

# Chapitre 6

## La maltraitance envers les personnes âgées

---

Marie Beaulieu, Roxane Leboeuf, Caroline Pelletier avec la  
collaboration de Julien Cadieux Genesse  
Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Université  
de Sherbrooke, Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré  
universitaire de la santé et des services sociaux de l'Estrie - CHUS

### Messages clés

- La maltraitance envers les personnes âgées survient lorsqu'un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée. Elle touche à la fois les personnes âgées qui vivent à domicile, en milieu d'hébergement ou dans tout autre milieu de vie.
- Au Québec, on distingue deux formes de maltraitance envers les personnes âgées : la violence et la négligence. La maltraitance peut être de type physique, sexuelle, psychologique, matérielle ou financière. Elle peut aussi être organisationnelle, se manifester par de la discrimination en fonction de l'âge (âgisme) ou la violation des droits.
- La maltraitance envers les personnes âgées est un problème complexe et multifactoriel qui s'inscrit dans une dynamique relationnelle dépassant la relation maltraitant-maltraité, puisqu'elle est influencée par des facteurs sociaux, politiques et culturels, ainsi que par des facteurs propres à la personne âgée, à la personne maltraitante et à l'environnement.
- La maltraitance peut avoir un impact immédiat à court et à long terme sur le bien-être global de la personne âgée. L'entourage de la personne maltraitée peut en être également affecté : les membres de la famille, les amis, le voisinage, le milieu de vie. Étant un problème social, la maltraitance envers les personnes âgées a des effets à long terme plus globaux sur la société, bien que ceux-ci soient méconnus, peu documentés et pas toujours aisément détectables.
- La prévention de la maltraitance envers les personnes âgées implique à la fois des actions visant la réduction des situations à risque, tant pour la personne âgée que pour son entourage, ainsi que la promotion d'attitudes positives envers les personnes âgées et la sensibilisation au phénomène. Elle comprend notamment des actions ayant comme objectifs d'informer et d'éduquer la population générale sur les facteurs de risque de la maltraitance (ex. : perceptions âgistes), mais aussi sur les bonnes pratiques pour diminuer le risque qu'une telle situation puisse s'installer (ex. : promotion de la bienveillance).
- Au Québec, la lutte à la maltraitance s'organise principalement autour des mesures du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*.

## Introduction

Bien que les premiers écrits sur la maltraitance envers les personnes âgées aient été produits dans les années 1970 [1], ce n'est qu'au tournant des années 2000 que la maltraitance a été internationalement reconnue comme un problème social et de santé publique. En 1997, lors d'une rencontre de l'International Association of Gerontology and Geriatrics, en Australie, un groupe de chercheurs formaient l'International Network for the Prevention of Elder Abuse. C'est à ce réseau que l'on doit la Journée mondiale de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées, qui a lieu le 15 juin. Au Québec, cette journée de sensibilisation est connue sous le nom de la « campagne du ruban mauve ».

En 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) proposait une définition de la maltraitance envers les personnes âgées, qui est encore largement reconnue, et l'Organisation des Nations Unies (ONU) incluait les thèmes de « l'abandon, les mauvais traitements et la violence » dans le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement<sup>1</sup>. Bien que ce plan d'action soit non contraignant pour les États, des bilans sont régulièrement partagés dans l'enceinte de l'ONU.

Au Québec, la question de la maltraitance envers les personnes âgées a d'abord été abordée dans des colloques régionaux sur la violence à la fin des années 1970. La première étude sur le sujet, réalisée par l'Association québécoise de gérontologie, fut publiée au début des années 1980 [3]. En 1988, le réseau public de la santé et des services sociaux menait une première étude exploratoire sur le sujet [4]. En 1989, le rapport *Viellir... en toute liberté*, signé par le comité de travail sur les abus envers les personnes âgées mis en place par la ministre de la Santé et des Services sociaux, énonçait l'importance d'une directive gouvernementale articulée [5]. C'est en 2010 que le Québec s'est doté d'un Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, ci-après appelé le PAM-1 [6]. Ce plan quinquennal, prolongé jusqu'en 2017, a proposé quatre actions structurantes<sup>2</sup> et plus d'une trentaine de mesures pour bonifier des pratiques existantes. L'engagement de 13 ministères et organismes gouvernementaux et le budget alloué ont permis le déploiement d'une série de changements sur le plan des connaissances, des lois et des pratiques. En 2017, à la suite d'une évaluation de l'implantation du plan d'action de 2010 [7], d'une consultation publique et d'un inventaire des besoins, le gouvernement rendait public le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022, ci-après nommé le PAM-2. Il comprend 52 mesures regroupées sous quatre orientations : prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance, favoriser un repérage précoce et une intervention appropriée, favoriser et faciliter la divulgation des situations de maltraitance – notamment les situations de maltraitance matérielle et financière –, développer les connaissances et améliorer le transfert des savoirs [8].

Retenons de ce bref historique que bien que la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées ne soit structurée que depuis 2010 et qu'une multiplication d'actions ait vu le jour depuis, les initiatives diverses en cette matière ont plus de 40 ans. Notons que depuis 2010, les préoccupations pour la maltraitance ont englobé des thématiques connexes, soit la lutte contre l'intimidation, la reconnaissance de l'autonégligence et la promotion de la bientraitance.

<sup>1</sup> Ce plan d'action comprend deux objectifs : « élimination de toutes les formes d'abandon, de sévices et de violence à l'encontre des personnes âgées » et « mise en place de services de soutien permettant de faire face aux cas de mauvais traitements des personnes âgées » [2].

<sup>2</sup> Campagne de sensibilisation, Chaire de recherche, ligne d'écoute professionnelle, coordonnateurs régionaux.

## Définition

Au Québec, les mots utilisés pour décrire le problème ont évolué de l'abus, aux mauvais traitements, et à la maltraitance en 2010. Tous ces mots sont employés comme des synonymes, en dépit du fait que le mot « abus » constitue un anglicisme, soit un emprunt à l'expression *elder abuse*. Bien qu'il existe de nombreuses définitions de la maltraitance qui suscitent toutes des débats et des remises en question, voici celle qui, sans être consensuelle, rallie le plus d'acteurs à travers le monde; en 2002, lors d'une rencontre internationale regroupant des chercheurs, des associations de personnes âgées, des praticiens et des planificateurs de politiques publiques, l'OMS adoptait, par la Déclaration de Toronto, une définition de la maltraitance envers les personnes âgées [9]. Le gouvernement du Québec s'en est inspiré dans les PAM-1 et 2. Voici la définition proposée dans le PAM-2 :

Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée [8].

Cette définition pose la violence (geste singulier ou répétitif), la négligence (l'absence d'action appropriée), le fait que ce n'est pas l'intentionnalité qui compte, mais plutôt les résultats obtenus, la relation de confiance et l'importance des conséquences, que ces dernières soient ou non apparentes. À noter que cette définition exclut toute forme d'atteinte physique, morale ou matérielle de la part d'étrangers. Les nombreuses critiques de cette définition ciblent notamment la difficulté de son opérationnalisation en recherche [10,11].

Au Québec, cette définition a donné des assises au développement d'un langage commun. En 2015, devant le constat que de nombreux acteurs n'avaient pas la même conception et ne réfèrent pas aux mêmes éléments pour décrire les formes et les types de maltraitance, un travail de clarification conceptuel a été engagé [12]. Il a mené à la reconnaissance de deux formes de maltraitance (violence et négligence), ainsi qu'à l'identification de sept types de maltraitance (tableau 1). Cette clarification a été intégrée au PAM-2.

Tableau 1 Types de maltraitance

Types de maltraitance	Définition	Exemples sous forme de violence	Exemples sous forme de négligence
<b>Maltraitance psychologique</b>	Gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique.	Chantage affectif, manipulation, humiliation, insultes, infantilisation, dénigrement, menaces verbales et non verbales, privation de pouvoir, surveillance exagérée des activités, etc.	Rejet, indifférence, isolement social, etc.
<b>Maltraitance physique</b>	Gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique.	Bousculade, rudolement, coup, brûlure, alimentation forcée, administration inadéquate de la médication, utilisation inappropriée de contentions (physiques ou chimiques), etc.	Privation des conditions raisonnables de confort ou de sécurité, non-assistance à l'alimentation, à l'habillement, à l'hygiène ou à la médication lorsqu'on est responsable d'une personne en situation de dépendance, etc.
<b>Maltraitance sexuelle</b>	Gestes, actions, paroles ou attitudes à connotation sexuelle non consentis, qui portent atteinte au bien-être, à l'intégrité ou à l'identité sexuelle.	Propos ou attitudes suggestifs, blagues ou insultes à connotation sexuelle, promiscuité, comportements exhibitionnistes, agressions à caractère sexuel (attouchements non désirés, relation sexuelle non consentie), etc.	Privation d'intimité, non-reconnaissance ou déni de la sexualité, de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, etc.
<b>Maltraitance matérielle ou financière</b>	Obtention ou utilisation frauduleuse, illégale, non autorisée ou malhonnête des biens ou des documents légaux de la personne, absence d'information ou mésinformation financière ou légale.	Pression à modifier un testament, transaction bancaire sans consentement (utilisation d'une carte bancaire, transactions Internet, etc.), détournement de fonds ou de biens, prix excessif demandé pour des services rendus, usurpation d'identité, etc.	Ne pas gérer les biens dans l'intérêt de la personne ou ne pas fournir les biens nécessaires lorsqu'on en a la responsabilité, ne pas s'interroger sur l'aptitude d'une personne, sa compréhension ou sa littératie financière, etc.
<b>Maltraitance organisationnelle</b>	Toute situation préjudiciable, créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes.	Conditions ou pratiques organisationnelles qui entraînent le non-respect des choix ou des droits de la personne (ex. : services offerts de façon brusque), etc.	Offre de services inadaptée aux besoins des personnes, directive absente ou mal comprise de la part du personnel, capacité organisationnelle réduite, procédure administrative complexe, formation inadéquate du personnel, personnel non mobilisé, etc.
<b>Âgisme</b>	Discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale.	Imposition de restrictions ou de normes sociales en raison de l'âge, réduction de l'accessibilité à certaines ressources, préjugés, infantilisation, mépris, etc.	Indifférence à l'égard des pratiques ou des propos âgistes lorsqu'on en est témoin, etc.
<b>Violation des droits</b>	Toute atteinte aux droits et aux libertés individuels et sociaux.	Imposition d'un traitement médical, déni du droit de choisir, de voter, d'avoir son intimité, de prendre des risques, de recevoir des appels téléphoniques ou de la visite, de pratiquer sa religion, de vivre son orientation sexuelle, etc.	Non-information ou mésinformation sur ses droits, ne pas porter assistance dans l'exercice de ses droits, non-reconnaissance de ses capacités, etc.

Source : Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, 2<sup>e</sup> édition [13].

## Encadré 1 – L'autonégligence chez les personnes âgées

L'autonégligence constitue un problème de santé publique préoccupant [14–19]. Elle est largement traitée dans les pratiques des Adults Protective Services aux États-Unis, au même titre que la violence et la négligence commises par autrui. Au Québec, elle est peu documentée, et elle ne figure ni dans le PAM 2010-2015 ni dans le PAM 2017-2022. Voici une définition de l'autonégligence proposée au Québec, à partir d'une synthèse de la littérature internationale et des travaux québécois de Neesham-Grenon [20] :

L'autonégligence comprend une vaste gamme de comportements, distribués sur un continuum d'intensité, culturellement et socialement encadrés, effectués de façon intentionnelle ou non, qui résultent en un échec à répondre à ses propres besoins ou à se procurer des soins, et qui présentent un potentiel de conséquences négatives sur le bien-être, la santé et la sécurité de la personne et d'autrui [21].

