANQUILLITÉ D'ESPRIT.

On s'y sent en sécurité à toute heure du jour et de la nuit: réceptionniste à votre service 24h sur 24, personnel de soins 24h sur 24, système d'intercom, tirettes d'urgence, détecteurs de fumée et de chaleur, gicleurs, etc. Vous avez la tranquillité d'esprit, tout en conservant votre entière liberté.

4. POUR LES SUBVENTIONS GOUVERNEMENTALES DANS VOS POCHE.

En emménageant, vous aurez automatiquement droit au crédit d'impôt pour le maintien à domicile (70 ans min.), en plus de plusieurs autres subventions auxquelles vous pourriez avoir droit! Aux Résidences Soleil, nous vous offrons même gratuitement les services d'un conseiller en hébergement qualifié qui effectuera les démarches pour vous.

5. POUR VIVRE AVEC DES GENS QUI VOUS COMPRENNENT.

Côtoyer des gens qui vivent des situations semblables, créer de nouvelles amitiés et connaissances ou chasser la solitude et l'isolement (surtout si vous vivez seul ou devez affronter le deuil de votre conjoint ou d'un être cher). Ensemble vous arriverez à vous épauler et à retrouver le sourire, car nous ne sommes pas fait pour vivre seul.

6. POUR QUE MANGER DEMEURE UN PLAISIR.

Avoir le choix, selon votre humeur et vos envies, de cuisiner dans votre appartement ou de vous choisir un délicieux repas en compagnie de vos amis, vos connaissances ou votre famille. À la salle à manger, vous pouvez même recevoir toute la famille quand bon vous semble, sans avoir à réserver, sans avoir à cuisiner et sans vaisselle!

7. PARCE QUE ÇA VOUS SIMPLIFIE FRANCHEMENT LA VIE.

Tous les commerces et services essentiels sont présents à l'intérieur ou accessibles: dépanneur, pharmacie, services bancaires, poste, salon de coiffure et d'esthétique, visites de boutiques variées, etc. L'entretien de votre literie vous est même offert sans frais additionnel à chaque semaine, en plus de deux entretiens ménagers par mois.

8. POUR PROFITER PLEINEMENT DE LA VIE.

Découvrez-vous de nouvelles passions et prenez part à tout ce qui vous fait plaisir: artisanat, chorale, cartes, poches, quilles, bingo, lecture, tricot, pastorale, danse sociale, bridge, pétanque, aquaforme, exercices, fêtes thématiques, spectacles, conférences, cours, sorties organisées et bien plus. Tout pour revivre!

9. POUR DONNER ENVIE À VOS PETITS-ENFANTS DE VOUS VISITER.

Très peu de gens peuvent se vanter d'avoir à l'intérieur de leur demeure: piscine, spa, sauna, cinéma, billard, piano, gym, bibliothèque, etc. Avec tout ça, qui n'aurait pas envie de venir passer du temps chez vous? Parce que rien n'est plus précieux que ces moments passés avec notre famille, prenons soins de ces liens qui nous unissent.

10. PARCE QUE VOUS EN AVEZ LES MOYENS.

Vous vous dites sûrement que ce rêve de retraite doit être inaccessible pour votre portefeuille? Cependant, Les Résidences Soleil promettent, avec leur variété d'appartements, d'être accessibles à tous les budgets, promesse qu'ils tiennent depuis de nombreuses années en hébergeant même une grand-maman qui n'a aucun revenu autre que sa pension du gouvernement.

CHOISIR LA BONNE RÉSIDENCE, C'EST CHOISIR UN MILIEU DE VIE HUMAIN ET CHALEUREUX QUI FAIT TOUTE LA DIFFÉRENCE.

Visites tous les jours avec ou sans rendez-vous, dans toutes Les Résidences Soleil!

Et si vous n'avez pas de moyen de transport, un conseiller en hébergement peut même venir vous chercher sans frais, avec un grand sourire!

Boucherville • Sainte-Julie • Mont Saint-Hilaire • Brossard (phase I et II) • Sorel • Granby • Sherbrooke (et Musée)
Laval • Pointe-aux-Trembles • Plaza (centre-ville Montréal) • St-Léonard • St-Laurent • Dollard-des-Ormeaux



PERFECTIONNEZ VOS CONNAISSANCES SUR LE VIEILLISSEMENT.

INSCRIVEZ-VOUS AU CERTIFICAT DE GÉRONTOLOGIE.

COURS À DISTANCE

Activités physiques et vieillissement
Alimentation et vieillissement
Déficits cognitifs
Femmes et vieillissement
Introduction à la gérontologie
Le grand âge
Méthode de recherche
en sciences humaines et sociales
Physiologie et vieillissement
Planification de la retraite

COURS EN CLASSE

Anthropologie sociale du vieillissement
Fin de vie et approches palliatives
Prévention des abus et de la maltraitance
chez les aînés
Projets spéciaux en gérontologie

Admission Automne 2016

fep.umontreal.ca/gerontologie



**DONNEZ
- VOUS -
PLUS DE
CRÉDITS**

Université 
de Montréal

Faculté de
l'éducation permanente