L'absence de définition opérationnelle de l'autonégligence [15,22] ainsi que les variations conceptuelles limitent la comparaison des études, le développement des connaissances ainsi que l'établissement d'un taux d'incidence et de prévalence [15]. Puis, plusieurs facteurs compromettent la détection de situations d'autonégligence : la connaissance et la conscience inadéquates du problème; les ressources et les services de soutien limités; l'absence de formations et de protocoles d'intervention; la faible validation des facteurs de risque et des déterminants pouvant aider à identifier rapidement l'apparition de l'autonégligence; et l'absence d'outils d'évaluation fiables, valides et culturellement appropriés [15].

### Conséquences

Tout comme pour la maltraitance ou l'intimidation envers les personnes âgées, les conséquences de l'autonégligence sont multiples et varient en fonction de leur sévérité et des réactions individuelles. Une personne âgée peut avoir de la difficulté à prendre soin d'elle-même, à payer ses factures, à respecter ses traitements prescrits. Dans une situation d'autonégligence, la personne âgée peut refuser toute forme de services, ce qui peut entraîner un délabrement du domicile et de son environnement, des défauts électriques, une accumulation excessive d'ordures, ou encore des conditions de vie insalubres impliquant parfois la présence de plusieurs animaux [23]. L'autonégligence peut affecter la santé physique et psychologique, ainsi qu'augmenter le risque de mortalité découlant de problèmes cardiaques, pulmonaires, neuropsychiatriques, etc. [15].

### Prévention

Une étude québécoise réalisée auprès d'intervenants sociaux ayant intervenu avec des personnes âgées en situation d'autonégligence a permis de circonscrire des défis et de proposer des pistes d'intervention : l'évaluation des risques, l'évaluation biopsychosociale, l'approche de réduction des méfaits, les valeurs et l'éthique, le soutien organisationnel ainsi que l'acquisition de connaissances actuelles [20]. Les intervenants sociaux ont déclaré vivre des difficultés à intervenir dans ces contextes particuliers d'autonégligence, et ils ont soutenu être insuffisamment outillés. Ces constats ont mené à la proposition de l'élaboration d'un guide de pratique, soit celui intitulé *L'intervention en contexte d'autonégligence* [24]. Celui-ci comprend une conceptualisation de l'autonégligence ainsi qu'une présentation des principales caractéristiques du problème. Le guide propose également des pistes d'intervention : la prise de contact, l'évaluation de la personne et de ses besoins, l'évaluation des niveaux d'urgence et de dangerosité, l'évaluation du réseau de soutien et des autres ressources disponibles, l'évaluation de la capacité de la personne âgée à prendre des décisions éclairées et à consentir, etc. Ce guide encourage un accompagnement au rythme de la personne âgée, tout en assurant la sécurité de la personne âgée et d'autrui. Enfin, il présente aussi des pistes de solution aux différents enjeux potentiels que peuvent rencontrer les intervenants sociaux ainsi que des conseils pratiques.

## Ampleur

Il n'y a pas de mesure étalon de la maltraitance, ce qui complique la comparaison des résultats entre les diverses études. Ce manque découle d'abord de l'absence d'une définition universelle de la maltraitance, mais aussi d'un défaut de mesures validées pour chacune de ses formes et types. Dans une méta-analyse basée sur des études publiées à travers le monde, Yon et ses collaborateurs ont trouvé que le taux de maltraitance global envers les personnes âgées vivant dans la communauté serait de 15,7 % durant les 12 mois précédant la collecte de données, soit une personne âgée sur six. Parmi les répondants, 11,6 % auraient subi de la maltraitance psychologique, 6,8 % de la maltraitance financière, 4,2 % de la négligence, 2,6 % de la maltraitance physique et 0,9 % de la maltraitance sexuelle [25]. Ces données ont quelque peu ébranlé la communauté de chercheurs internationaux dans le domaine, du moins ceux des pays dits développés qui rapportaient des taux globaux nettement inférieurs à 10 %.

Au Canada, l'étude de Podnieks et ses collaborateurs a identifié un taux de prévalence de maltraitance de 4 %<sup>3</sup> [26], et l'Enquête sociale générale [27] rapporte un taux de 7 % durant les 5 ans précédant l'étude. L'étude de McDonald rapporte quant à elle un taux de 8,2 % au cours des 12 mois précédant l'étude [28]. Aucune étude n'a porté spécifiquement sur le Québec, mais le PAM-2 annonce la tenue prochaine d'une étude de prévalence de la maltraitance [8], ce qui permettra de quantifier pour une première fois l'ampleur du problème.

Aucune donnée fiable n'a été produite sur l'ampleur de la maltraitance envers les personnes âgées dans les milieux d'hébergement ou de soins de longue durée. Une analyse de 69 études publiées sur ce sujet a identifié de nombreux problèmes méthodologiques : taille des échantillons, choix des participants, non-prise en compte des facteurs structurels, etc. [29]. Les auteurs ont suggéré la tenue d'un projet pilote pour développer des mesures fiables. Des Européens ont suggéré la tenue obligatoire d'un registre des situations de maltraitance en institution [30], ce qui n'est pas sans poser des défis méthodologiques et cliniques de taille.

## Facteurs de risque et de protection

### Facteurs de risque

La maltraitance envers les personnes âgées est un problème complexe et multifactoriel qui s'inscrit dans une dynamique relationnelle dépassant la relation maltraitant-maltraité puisqu'elle est influencée par des facteurs sociaux, politiques et culturels, ainsi que par des facteurs propres à la personne âgée, à la personne maltraitante et à l'environnement [31–34]. Comme démontré dans le tableau 1 sur les types de maltraitance, le maltraitant n'est pas nécessairement une personne physique; il peut inclure les organisations.

L'efficacité des interventions pour faire cesser les situations de maltraitance passe d'abord par la connaissance des facteurs de risque qui y sont associés. En plus de varier en fonction du type de maltraitance [31,35], l'état des connaissances sur les facteurs de risque est influencé par la définition, le cadre théorique et la méthodologie retenus pour réaliser les études [36]. Il devient ainsi difficile d'établir une liste claire, exhaustive et fixe de l'ensemble des facteurs de risque de la maltraitance. Par ailleurs, un tel travail serait contre-productif, puisque la liste obtenue serait probablement très longue et, de ce fait, peu spécifique. Depuis deux ans, des chercheurs ont avancé, lors de colloques scientifiques internationaux, que les facteurs de risque devraient maintenant être raffinés selon le type de maltraitance et la dynamique relationnelle qui unit la personne maltraitée à la personne maltraitante, ou au contexte organisationnel maltraitant. Il est donc attendu que les travaux scientifiques à venir vont emprunter cette voie.

<sup>3</sup> Dans cette étude, la prévalence fut mesurée différemment pour chaque type de maltraitance. Par exemple, la négligence fut mesurée au cours des 12 derniers mois, alors que l'exploitation financière fut mesurée depuis que le répondant a atteint l'âge de 65 ans.

La catégorisation des facteurs de risque, développée par le National Research Council [37], est présentée dans plusieurs études [32,36,38]. La qualité de l'appui scientifique de chacun des facteurs catégorisés permet de renforcer leur valeur explicative de situations de maltraitance [36]<sup>4</sup>. Elle comprend trois catégories :

1. Les facteurs de risque ayant une forte validité<sup>5</sup>;
2. Les facteurs de risque possibles<sup>6</sup>;
3. Les facteurs de risque contestés<sup>7</sup>.

Le tableau 2 présente les facteurs de risque classés selon les trois catégories élaborées par le National Research Council. Ils sont présentés selon qu'ils ont trait à la personne âgée à risque de maltraitance ou aux éléments propres à son environnement. Depuis la publication de cette classification en 2003, d'autres études, dont des recensions d'écrits [32,36], ont enrichi ces résultats. Ces compléments d'information ont été intégrés au tableau 2.

**Tableau 2 Facteurs de risque de la maltraitance**

	<b>Propres à la personne maltraitée (facteurs intrinsèques)</b>	<b>Propres à l'environnement (facteurs extrinsèques)</b>
<b>Facteurs à forte validité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Démence [32,36,37,39];</li> <li>▪ Faible revenu [32].</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Isolement social et faible réseau social [31,32,34,36,37];</li> <li>▪ Partage de son milieu de vie [32,36,37,40];</li> <li>▪ Caractéristiques de la personne maltraitante :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Problème de santé mentale;</li> <li>▪ Hostilité;</li> <li>▪ Dépendance à l'alcool;</li> <li>▪ Dépendance envers la personne âgée [36,37];</li> <li>▪ Stress et fardeau associé au rôle d'aidant [32];</li> <li>▪ Pertes cognitives et démence [32].</li> </ul> </li> </ul>
<b>Facteurs possibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Genre (femme) [32,36,37];</li> <li>▪ Traits de personnalité (hostilité, stratégie d'adaptation passive ou d'évitement) [36,37];</li> <li>▪ Ethnie [32,36,37,39];</li> <li>▪ Âge [32];</li> <li>▪ État civil [32];</li> <li>▪ Niveau d'éducation [32].</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vivre seul [32,34];</li> <li>▪ Lien relationnel entre la personne maltraitée et la personne maltraitante (conjoint) [36,37].</li> </ul>
<b>Facteurs contestés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incapacités sur le plan physique, faible état de santé [32,36,37].</li> </ul>	S.O.

<sup>4</sup> Les études recensées présentent des limites, tel le fait qu'elles ne reposent pas sur des devis de recherche longitudinaux visant à déterminer une relation causale entre ces facteurs et les situations de maltraitance. Ce faisant, la qualité scientifique des facteurs et leur fiabilité à indiquer la présence de maltraitance relèvent de la prépondérance des études arrivant aux mêmes résultats. Il s'agit donc de résultats s'appuyant sur un soutien unanime ou quasi unanime des études recensées [36].

<sup>5</sup> Il s'agit de facteurs validés par de nombreuses études et pour lesquels il semble y avoir un consensus scientifique.

<sup>6</sup> Ce sont des facteurs documentés, mais pour lesquels il n'y a pas de consensus, notamment en raison de résultats contradictoires ou de la portée limitée des études.

<sup>7</sup> Ces facteurs ont peu d'appui scientifique. Ils sont identifiés comme comprenant un risque accru pour la survenue de situations de maltraitance par certaines études, mais nécessitent davantage de validation avant d'être considérés comme des facteurs de risque avérés [36,27].

Ce tableau met en lumière la progression des connaissances sur le sujet depuis la publication du National Research Council [37]. Les facteurs qui avaient un fort appui scientifique en 2003 sont demeurés dans la liste des facteurs de risque, mais celle-ci a été bonifiée au cours des dernières années. Les facteurs de risque possibles et contestés ont également été davantage documentés et ont gagné en appui scientifique; ils sont donc moins contestés qu'auparavant. Il est à noter que certains facteurs présentés semblent a priori contradictoires. À titre d'exemple, l'isolement social et le faible réseau social représentent des facteurs de risque tout comme le partage de son milieu de vie. Cette situation est due au fait que ces facteurs ne seraient pas associés aux mêmes types de maltraitance [31,32,36]. De plus, les effets de la violence ou de la négligence vécue tout au long de la vie sur le risque de vivre de la maltraitance à un âge avancé sont de plus en plus documentés [31,32]. Davantage d'études longitudinales permettraient de bonifier les connaissances à cet égard.

### **Facteurs propres à la personne et facteurs propres à l'environnement**

Comme illustré au tableau 2, il semble avoir plus de facteurs de forte validité qui sont propres à l'environnement qu'à la personne. Cela concorde avec des données de recherche récentes qui indiquent que les facteurs de risque environnementaux seraient de meilleurs prédicteurs de la maltraitance envers les personnes âgées que les facteurs de risque individuels [41]. Cela peut guider les professionnels dans leurs actions cliniques, considérant qu'il puisse être plus facile pour eux d'agir sur les facteurs environnementaux pour contrer une situation de maltraitance que sur certains facteurs individuels, tels la démence, l'état de santé, le genre, l'appartenance ethnique, etc. Cela peut également être utile pour les décideurs publics qui doivent élaborer des programmes d'intervention et mettre en place des plans d'action en s'appuyant sur des données probantes.

La majorité des résultats présentés jusqu'ici traitent de la maltraitance envers les personnes âgées vivant à domicile. Or, il existe des facteurs plus spécifiques aux milieux d'hébergement, tels les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). En effet, si l'organisation de la vie quotidienne (ex. : horaire des soins, heures de repas, etc.) peut mener à une perte de liberté [42], la vie en collectivité généralement inhérente à ces milieux est quant à elle propice aux interactions négatives entre les résidents [43]. Le tableau 3 présente les facteurs les plus documentés en milieu d'hébergement selon l'organisation du milieu, les membres du personnel ainsi que les personnes âgées [44]<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Pour davantage d'informations, voir Beaulieu, M. et Leboeuf, R. (4 mai 2016). Synthèse exécutive du rapport Beaulieu, M., Manseau-Young, M.-E., Pelletier, C. et Spencer, C. (12 janvier 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. Soumis au Secrétariat aux aînés du gouvernement du Québec, 27 p. Ce document est accessible gratuitement au [www.maltraitancedesaines.com](http://www.maltraitancedesaines.com).



**Tableau 3 Facteurs de risque en milieu d’hébergement**

<b>Facteurs associés à l’organisation du milieu</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque ou pénurie de personnel [10,45–47];</li> <li>▪ Lourdeur de la tâche de travail empêchant les professionnels de donner des soins de qualité dans un temps suffisant [48–50].</li> </ul>
<b>Facteurs associés aux membres du personnel</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaissances inadéquates et formations limitées [10,45,51];</li> <li>▪ Problèmes personnels, dont un historique de violence domestique, de santé mentale, de consommation de drogues ou d’alcool [45,51];</li> <li>▪ Stress, fatigue émotionnelle ou épuisement professionnel [10,45,51];</li> <li>▪ Attitude négative envers les personnes âgées en général, les résidents en particulier ou envers le travail [10,51].</li> </ul>
<b>Facteurs associés à la personne ou à son réseau</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Isolement social ou le fait d’avoir peu ou pas de visites de l’extérieur [10,45].</li> </ul>

Source : Synthèse exécutive du rapport *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* [44].

La lecture du tableau 3 permet de comprendre que bien que la maltraitance puisse être commise par le personnel ou même d’autres résidents au sein des milieux d’hébergement, elle peut s’inscrire plus largement dans une situation de maltraitance organisationnelle<sup>9</sup>.

### Caractère multifactoriel de la maltraitance

Le caractère relationnel dans les situations de maltraitance, soit un contexte qui devrait être basé sur de la confiance, est explicité dans la définition de la maltraitance, présentée à la section 1. Comme mentionné précédemment, les caractéristiques de la personne maltraitée (ou à risque de maltraitance), celles de la personne maltraitante (ou potentiellement à risque de commettre de la maltraitance), ainsi que celles du milieu de vie de la personne âgée peuvent toutes influencer l’incidence de la maltraitance. Outre ces éléments, le contexte social, politique et culturel dans lequel s’inscrit la maltraitance peut également être une variable influente.

Sur le plan social, l’âgisme envers les personnes âgées se traduit par l’existence de stéréotypes négatifs [52] reconnus comme un terreau fertile à la maltraitance [53,54]. À titre d’exemple, en milieu d’hébergement, l’âgisme peut influencer négativement les interactions qu’ont les professionnels avec les résidents et engendrer des conséquences négatives [55].

Sur le plan culturel, les études portant sur la maltraitance menées auprès de communautés culturelles exposent les multiples façons de concevoir la maltraitance [32]. En effet, ce qui est reconnu comme tel par le gouvernement du Québec peut être différent selon qu’on appartient, par exemple, à une communauté hispanophone [56] ou autochtone [57]. D’ailleurs, le statut d’immigrant, tel le fait d’être réfugié, peut également avoir une influence sur les représentations de la maltraitance [58]. Ce faisant, les intervenants qui œuvrent auprès de personnes âgées issues de communautés culturelles sont invités à adopter une approche culturellement sensible.

<sup>9</sup> Maltraitance organisationnelle : « Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d’organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d’offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l’exercice des droits et libertés des personnes » [12].

## Facteurs de protection

« Les facteurs de protection sont des caractéristiques propres à la personne [...] ou à son environnement [...] qui tendent à réduire l'incidence d'une problématique, la maltraitance, par exemple » [8,36]. S'ils ne sont pas le contraire des facteurs de risque<sup>10</sup>, leur présence n'indique pas non plus l'absence de facteurs de risque<sup>11</sup>. Le peu d'études sur les facteurs de protection empêche d'en tracer un bilan nuancé.

Le *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* [13], développé au Québec, propose néanmoins quelques pistes permettant d'énoncer des facteurs de protection propres à la personne ou à son environnement<sup>12</sup>. Celles-ci sont présentées au tableau 4.

**Tableau 4 Facteurs de protection**

Facteurs de protection propres à la personne	Facteurs de protection propre à l'environnement
<p><b>Estime de soi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : connaissance de soi, sens de la responsabilité, débrouillardise, etc.</li> </ul> <p><b>Capacité à demander de l'aide :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : pouvoir se confier, être compris, recevoir des conseils, etc.</li> </ul> <p><b>Compréhension des émotions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : capacité de faire face aux événements et de leur donner un sens, adoption de stratégies pour faire face au stress, etc.</li> </ul> <p><b>Participation sociale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : sentiment d'appartenance, inclusion sociale, soutien social, sentiment de compétence, etc.</li> </ul> <p><b>Capacité d'apprendre sur soi-même et sur sa société :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : contrôler sa vie, se fixer des objectifs personnels, poursuivre son apprentissage tout au long de sa vie, découverte d'activités de loisir plaisantes et de moments pour s'y adonner, etc.</li> </ul> <p><b>Maintien de bonnes habitudes de vie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : capacité de détente, rire, établissement de relations positives et profitables avec les membres de sa famille et son réseau amical, etc.</li> </ul>	<p><b>Réseau :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : réseau approprié composé de personnes disponibles, présence d'un représentant légal au besoin, réseau adapté aux besoins de la personne âgée, etc.</li> </ul> <p><b>Environnement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : milieu de vie adapté aux besoins de la personne âgée et sécuritaire, milieu de vie exempt d'âgisme et d'exclusion sociale, etc.</li> </ul> <p><b>Capacité financière :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : disponibilité de revenus suffisants, mise en place de moyens permettant de sécuriser les avoirs, etc.</li> </ul>

Source : *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*, 2<sup>e</sup> édition [13].

<sup>10</sup> À titre d'exemple, avoir une démence est un facteur de risque connu, cependant l'absence de démence ne peut être automatiquement considérée comme un facteur de protection [8].

<sup>11</sup> En effet, une personne âgée peut avoir une démence ou être soutenue par un proche aidant qui a un problème de dépendance à l'alcool (facteurs de risque) tout en ayant une bonne estime d'elle-même et un réseau social composé d'autres proches aidants adéquats (facteurs de protection).

<sup>12</sup> Puisqu'il s'agit d'informations inspirées de celles proposées par l'Association canadienne pour la santé mentale – Division du Québec (2015), ce ne sont pas des facteurs de protection spécifiques aux personnes âgées.

## Conséquences

La définition promue par l’OMS stipule clairement que la maltraitance cause du tort ou de la détresse à la personne aînée [8]. D’ailleurs, comme dans tout type de victimisation, l’entourage de la personne aînée maltraitée peut en être également affecté : les membres de la famille, les amis, le voisinage, le milieu de vie (par exemple en milieu d’hébergement), etc. [8]. Étant un problème social, la maltraitance envers les personnes aînées a des effets à long terme plus globaux sur la société, bien que ceux-ci soient méconnus et peu documentés [59]. À ce jour, ce sont les conséquences sur les personnes aînées maltraitées qui sont les plus documentées.

### Conséquences sur la personne aînée maltraitée

La maltraitance a un impact à court et à long terme sur le bien-être global de la personne aînée [39,43]. En plus d’entraîner prématurément une relocalisation des personnes aînées en milieux d’hébergement [59–61], la maltraitance a un effet significatif sur la morbidité [60,62] et la mortalité des personnes aînées qui vivent une telle situation [59,62–66]. Si certaines conséquences de la maltraitance sont plus apparentes, telles que les conséquences physiques (Friedman, Avila, Tanouye et Joseph, 2011, cités par Roberto [39]), matérielles ou financières [12,67], certaines sont plus subtiles, comme celles qui sont de nature psychologique et sociale [13,59,63]. Le tableau 5 en présente quelques exemples<sup>13</sup>.

**Tableau 5 Exemples de conséquences de la maltraitance**

Types de conséquences	Exemples
<b>Physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Séquelles physiques temporaires ou permanentes [13,39,59,68];</li> <li>▪ Détérioration de l’état de santé [13,60,62,69];</li> <li>▪ Déclin des capacités fonctionnelles [69,70];</li> <li>▪ Augmentation de la morbidité [60,62];</li> <li>▪ Mortalité [16,59,62,64–66].</li> </ul>
<b>Psychologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anxiété [13,43,59,68–71];</li> <li>▪ Dépression [13,59,68,70,71];</li> <li>▪ Faible estime de soi [13,43,68];</li> <li>▪ Tristesse, moral bas, malheureux, sentiment d’insatisfaction [13,43,68];</li> <li>▪ Idéations suicidaires [13,72–74];</li> <li>▪ Sentiment croissant d’insécurité [13,73,75];</li> <li>▪ Honte [13];</li> <li>▪ Culpabilité [13];</li> <li>▪ Méfiance [13].</li> </ul>
<b>Matériel ou financier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pertes de ressources financières [13,67,76,77];</li> <li>▪ Pertes de biens matériels [13,77];</li> <li>▪ Privation de biens essentiels [13,67,77];</li> <li>▪ Dette [13];</li> <li>▪ Insolvabilité [13];</li> <li>▪ Faillite [13].</li> </ul>

<sup>13</sup> Le tableau 5 est une version bonifiée du tableau présenté dans la 2<sup>e</sup> édition du *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées* [13].

**Tableau 5 Exemples de conséquences de la maltraitance (suite)**

Types de conséquences	Exemples
<b>Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Solitude [13,43,68,69];</li> <li>■ Pertes de contacts avec des personnes de l'entourage [13];</li> <li>■ Conflits [77];</li> <li>■ Accroissement de la dépendance [13].</li> </ul>

Source : Inspiré du tableau *Conséquences selon le type de maltraitance chez les personnes* du *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*, 2<sup>e</sup> édition [13].

Il est à noter qu'un seul type de maltraitance peut engendrer divers types de conséquences. À titre d'exemple, si les premières conséquences de la maltraitance matérielle ou financière sont généralement sur le plan financier, elle peut pareillement affecter la personne âgée maltraitée sur les plans psychologique, physique et social [67].

Les indices pour chacun des sept types de maltraitance (psychologique, physique, sexuel, matériel ou financier, organisationnel, violation des droits, âgisme) [12] sont, pour plusieurs, des conséquences potentielles de la maltraitance qu'il est possible d'observer auprès des personnes maltraitées (tableau 6).

**Tableau 6 Indices de la maltraitance selon chacun des sept types**

Types de maltraitance	Indices
<b>Maltraitance psychologique</b>	<p><b>Indices</b> Peur, anxiété, dépression, repli sur soi, hésitation à parler ouvertement, méfiance, interaction craintive avec une ou plusieurs personnes, idées suicidaires, déclin rapide des capacités cognitives, suicide, etc.</p> <p><b>Attention</b> La maltraitance psychologique est sans doute la plus fréquente et la moins visible :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elle accompagne souvent les autres types de maltraitance;</li> <li>■ Elle peut avoir des conséquences tout aussi importantes que les autres types de maltraitance.</li> </ul>
<b>Maltraitance physique</b>	<p><b>Indices</b> Ecchymoses, blessures, perte de poids, détérioration de l'état de santé, manque d'hygiène, attente indue pour le changement de culotte d'aisance, affections cutanées, insalubrité de l'environnement de vie, atrophie, contention, mort précoce ou suspecte, etc.</p> <p><b>Attention</b> Certains indices de maltraitance physique peuvent être confondus avec des symptômes découlant de certaines conditions de santé. Il est donc préférable de demander une évaluation de la santé physique ou sur le plan psychosocial.</p>
<b>Maltraitance sexuelle</b>	<p><b>Indices</b> Infections, plaies génitales, angoisse au moment des examens ou des soins, méfiance, repli sur soi, dépression, désinhibition sexuelle, discours subitement très sexualisé, déni de la vie sexuelle des aînés, etc.</p> <p><b>Attention</b> L'agression à caractère sexuel est avant tout un acte de domination. Les troubles cognitifs peuvent entraîner une désinhibition se traduisant par des gestes sexuels inadéquats. Ne pas reconnaître, se moquer ou empêcher une personne âgée d'exprimer sa sexualité représente de la maltraitance et peut nuire au repérage et au signalement de celle-ci. L'attirance sexuelle pathologique envers les personnes âgées (gérontophilie) doit aussi être repérée.</p>

**Tableau 6 Indices de la maltraitance selon chacun des sept types (suite)**

Types de maltraitance	Indices
<b>Maltraitance matérielle ou financière</b>	<p><b>Indices</b> Transactions bancaires inhabituelles, disparition d’objets de valeur, manque d’argent pour les dépenses courantes, accès limité à l’information sur la gestion des biens de la personne, etc.</p> <p><b>Attention</b> Les aînés qui présentent une forme de dépendance envers quelqu’un, quelle soit physique, émotive, sociale ou d’affaires, sont plus à risque de subir ce type de maltraitance. Au-delà de l’aspect financier ou matériel, ce type de maltraitance peut affecter la santé physique ou psychologique de la personne aînée en influençant sa capacité à assumer ses responsabilités ou à combler ses besoins.</p>
<b>Maltraitance organisationnelle</b>	<p><b>Indices</b> Réduction de la personne à un numéro, prestation de soins ou de services selon des horaires plus ou moins rigides, attente indue avant que la personne reçoive un service, détérioration de l’état de santé (plaies, dépression, anxiété, etc.), plaintes, etc.</p> <p><b>Attention</b> Nous devons demeurer attentifs à l’égard des lacunes des organisations qui peuvent brimer les droits des personnes qui reçoivent des soins ou des services, ou entraîner des conditions qui nuisent au travail du personnel chargé de prodiguer ces soins ou ces services.</p>
<b>Âgisme</b>	<p><b>Indices</b> Non-reconnaissance des droits, des compétences ou des connaissances, utilisation d’expressions réductrices ou infantilisantes, etc.</p> <p><b>Attention</b> Nous sommes tous influencés, à divers degrés, par les stéréotypes négatifs et les discours qui sont véhiculés au sujet des personnes aînées. Ces « prêts-à-penser » fournissent des raccourcis erronés à propos de diverses réalités sociales qui peuvent mener à des comportements maltraitants.</p>
<b>Violation des droits</b>	<p><b>Indices</b> Entrave à la participation de la personne aînée dans les choix et les décisions qui la concernent, non-respect des décisions prises par la personne aînée, réponses données par un proche à des questions qui s’adressent à la personne aînée, restriction des visites ou d’accès à l’information, isolement, plaintes, etc.</p> <p><b>Attention</b> Il y a des enjeux de violation des droits dans tous les types de maltraitance. Toute personne conserve pleinement ses droits, quel que soit son âge. Seul un juge peut déclarer une personne inapte et nommer un représentant légal. Par ailleurs, la personne inapte conserve tout de même des droits, qu’elle peut exercer dans la mesure de ses capacités.</p>

Source : Terminologie sur la maltraitance envers les personnes aînées [12].

Un indice n’est pas un indicateur infaillible, d’où la nécessité pour les intervenants de réaliser un travail méticuleux de vérification lorsqu’il soupçonne qu’une personne est maltraitée [78]. Les commentaires présentés dans les sections « Attention » de la terminologie, rapportés dans le tableau 6, offrent d’ailleurs des pistes de réflexion et des informations pouvant être utiles pour entreprendre un travail de vérification. Dans le même ordre d’idées, les intervenants doivent être sensibles au fait que certaines conséquences, tel l’isolement, sont également des facteurs de risque.

Les conséquences de la maltraitance sont nombreuses et varient d’une personne à l’autre. Le tableau 6 révèle d’ailleurs que certains indices ou certaines conséquences sont identiques pour plusieurs types de maltraitance à la fois, telle la présence de symptômes dépressifs. Si cela peut être tributaire à l’expérience personnelle, cela peut également s’expliquer par le fait qu’une même personne peut vivre plus d’un type de maltraitance à la fois.

## Encadré 2 – Intimidation envers les personnes âgées

### Contexte

En 2015, le premier Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018 a été dévoilé [79] à la suite d'une vaste consultation d'acteurs concernés [80]. Ce plan d'action couvre l'intimidation à tous les âges de la vie. Parmi ses 53 mesures, 9 d'entre elles sont spécifiques aux personnes âgées [79]. Cependant, l'intimidation vécue par les personnes âgées demeure un problème peu connu et donc peu documenté, tant au Québec qu'à l'international.

La mise en place d'un plan d'action, ciblant un problème qui a priori présente de grandes similitudes avec le problème de la maltraitance, engendre à la fois des enjeux conceptuels (comment distinguer l'intimidation et la maltraitance?) et pratiques (comment faire coexister des actions spécifiques pour contrer l'un ou l'autre des problèmes?) dans un contexte où la maltraitance est un problème social qui fait l'objet d'actions spécifiques depuis une trentaine d'années [81].

Le présent encadré expose un bref état des connaissances sur l'intimidation envers les personnes âgées. Il s'appuie sur les résultats préliminaires des travaux de recherche menés au Québec, ainsi que sur une recension des écrits internationaux publiés depuis 2009\*. En raison de l'état de la recherche et du peu d'écrits scientifiques publiés sur le sujet, les résultats présentés dans cette section doivent être considérés comme des pistes exploratoires.

### Définition et ampleur

Bien qu'il existe de nombreuses définitions de l'intimidation, aucune n'est spécifique à la population âgée. Plusieurs s'inspirent de l'intimidation en milieu de travail ou en milieu scolaire (American Psychological Association, 2016, cité par Goodridge et collaborateurs [83]; Einarsen et Skogstad, 1996, cités par Andresen et Buchanan [84]; Rayner et Keashly, 2005, cités par Bonifas [85]). Dans son plan d'action, le Québec a retenu la définition de la Loi sur l'instruction publique (art. 13, parag. 1.1) :

Tout comportement, parole, acte ou geste délibéré ou non à caractère répétitif, exprimé directement ou indirectement, y compris dans le cyberspace, dans un contexte caractérisé par l'inégalité des rapports de force entre les personnes concernées, ayant pour effet d'engendrer des sentiments de détresse et de léser, blesser, opprimer ou ostraciser [79].

Les discussions tenues lors du Forum sur l'intimidation, tout comme les mémoires déposés lors de cet exercice, rendent compte des nuances découlant des expériences d'intimidation spécifiques à chacune des populations, ainsi que des milieux dans lesquels le problème se pose. En s'appuyant sur l'état des connaissances de l'intimidation et de la maltraitance envers les personnes âgées, une définition spécifique à l'intimidation envers les personnes âgées a été proposée :

Il y a intimidation quand un geste ou une absence de geste ou d'action à caractère singulier ou répétitif et généralement délibéré, se produit de façon directe ou indirecte dans un rapport de force, de pouvoir ou de contrôle entre individus, et que cela est fait dans l'intention\*\* de nuire ou de faire du mal à une ou à plusieurs personnes âgées [86].

Bien que plusieurs éléments de cette définition semblent similaires à l'intimidation vécue à tous les âges, elle propose certaines nuances propres aux personnes âgées. L'intimidation envers les personnes âgées peut se produire entre tout type d'acteur, que la relation soit basée ou non sur de la confiance. Elle peut être répétitive ou avoir lieu une seule fois, mais dans tous les cas elle entraîne des conséquences pour la personne qui l'a subie. Pensons notamment à une personne qui se fait ridiculiser chaque jour ou à une autre qui reçoit une seule fois la menace d'arrêt de services.

\* Depuis 2015, la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées mène un projet de recherche intitulé *État des connaissances et clarification conceptuelle de l'intimidation envers les personnes âgées*. Celui-ci s'inscrit dans le cadre de la mesure 5.2 du Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation qui vise à « documenter le phénomène de l'intimidation, y compris de l'intimidation en ligne spécifiquement chez les personnes âgées, en tenant compte des connaissances acquises au sujet de la maltraitance envers celles-ci et des données disponibles selon le sexe » [79]. Dans le cadre de ce projet, la Chaire a répertorié une trentaine d'écrits (articles scientifiques, chapitres, thèses, etc.) publiés entre 2009 et 2017, dont le sujet principal était l'intimidation envers les personnes âgées [82].

\*\* L'intention de nuire est sujette à dérogation lorsque les personnes intimidatrices présentent des pertes cognitives importantes.

L'intimidation envers les personnes âgées s'inscrit dans un rapport de force (ex. : par la force physique ou par la force du nombre), de pouvoir (ex. : une préposée est en situation de pouvoir sur les personnes dont elle prend soin) ou de contrôle (ex. : un résident prend le contrôle de la télécommande pour imposer son choix d'émission dans le salon collectif) entre des personnes où l'une ou plusieurs d'entre elles tentent d'avoir le dessus sur une ou plusieurs autres. A priori, le rapport entre les personnes n'est pas nécessairement inégal (ex. : deux personnes âgées en pleine possession de leurs moyens qui sont en compétition pour le poste de présidence d'un organisme peuvent être vues comme étant sur un même pied d'égalité), comme indiqué dans la définition de la Loi sur l'instruction publique. Finalement, l'intimidation envers les personnes âgées est généralement délibérée, donc faite dans l'intention de nuire à l'autre personne. Toutefois, la notion d'intention peut ne pas s'appliquer, ou du moins être difficile à apprécier, notamment dans les cas où la personne intimidatrice présente des pertes cognitives [86].

L'intimidation envers les personnes âgées peut être de nature verbale [83,84,87], physique [84,88] ou sociale/relationnelle, soit caractérisée par des comportements antisociaux [83–85,89]. Bien que cela ne soit pas documenté spécifiquement pour les personnes âgées, l'intimidation peut également être de nature matérielle (ex. : vandaliser, s'approprier le bien d'autrui) [79]. L'intimidation envers les personnes âgées peut être perpétrée au moyen des technologies de l'information et des communications (TIC), communément appelée *cyberintimidation* [90]. Pour l'heure, aucune étude ne permet d'en évaluer l'ampleur.

**Facteurs de risque**

L'intimidation peut se produire dans tous les milieux fréquentés par les personnes âgées. Cependant, les plus documentés sont les milieux de vie collectifs (d'habitation, de soins ou de services), tels les CHSLD, de même que les milieux de travail, notamment ceux où l'âgisme est prégnant [91,92]. Si plusieurs personnes peuvent avoir des comportements intimidateurs envers les personnes âgées [86], les situations les plus documentées à ce jour sont celles qui se produisent entre personnes âgées [83–85,88,89,93,94]. La présente section évoque davantage l'intimidation vécue auprès des personnes âgées dans les milieux de vie collectifs et de travail.

Comme l'indique la définition, l'intimidation prend naissance dans l'interaction entre des individus. Ainsi, une attention particulière a été accordée aux principales caractéristiques des personnes susceptibles de vivre de l'intimidation ou d'intimider. Le tableau 7 présente celles répertoriées dans la littérature.

**Tableau 7 Caractéristiques des personnes âgées à risque d'intimidation et des personnes à risque d'intimider**

Caractéristiques des personnes âgées à risque d'intimidation	Caractéristiques des personnes à risque d'intimider
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Être introvertie [93];</li> <li>▪ Faire partie d'une minorité visible [93];</li> <li>▪ Avoir des pertes physiques [84];</li> <li>▪ Présenter certains traits de personnalité passive (ex. : timide, difficulté à se défendre par elle-même, silencieuse, soumise, dépendante) [84];</li> <li>▪ Présenter certains traits de personnalité proactive (ex. : être dérangeante) [93];</li> <li>▪ Avoir des pertes cognitives [11,84,94].</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avoir une faible estime d'elle-même [93];</li> <li>▪ Avoir un ou plusieurs traits de personnalité parmi les suivants : Se positionner au-dessus des autres (<i>entitled</i>); Être contrôlant; Rechercher l'attention [84]; Éprouver un besoin de se retrouver dans une position de force ou de pouvoir sur autrui, profitant du fait que la personne intimidée se sente menacée pour en retirer des bénéfices [93];</li> <li>▪ Avoir des pertes cognitives [84,93,95];</li> <li>▪ Avoir des aptitudes cognitives suffisantes pour commettre des comportements intimidants [95].</li> </ul>

La lecture du tableau 7 permet de constater qu'avoir des pertes cognitives est une caractéristique commune aux personnes à risque d'intimidation et aux personnes à risque d'intimider. Cependant, cette caractéristique identifiée auprès des personnes à risque d'intimider ne semble pas faire consensus dans la littérature. En effet, si certaines études rapportent que les gestes d'intimidation sont souvent commis par des personnes âgées ayant des pertes cognitives, d'autres rapportent que pour commettre des comportements intimidants de façon intentionnelle, la personne intimidatrice doit avoir les aptitudes cognitives suffisantes pour être consciente de son geste [95].

L'intimidation envers les personnes âgées peut dépasser le cadre de la relation dyadique intimidateur-intimidé [86]. De fait, elle peut se produire entre groupes de personnes [85] et elle peut être faite en présence de témoins [83]. Un élément central est que l'intimidation s'inscrit nécessairement dans un contexte où des aspects sociaux (ex. : la couverture médiatique [93]), politiques (ex. : la mise en place du Plan d'action pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018) et culturels (ex. : l'âgisme [91]) peuvent influencer à la fois l'incidence, la reconnaissance, mais également les actions menées pour la prévenir et la contrer.

### Conséquences

L'intimidation vécue par les personnes âgées peut entraîner des conséquences psychologiques, physiques et sociales. Le tableau 8 en présente quelques exemples.

**Tableau 8**      **Conséquences de l'intimidation sur les personnes âgées intimidées**

Conséquences	Exemples
<b>Psychologiques</b> (Bonifas, 2011, cité par Bonifas [85]; Bonifas et Frankel, 2012, cités par Bonifas [85]; [83,96])	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Colère;</li> <li>■ Anxiété;</li> <li>■ Crainte;</li> <li>■ Diminution de l'estime de soi;</li> <li>■ Tristesse, symptômes dépressifs;</li> <li>■ Idéations suicidaires;</li> <li>■ Etc.</li> </ul>
<b>Physiques</b> (Bonifas et Frankel, 2012, cités par Bonifas [85]; [83,96,97])	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Troubles du sommeil;</li> <li>■ Divers maux physiques;</li> <li>■ Pertes de capacités fonctionnelles;</li> <li>■ Etc.</li> </ul>
<b>Sociales</b> (Bonifas, 2011, cité par Bonifas [85])	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ S'isoler;</li> <li>■ Se venger;</li> <li>■ Etc.</li> </ul>

L'intimidation vécue même à un jeune âge peut avoir des conséquences à long terme, puisque les personnes âgées ayant ce parcours de vie ont plus fréquemment des idées suicidaires tout au long de leur vie que celles qui n'ont pas été intimidées [98].

S'inscrivant dans un contexte social et interactionnel, les situations d'intimidation affectent également les personnes qui en sont témoins [83], en plus d'avoir des répercussions sur l'environnement de façon générale [85]. Voici quelques exemples tirés des milieux de vie collectifs, tels les CHSLD : sentiment de peur ou d'insécurité qui émergent chez plusieurs autres résidents; diminution de la participation aux activités sociales; faible sentiment de satisfaction envers le milieu de vie ou de travail; diminution de l'engagement et du sentiment de loyauté envers l'établissement; augmentation du roulement du personnel; accroissement des situations d'intimidation (Frankel, 2014, cité par Bonifas [85]).

### Prévention

À notre connaissance, aucun programme et aucune activité de prévention ou d'intervention n'ont été validés et documentés, et ce, tant au Québec qu'à l'international. Au Québec, depuis 2015, le Plan d'action gouvernemental pour prévenir et contrer l'intimidation a financé des dizaines de projets dont plusieurs visaient à contrer l'intimidation chez les personnes âgées\*. Les programmes de prévention ou d'intervention les plus diffusés sont des activités de sensibilisation qui visent notamment à informer la population et à proposer des pistes d'action, particulièrement en milieux de vie collectifs.

\* Lien vers le programme de soutien financier *Ensemble contre l'intimidation* du ministère de la Famille du Québec : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/intimidation/programme-de-soutien-financier/Pages/index.aspx>



À l'international, un nombre croissant de pistes de prévention et d'intervention sont documentées. À titre d'exemple, en CHSLD, l'accent est mis sur l'importance de :

- Évaluer les situations d'intimidation présentes dans le milieu;
- Former le personnel et les résidents à repérer les situations d'intimidation;
- Favoriser le renforcement des interactions positives entre les résidents dans le milieu;
- Engager l'ensemble des acteurs dans la mise en place d'activités positives afin de créer un environnement empreint d'empathie [99].

Si certains programmes s'adressent plus spécifiquement aux personnes âgées, tel le Senior Culture Program [100], il importe de mentionner que l'intimidation peut s'inscrire dans une culture organisationnelle et que des mesures, s'adressant directement aux cadres et aux membres du personnel, doivent être prises à cet égard [101]. Ainsi, tout programme d'intervention en matière de lutte contre l'intimidation dans un milieu de vie collectif devrait comporter un volet spécifique pour chacun des trois principaux acteurs suivant : la personne âgée intimidée, la personne intimidatrice et l'organisation dans sa globalité [102].

### **Clarification conceptuelle entre la maltraitance et l'intimidation**

#### *Similitudes*

La lecture simultanée du présent encadré sur l'intimidation et des sections sur la définition, les facteurs de risque et les conséquences de la maltraitance permettent de rendre compte des nombreuses similarités entre la maltraitance et l'intimidation. Une étude spécifique sur le sujet a d'ailleurs permis de mettre en lumière les similitudes de ces problèmes sociaux précisément à l'égard des éléments suivants [86,103] :

- Contextes personnel, familial, social, politique et culturel;
- Facteurs de risque et de vulnérabilité;
- Milieux où cela se produit;
- Interaction (deux personnes ou plus);
- Violence ou négligence;
- Gestes singuliers ou répétitifs;
- Conséquences;
- Cyberspace.

Ce faisant, les outils, les programmes et les mesures de prévention et d'intervention en place pour contrer la maltraitance ou l'intimidation peuvent avoir des effets sur les deux problèmes de façon simultanée. Pensons notamment aux mécanismes de plaintes, aux comités des usagers, à la Ligne Aide Abus Aînés et aux campagnes de sensibilisation [103,104]. Miser sur la prévention et la lutte contre l'âgisme est également un bon moyen pour agir sur les deux problèmes. De fait, il est reconnu que l'âgisme est lié à la fois à la maltraitance [38,105] et à l'intimidation [91].

#### *Distinctions*

Néanmoins, la maltraitance et l'intimidation ont leurs propres particularités, telles que présentées dans le tableau 9. Leurs éléments distinctifs s'avèrent essentiels à la lecture d'une situation puisqu'ils permettent d'établir s'il s'agit d'une situation de maltraitance ou d'intimidation.

**Tableau 9 Éléments propres ou essentiels à la maltraitance et à l'intimidation**

Maltraitance	Intimidation
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La relation entre les personnes est basée sur de la confiance (ex. : famille, amis, voisins, dispensateurs de services);</li> <li>■ La maltraitance peut être intentionnelle ou non intentionnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La relation entre les personnes peut être basée sur de la confiance ou non (personnes inconnues);</li> <li>■ L'intimidation est généralement intentionnelle;</li> <li>■ L'intimidation peut être le fait de gestes directs (ex. : pousser) ou indirects (ex. : répandre des rumeurs);</li> <li>■ L'intimidation se produit dans un rapport de force, de pouvoir ou de contrôle.</li> </ul>

En somme, si la maltraitance et l'intimidation sont des problèmes qui peuvent survenir de façon distincte, ils ne sont pas mutuellement exclusifs [85]. De fait, une même situation peut être considérée à la fois comme de la maltraitance et de l'intimidation, notamment lorsqu'elle se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance [86]. À titre d'exemple, un fils qui menace de ne plus visiter sa mère afin qu'elle consente à lui prêter de l'argent constitue à la fois une situation d'intimidation et de maltraitance. En effet, le fils maltraite psychologiquement et financièrement sa mère, et ce, en commettant un geste d'intimidation, soit la menace.

## Prévention

Plusieurs États se sont donné une vision structurée de la lutte contre la maltraitance, dont le Québec avec son PAM-1 (2010) et son PAM-2 (2017). Les deux versions de ce plan d’action couvrent trois phases de l’intervention : la prévention primaire, la recherche de cas (aussi appelé repérage ou détection), et les interventions ponctuelles ou de suivi auprès des personnes âgées maltraitées ou, plus rarement, auprès des personnes maltraitantes ou des organisations maltraitantes. Étant donné le peu de pratiques ayant fait l’objet d’une évaluation d’implantation ou d’effets, cette section s’appuie majoritairement sur des descriptions de pratiques; les quelques éléments validés sont clairement indiqués. Le texte traite essentiellement de prévention primaire, et plus spécifiquement de quelques-uns de ses principes directeurs, et présente un bref inventaire de programmes et d’outils – particulièrement ceux du Québec –, et des recommandations de bonnes pratiques tirées de la littérature scientifique. Étant donné la quantité de pratiques tant au Québec qu’à travers le monde, cet inventaire ne peut être exhaustif. Lorsque disponibles, les informations spécifiques aux personnes âgées vivant à domicile ou dans des milieux de soins et d’hébergement sont exposées.

Le tableau 10 illustre que la pratique peut couvrir quatre cibles distinctes : les personnes, les relations entre les personnes, la communauté et la société dans son ensemble. À notre connaissance, tous les exemples rapportés dans ce tableau, à l’exception des programmes psychologiques ciblant les personnes qui maltraitent, sont des pratiques courantes au Québec. Par contre, le dépistage et la recherche de cas ne sont pas systématiques, et l’hébergement d’urgence n’est pas accessible dans toutes les régions.

**Tableau 10 Aperçu des interventions et de leur efficacité pour prévenir ou réduire la maltraitance envers les personnes âgées**

Axe de prévention	Individuel	Relationnel	Communautaire	Sociétal
<b>Promotion d’attitudes positives envers les aînés et sensibilisation au phénomène</b>		Programmes scolaires intergénérationnels	Formation et sensibilisation des professionnels	Campagne de sensibilisation du grand public
<b>Réduction des situations à risque tant pour l’aîné que pour son entourage</b>	Campagne d’éducation destinée aux aînés	Programmes de formation destinés aux aidants rémunérés  Programmes de soutien pour les proches aidants	Encourager les attitudes positives des personnes qui travaillent auprès d’aînés	Programmes pour réduire les mesures de contention
<b>Détection et suivi précoce et adéquat des situations de maltraitance</b>	Soutien légal, psychologique et social pour aînés maltraités	Programmes psychologiques ciblant les personnes qui maltraitent	Dépistage et recherche de cas  Ligne d’écoute  Hébergement d’urgence	Services de protection des adultes  Signalement obligatoire

Source : Inspiré du rapport *Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne* [106].

## Orientation

Comme indiqué au tableau 10, la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées comprend à la fois des actions visant la « réduction des situations à risque tant pour l’aîné que pour son entourage » ainsi que la « promotion d’attitudes positives envers les personnes âgées et la sensibilisation au phénomène ». Elle comprend notamment des actions ayant comme objectifs d’informer et d’éduquer la population générale [107] sur les facteurs de risque de la maltraitance, mais aussi sur les bonnes pratiques pour diminuer le risque qu’une telle situation puisse s’installer.

## Exemples de programmes et d'outils

La prévention de la maltraitance passe d'abord par la transmission de l'information à l'aide de campagnes publicitaires ou d'information publique [108,109]. Ce type d'action vise l'ensemble de la population dans l'objectif de provoquer un changement tant individuel, relationnel, professionnel que sociétal. Ces campagnes utilisent diverses stratégies pour permettre aux gens de poser un regard critique sur les interactions pouvant avoir un impact négatif sur la personne âgée. Elles doivent dépasser la simple sensibilisation [109] pour altérer les perceptions âgistes. Depuis 2010, avec l'implantation du PAM-1, le Québec a mené quatre campagnes de sensibilisation à l'intention du grand public. Selon les campagnes, diverses stratégies furent utilisées : publicité à la télévision, à la radio ou sur le Web, production d'affiches ou de dépliants, etc. Alors que les deux premières campagnes ont misé sur l'explication de ce qu'est la maltraitance, la troisième l'a illustrée en exposant des situations claires de maltraitance. La dernière campagne, en 2017, a lié les actions visant à contrer l'intimidation et la maltraitance.

Les interventions éducationnelles permettent d'améliorer les connaissances et de modifier les attitudes des professionnels en matière de détection, de signalement et de suivi d'une situation de maltraitance [106]. Ce type d'intervention rend les professionnels actifs ou en devenir plus alertes aux signes de maltraitance, mais aussi plus habiles dans l'action à entreprendre avec l'ainé. Les interventions éducationnelles représentent l'une des 22 bonnes pratiques actuelles, identifiées dans une recension systématique de la littérature [110]. Une recension systématique des programmes éducationnels fait état de deux études de validation [33]. La première étude porte sur une présentation générale sur la maltraitance envers les personnes âgées, donnée à des infirmières auxiliaires. Leurs réactions ont été enregistrées, mais sans mesure prétest ou post-test, ni d'assignation aléatoire des participants, ni de comparaisons avec un groupe témoin (Smith, Davis, Blowers, Shenk, Jackson et Kalaw, 2010, cités par Day et collaborateurs [33]). Dans la seconde étude, des hygiénistes dentaires formés sur la maltraitance ont complété un prétest et un post-test au moyen d'un questionnaire postal, sans groupe de comparaison. Les résultats obtenus suggèrent que la formation a augmenté l'habileté des professionnels à reconnaître la maltraitance et la négligence (Harmer-Beem, 2005, cité par Day et collaborateurs [33]). Au Québec, de nombreuses interventions éducationnelles sont offertes, mais à défaut d'un relevé systématique, il est impossible d'en tracer un bilan exhaustif (nombre d'heures, format, public cible, etc.). En voici trois exemples. L'équipe de la Ligne Aide Abus Aînés a pour mandat de former des intervenants du réseau public de la santé et des services sociaux dans toutes les régions du Québec, ainsi que de former des formateurs. Des programmes universitaires de formation de futurs praticiens offrent des cours crédités de 45 heures sur la lutte contre la maltraitance (notamment les écoles de travail social des universités Laval et de Sherbrooke) ou des blocs de quelques heures intégrés dans la formation des bacheliers. Des formations ont aussi été offertes à divers acteurs, dont les membres du Regroupement provincial des comités des usagers.

La prévention passe aussi par l'usage de dispositifs divers et d'outils. Dans une visée de prévention, les rares outils de prévention ayant une composante psychométrique sont axés sur les facteurs de risque de la maltraitance. Un de ces outils validés, non spécifique à un milieu de vie, est le *Social Vulnerability Scale*, qui se centre précisément sur la vulnérabilité sociale de l'ainé dans l'objectif de détecter une situation d'exploitation financière avant sa survenue [111]. La Trousse SOS Abus [112] a recensé et mis à disposition du public un grand nombre d'outils de prévention, de dépistage, d'intervention et de formation en lien avec la problématique de la maltraitance envers les aînés. Plusieurs autres outils ont été développés depuis 2010. De l'avis de plusieurs organismes communautaires côtoyés dans divers projets de recherche, ce sont les saynètes, particulièrement celles où le public est invité à s'engager, qui sont les plus prisées.

Depuis plusieurs années, la promotion de la bientraitance a été développée en complémentarité à la lutte contre la maltraitance dans plusieurs pays francophones et hispanophones. Bien que le Québec ne faisait pas officiellement usage de ce terme avant la publication du PAM-2 en juin 2017, certaines actions déployées allaient en ce sens. L'encadré 3 expose les éléments centraux de la promotion de la bientraitance qui se centre notamment sur la promotion d'attitudes positives au regard du vieillissement [106].

## ■ Promotion de la bientraitance

La définition promue par le gouvernement du Québec se lit comme suit :

« La bientraitance vise le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité de la personne. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne aînée » [8].

Cette définition se centre sur la personne aînée alors que des définitions européennes englobent le bien-être des diverses personnes avec lesquelles elle interagit [113]. Dans son acception plus englobante, la bientraitance devient une culture du respect de la personne, à part entière, qui considère son histoire, sa dignité et sa singularité [113]. Cette culture inspire aussi des actions individuelles ainsi que des « relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service » [114]; elle engage ainsi une multitude d'acteurs. Une approche bientraitante, à elle seule, n'enraie pas la maltraitance et ne signifie pas qu'il y ait absence de maltraitance.

### Activités de prévention à domicile

En Europe, des pays mettent de l'avant des guides présentant de bonnes pratiques à domicile. En 2016, en France, le ministère des Affaires sociales et de la Santé ainsi que le secrétariat d'État chargé des personnes âgées et de l'autonomie s'associaient pour publier *Aide à domicile aux personnes âgées : le guide de bonnes pratiques*. Ce référentiel de bonnes pratiques se centre sur : 1) le libre choix de la personne aînée et la qualité de l'information délivrée; 2) le « juste prix »; 3) les conditions de travail des professionnels. En 2012, le Conseil Général de La Vienne soumettait des lignes de conduite à tenir pour chacune des prestations données aux bénéficiaires à l'aide du *Guide des bonnes pratiques pour les professionnels de l'aide à domicile*.

Les stratégies préventives permettent de diminuer le risque de maltraitance, mais aussi de prévenir toute nouvelle situation de maltraitance [115,116]. Par exemple, puisque l'épuisement et la dépression chez les aidants peuvent constituer des facteurs de risque de maltraitance, de l'aide à l'entretien ménager et à la préparation de repas, des mesures de répit, de l'éducation et des groupes de soutien peuvent notamment être mis en place. Au Québec, les organismes tels que le Regroupement des aidantes et aidants naturels (RAAN) ont comme mission de soutenir les proches aidants afin qu'ils puissent améliorer leur qualité de vie en participant à des activités et en recevant des services qui répondent à leurs besoins [117]. D'autres mesures préventives, telles que les lignes téléphoniques de soutien et de référencement pour les proches aidants, peuvent aussi permettre d'agir en prévention [110,118].

### Activités de prévention dans les milieux de soins et d'hébergement

La promotion de la bientraitance en milieu d'hébergement permet l'amélioration des pratiques et favorise une meilleure qualité de vie pour les résidents et pour les intervenants [119]. Au Québec, depuis 2003-2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux effectue des visites d'appréciation de la qualité des services offerts dans les différents CHSLD [120]. Ces visites d'appréciation, tout comme l'obtention d'une certification obligatoire en vertu de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSS) pour les milieux de vie privés, visent à assurer la qualité, donc à protéger la clientèle. Pour obtenir une certification, ces derniers doivent répondre à une série de normes [121,122]. L'adoption d'une approche centrée sur la promotion de la bientraitance dans les milieux d'hébergement constitue une action positive, en évitant de mettre l'accent sur la maltraitance, pour examiner les « conditions d'une prise en charge réussie » [123].

Avec l'avènement de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité [124], sanctionnée en mai 2017, tout établissement du réseau de la santé et des services sociaux doit se doter d'une politique de lutte contre la maltraitance comprenant des activités de prévention. L'implantation de cette loi laisse ainsi présager des changements de pratiques imminents. Le tableau 11 présente les bonnes pratiques recensées dans la littérature.

**Tableau 11 Bonnes pratiques en milieu de soins et d'hébergement recensées**

Pratiques	Buts/objectifs	Informations supplémentaires
<b>MobiQual (France)</b>	« Vise à améliorer la qualité des pratiques professionnelles – qualité de soins et du “prendre soin” – au bénéfice des personnes âgées et handicapées » [125].	S'adresse aux professionnels travaillant dans les CHSLD [125].
<b>Valeurs essentielles pour les services de soins de longue durée (Suède)</b>	« Les soins doivent viser avant tout la dignité et le bien-être des personnes âgées » [125].	Il s'agit d'une législation qui implique que les municipalités doivent développer une garantie que les soins visent la dignité. Cette garantie est contrôlée par les autorités publiques [125].

## ■ Stratégies permettant de promouvoir une culture de bientraitance dans les milieux d'hébergement

- Définir un projet d'établissement et une démarche de qualité;
- Identifier des figures de proue en lien avec la promotion de la bientraitance;
- Améliorer la communication à l'interne et à l'externe;
- Prévoir un plan de développement des compétences, toujours en lien avec la bientraitance, et une politique de mobilité du personnel;
- Mettre en place un système de reconnaissance des gestes de bientraitance, avec un système d'évaluation;
- Former et encadrer les pratiques du personnel soignant;
- Consolider et mettre à jour les acquis;
- Revoir l'organisation du travail ainsi que les rigidités nuisibles à la promotion de la bientraitance;
- Penser à s'engager et à se consulter par des groupes de discussion;
- Faire des jeux de rôles et des simulations d'intervention auprès des patients;
- Assurer une supervision clinique.

Source : Comment prévenir une crise? Les leçons tirées des plaintes de maltraitance au Centre de soins de longue durée Saint-Charles-Borromée [123].

En 2012 paraissait le Cadre européen de Qualité pour les services de soins et d'accompagnement aux personnes âgées [125], qui met de l'avant une série de **principes de qualité de services** ainsi qu'une série de **domaines d'action de qualité**.

**Principes de qualité de services** : respecter les droits de la personne, les libertés fondamentales ainsi que la dignité humaine, être centré sur la personne, prévenir la perte d'autonomie et réadapter, être disponible, être facilement accessible, être financièrement abordable, être complet, être continu, être fondé sur les résultats et les preuves, être transparent, être attentif au genre et à la culture.

**Domaines d'action de qualité** : prévenir et lutter contre la maltraitance et la négligence envers les personnes âgées, impliquer les personnes âgées et soutenir leur participation, garantir des conditions et un environnement de travail de qualité et investir dans le capital humain, développer une infrastructure adaptée, développer une démarche en partenariat, développer une bonne gouvernance, développer une communication et une sensibilisation adéquates.

Source : Cadre européen de Qualité pour les services de soins et d'accompagnement aux personnes âgées. Principes et lignes directrices pour le bien-être et la dignité des personnes âgées [125]

## Recommandations de bonnes pratiques

Les recommandations de bonnes pratiques de prévention primaire décrites dans la littérature peuvent se résumer ainsi :

- Améliorer la formation initiale des professionnels appelés à travailler auprès de la clientèle âgée [126,127];
- Offrir de la formation continue spécifique sur la maltraitance envers les personnes âgées [128];
- Encourager les professionnels de la santé à utiliser des médias sociaux, des ressources en ligne et des services publics pour envoyer des messages visant à combattre l'âgisme, ainsi qu'à conscientiser le public sur le sujet de la maltraitance envers les personnes âgées et les conséquences associées [129];
- S'assurer que les adultes plus âgés et que les enfants adultes soient mieux préparés à prendre soin de leurs parents vieillissants, et ce, par le biais de sensibilisation, d'éducation et de formations pour les aidants [129];
- Prioriser la recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, sous toutes ses formes [129];
- Améliorer les connaissances sur le sujet de la maltraitance envers les personnes âgées [106].

## Références

- [1] Stannard C. I. « Old folks and dirty work: The Social Conditions for Patient Abuse in a Nursing Home ». *Soc. Probl.* 1973. Vol. 20, n°2, p. 329–342.
- [2] Organisation des Nations unies. *Rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement*. 2002.
- [3] Bélanger L. *Rapport du comité violence et personnes âgées*. Association québécoise de gérontologie, 1981.
- [4] Grandmaison A. *Protection des personnes âgées. Étude exploratoire de la violence à l'égard de la clientèle des personnes âgées du CSSMM*. Montréal : Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, 1988.
- [5] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Viellir...en toute liberté. Rapport du comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989.
- [6] Gouvernement du Québec. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. 2010.
- [7] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Évaluation de l'implantation du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016.
- [8] Gouvernement du Québec. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec, 2017. Disponible sur : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf>
- [9] World Health Organization. *The Toronto Declaration on Global Prevention of Elder Abuse*. Geneva : World Health Organization, 2002.
- [10] Cortez N. *Elder Abuse and Neglect in Long Term Care Facilities: A Literature Review*. Montréal : CSSS Cavendish, 2013.
- [11] Schiamburg L. B. et collab. « Physical abuse of older adults in nursing homes: a random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home ». *J. Elder Abuse Negl.* 2012. Vol. 24, n°1, p. 65–83.
- [12] Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et collab. *Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées*. [En ligne]. Gouvernement du Québec, 2016. Disponible sur : <http://maltraitancedesaines.com/fr/terminologie>
- [13] Gouvernement du Québec. *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, 2e édition*. 2016.
- [14] Day M. R., Leahy-Warren P., McCarthy G. « Perceptions and views of self-neglect: a client-centered perspective ». *J. Elder Abuse Negl.* [En ligne]. 2013. Vol. 25, n°1, p. 76–94. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/08946566.2012.712864>
- [15] Dong X. « Elder self-neglect: research and practice ». *Clin. Interv. Aging.* 2017. Vol. 12, p. 949–954.
- [16] Dong X. et collab. « Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing ». *Gerontology.* 2011. Vol. 57, n°6, p. 549–558.
- [17] Dong X., Xu Y., Ding D. « Elder self-neglect and suicidal ideation in an U.S. Chinese aging population: findings from the PINE study ». *J. Gerontol. Med. Sci.* 2017. Vol. 72, n°1, p. 76–81.
- [18] Lauder W. et collab. « Developing self-neglect theory: analysis of related and atypical cases of people identified as self-neglecting ». *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2009. Vol. 16, p. 447–454.
- [19] Zhao Y. et collab. « Associations of self-neglect with quality of life in older people in rural China: a cross-sectional study ». *Int. Psychogeriatr.* 2017. Vol. 29, n°6, p. 1015–1026.
- [20] Neesham-Grenon F. *L'intervention en travail social dans les situations d'autonégligence chez les personnes âgées (Mémoire de maîtrise)*. Sherbrooke : Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, 2012.
- [21] Calvé J. *Bonifier la pratique psychosociale en contexte de maltraitance des personnes âgées par la création et l'utilisation de guides de pratique (Essai de maîtrise)*. Sherbrooke : Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, 2016.
- [22] Doron I., Band-Winterstein T., Naim S. « The meaning of elder self-neglect: social workers' perspective ». *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2013. Vol. 77, n°1, p. 17–36.
- [23] Daly J. M. *Elder Abuse Prevention-Revised*. Iowa City, : University of Iowa College of Nursing, 2010.
- [24] Calvé J., Beaulieu M. *L'intervention en contexte d'autonégligence. Guide de pratique, Édition octobre 2016*. [En ligne]. Sherbrooke : Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, 2016. Disponible sur : [http://www.maltraitancedesaines.com/images/Guide\\_auton%C3%A9gligence\\_franco\\_final.pdf](http://www.maltraitancedesaines.com/images/Guide_auton%C3%A9gligence_franco_final.pdf)
- [25] Yon Y. et collab. « Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis ». *The Lancet.* 2017. Vol. 5, p. e147–e156.
- [26] Podnieks E. et collab. *National Survey on Abuse of the Elderly in Canada. The Ryerson study*. Toronto : Ryerson Polytechnical Institute, 1990.
- [27] Pottie Bunge V. « Mauvais traitements infligés aux adultes plus âgés par les membres de la famille ». In : Pottie Bunge V, Locke D (éd.). *Violence Fam. Au Can. Un Profil Stat.* Ottawa : Statistique Canada, 2000.
- [28] National Initiative for the Care of the Elderly. *The National Survey on The Mistreatment of Older Adults in Canada - Prevalence. "Into the light" tool series (prevalence)*. Toronto : National Initiative for the Care of the Elderly, 2016.
- [29] McDonald L. et collab. « Institutional abuse of older adults: What we know, what we need to know ». *J. Elder Abuse Negl.* 2012. Vol. 24, n°2, p. 138–160.



- [30] Schempp N., Brucker U., Kimmel A. *Prevention of elder abuse. Toward a framework for the monitoring of elder abuse. Final results of MILCEA*. Essen : Medical Advisory Services of Health Insurance, 2012.
- [31] Aciermo R. et collab. « Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study ». *Am. J. Public Health*. 2010. Vol. 100, n°2, p. 292-297.
- [32] Chen R., Dong X. « Risk factors of elder abuse ». In : Dong X (éd.). *Res. Pract. Policy*. Switzerland : Springer International Publishing, 2017. p. 93-106.
- [33] Day A. et collab. « An assessment of interventions that target risk factors for elder abuse ». *Health Soc. Care Community*. 2016. p. 1-10.
- [34] Garre-Olmo J. et collab. « Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older ». *J. Am. Geriatr. Soc.* 2009. Vol. 57, n°5, p. 815-822.
- [35] Jackson S. L., Hafemeister T. L. « Risk factors associated with elder abuse: the importance of differentiating by type of elder maltreatment ». *Violence Vict.* 2011. Vol. 26, n°6, p. 738-757.
- [36] National Initiative for the Care of the Elderly. *Into the light: national survey on the mistreatment of older Canadians*. [En ligne]. Toronto : National Initiative for the Care of the Elderly, 2015. Disponible sur : <https://cnpea.ca/images/canada-report-june-7-2016-pre-study-lynnmcdonald.pdf>
- [37] Bonnie R. J., Wallace R. B. (éd.). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington : The National Academies Press, 2003.
- [38] Biggs S. et collab. *Abuse and neglect of older people: secondary analysis of UK prevalence study*. London : King's College London and the National Center for Social Research, 2009.
- [39] Roberto K. A. « Complexities of elder abuse ». *Am. Psychol.* 2016. Vol. 71, n°4, p. 302-31.
- [40] Naughton C. et collab. *Abuse and Neglect of Older People in Ireland: A Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*. Dublin : National Centre for the Protection of Older People, School of Nursing, Midwifery and Health Systems, University College Dublin, 2010.
- [41] Iris M., Conrad K. J., Beach S. « Validation of elder abuse measures and items using substantiation decision as the criterion ». *The Gerontologist*. 2016. Vol. 56, n°3, p. 298.
- [42] Beaulieu M. et collab. « A-t-on besoin d'une loi de signalement obligatoire de la maltraitance envers les aînés en milieu d'hébergement au Québec? ». *Vie Vieil.* 2016. Vol. 13, n°4, p. 11-22.
- [43] Trompetter H., Scholte R., Westerhof G. « Resident-to-resident relational aggression and subjective well-being in assisted living facilities ». *Aging Ment. Health*. 2011. Vol. 15, n°1, p. 59-67.
- [44] Beaulieu M., Lebœuf R. *Synthèse exécutive du rapport Beaulieu, M., Manseau-Young, M.-E., Pelletier, C., & Spencer, C. (12 janvier 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. Soumis au Secrétariat aux aînés du Gouvernement du Québec*. 2016.
- [45] Bytyqi B. *La maltraitance envers les personnes âgées en établissement médico-social (EMS) : Identification des facteurs de risque et des moyens de prévention (Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor en science HES-SO en soins infirmiers)*. Fribourg : Haute Ecole de Santé, 2011. 122 p.
- [46] Guillot L. « Chronique d'une violence ordinaire ». *Le Sociographe*. 2013. Vol. 2, n°42, p. 97-102.
- [47] Lechevalier Hurard L. « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique ». *Sociol. Trav.* 2013. Vol. 55, p. 279-301.
- [48] Banerjee A. et collab. « Structural violence in long-term, residential care for older people: comparing Canada and Scandinavia ». *Soc. Sci. Med.* 2011. Vol. 74, n°3, p. 398.
- [49] Blondet E. *L'évaluation des pratiques professionnelles : un outil au service de la bientraitance*. Rennes : École des Hautes Études en Santé publique, 2008. 50 p.
- [50] Habjanic A. et collab. « Challenges for institutional elder care in Slovenian nursing homes ». *J. Clin. Nurs.* 2012. Vol. 21, p. 2579-2589.
- [51] Picken S., Halphen J. M., Dyer C. B. « Elder mistreatment in the long-term care setting ». *Ann. Long-Term Care Aging*. 2011. Vol. 19, n°8, p. 30-35.
- [52] Lagacé M. « Le visage changeant de l'âgisme? Réflexions critiques ». *Vie Vieil.* 2013. Vol. 11, n°1, p. 25-30.
- [53] Beaulieu M., Crevier M. « Quand l'âgisme mène à considérer toutes les personnes âgées comme étant vulnérables et sujettes à la maltraitance ». *Vie Vieil.* 2013. Vol. 11, n°1, p. 5-11.
- [54] Biggs S., Haapala I. « Elder mistreatment, ageism, and human rights ». *Elder Abuse Int. Perspect.* 2013. Vol. 25, n°8, p. 1299-1306.
- [55] Schroyen S. et collab. *Ageism and its clinical impact in oncogeriatrics: state of knowledge and therapeutic leads*. octobre 2015.
- [56] Herrera Duarte A. *La lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées hispanophones : réflexion à partir d'un programme de sensibilisation (Essai de maîtrise)*. Sherbrooke : Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, 2017.
- [57] Ploeg J., Lohfeld L., Walsh C. A. « What Is "elder abuse"? Voices from the margin: the views of underrepresented Canadian older adults ». *J. Elder Abuse Negl.* 2013. Vol. 25, n°5, p. 396-424.
- [58] Spahic-Blazevic A. *Être à la fois proche aidant d'un aîné et réfugié au Québec : Promotion de la bientraitance (Essai de maîtrise)*. Sherbrooke : Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, 2013. 158 p.

- [59] Podnieks E., Thomas C. « The consequences of elder abuse ». In : Dong X (éd.). *Elder Abuse Res. Pract. Policy*. Switzerland : Springer, 2017. p. 109–123.
- [60] Dong X., Simon M. A. « Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons ». *J. Am. Med. Assoc. Intern. Med.* 2013. Vol. 173, p. 911–917.
- [61] Rovi S. et collab. « Mapping the elder mistreatment iceberg: U.S. hospitalizations with elder abuse and neglect diagnoses ». *J. Elder Abuse Negl.* 2009. Vol. 21, p. 346–359.
- [62] Bond M. C., Butler K. H. « Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening ». *Clin. Geriatr. Med.* 2013. Vol. 29, n°1, p. 257–273.
- [63] Dong X. et collab. « Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy - A mini review ». *Gerontology*. 2013. Vol. 59, n°2, p. 132–142.
- [64] Sauvageau A., Racette S. « Fatal neglect of the elderly by a spouse: a case report ». *Med. Sci. Law.* 2006. Vol. 46, n°2, p. 173–176.
- [65] Schofield M. J., Powers J. R., Loxton D. « Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: A 12-year prospective investigation ». *J. Am. Geriatr. Soc.* 2013. Vol. 61, n°5, p. 679–685.
- [66] Yunus R. M. et collab. « Mortality among elder abuse victims in rural Malaysia: A two-year population-based descriptive study ». *J. Elder Abuse Negl.* [En ligne]. Février 2017. Vol. 29, n°1, p. 59–71. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/08946566.2016.1260083>
- [67] Beaulieu M., Leboeuf R., Crête R. « La maltraitance matérielle ou financière des personnes âgées : un état des connaissances ». In : Crête R, Tchotourian I, Beaulieu M (éd.). *L'exploitation Financ. Pers. Aînées Prév. Résolution Sanction*. Montréal : Éditions Yvon Blais, 2014. p. 3–122.
- [68] McDonald L. et collab. « Resident-to-resident abuse: a scoping review ». *Can. J. Aging.* 2015. Vol. 34, n°2, p. 215–236.
- [69] Wong J., Waite L. « Elder mistreatment predicts later physical and psychological health : results from a national longitudinal study ». *J. Elder Abuse Negl.* 2017. Vol. 29, n°1, p. 15–42.
- [70] Cisler J. M. et collab. « Mistreatment and self-reported emotional symptoms: results from the national Elder Mistreatment Study ». *J. Elder Abuse Negl.* 2012. Vol. 24, n°3, p. 216–230.
- [71] Begle A. M. et collab. « Elder mistreatment and emotional symptoms among older adults in a largely rural population: The South Carolina elder mistreatment study ». *J. Interpers. Violence.* 2011. Vol. 26, p. 2321–2332.
- [72] Dong X. et collab. « Association between elder mistreatment and suicidal ideation among community-dwelling Chinese older adults in the USA ». *Gerontology*. 2015. Vol. 62, n°1, p. 71–80.
- [73] Olofsson N., Lindqvist K., Danielsson I. « Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65–84 years ». *Public Health.* 2012. Vol. 126, n°4, p. 358–364.
- [74] Wu L. et collab. « The relationship between elder mistreatment and suicidal ideation in rural older adults in China ». *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2013. Vol. 21, n°10, p. 1020–1028.
- [75] Nahmiash D., Schwartz R. « A community response to financial abuse of older adults ». *Indian J. Gerontol.* 2008. Vol. 22, n°3/4, p. 265–290.
- [76] Jackson S. L., Hafemeister T. L. *Financial abuse of elderly people vs. other forms of elder abuse: Assessing their dynamics, risk factors, and society's response*. Charlottesville : University of Virginia, National Institute of Justice, U.S. Department of Justice, 2011.
- [77] MetLife Mature Market Institute. *The metlife study of elder financial abuse: crimes of occasion, desperation and predation against america's elders*. [En ligne]. New York : MetLife Mature Market Institute, 2011. Disponible sur : <http://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2011/mmi-elder-financial-abuse.pdf>
- [78] Simard R., Leboeuf R. « Rôles et enjeux liés à l'intervention auprès des personnes âgées victimes d'exploitation financière ». In : Crête R, Tchotourian I, Beaulieu M (éd.). *L'exploitation Financ. Pers. Aînées Prév. Résolution Sanction*. Montréal : Éditions Yvon Blais, 2014. p. 477–488.
- [79] Gouvernement du Québec. *Ensemble pour contrer l'intimidation. Une responsabilité partagée. Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018*. 2015.
- [80] Gouvernement du Québec. *Ensemble contre l'intimidation. Forum sur la lutte contre l'intimidation. Québec. 2 octobre 2014. Cahier du participant*. [En ligne]. 2014. Disponible sur : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Programme-Forum-final.pdf>
- [81] Beaulieu M. « Contrer la maltraitance envers les personnes âgées au Québec. Bilan historique des politiques publiques et inventaire des principales actions ». *Risques Qual.* 2012. Vol. 9, n°4, p. 59–65.
- [82] Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées. *Rapport annuel des activités. An 7 : 1er novembre 2016 au 31 octobre 2017. Rapport inédit soumis au Secrétariat aux aînés pour validation le 31 octobre 2017*. Sherbrooke : Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, 2017.
- [83] Goodridge D. et collab. « Peer bullying in seniors' subsidised apartment communities in Saskatoon, Canada: participatory research ». *Health Soc. Care Community.* 2017. Vol. 25, n°4, p. 1439–1447.
- [84] Andresen F. J., Buchanan J. A. « Bullying in senior living facilities: perspectives of long-term care staff ». *J. Gerontol. Nurs.* 2017. Vol. 43, n°7, p. 41.
- [85] Bonifas R. P. « An introduction to bullying behaviors among older adults ». In : Bonifas RP (éd.). *Bullying Older Adults Recogn. Address Unseen Epidemic*. Maryland : Health Professions Press, 2016. p. 3–15.
- [86] Beaulieu M., Bédard M.-E., Leboeuf R. « L'intimidation envers les personnes âgées : un problème social connexe à la maltraitance? ». *Rev. Serv. Soc.* 2016. Vol. 61, n°2, p. 38–56.

- [87] Zhang Z. et collab. « Family members reports of non-staff abuse in Michigan nursing homes ». *J. Elder Abuse Negl.* 2012. Vol. 24, n°4, p. 357–369.
- [88] Bonifas R. P., Frankel M. *Senior Bullying, part 3: What is the Impact of Bullying?*. [En ligne]. *My Better Nurs. Home Resour. Create Long-Term Care Everobody Thrives*. 2012. Disponible sur : <http://www.mybetternursinghome.com/senior-bullying-part-3-what-is-the-impact-ofbullying/>
- [89] Bonifas R. P., Frankel M. *Senior Bullying, part 1: What is Bullying?*. [En ligne]. *My Better Nurs. Home Resour. Create Long-Term Care Everobody Thrives*. 2012. Disponible sur : <http://www.mybetternursinghome.com/senior-bullying-guest-post-by-robin-bonifas-phd-mswand-marsha-frankel-licsw/>
- [90] Lussier-Therrien M. *La cyberintimidation chez les personnes âgées : réflexion sur les axes d'intervention, les stratégies, les moyens d'action pour contrer le phénomène et le rôle du travailleur social (Essai de maîtrise)*. Sherbrooke : Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, 2016.
- [91] Powell M. « Ageism and abuse in the workplace: a new frontier ». *J. Gerontol. Soc. Work.* 2010. Vol. 53, n°7, p. 654–658.
- [92] Spangler D., Brandl B. « Abuse in later life: Power and control dynamics and a victim centered response ». *J. Am. Psychiatr. Nurses Assoc.* 2007. Vol. 12, n°6, p. 322–331.
- [93] Bonifas R. P., Frankel M. *Senior Bullying, part 2: Who Bullies and Who Gets Bullied?*. [En ligne]. *My Better Nurs. Home Resour. Create Long-Term Care Everobody Thrives*. 2012. Disponible sur : <http://www.mybetternursinghome.com/senior-bullying-part-2-who-bulliesand-who-gets-bullied/>
- [94] Bonifas R. P., Frankel M. *Senior Bullying, part 6: Strategies for the Targets of Bullying*. [En ligne]. *My Better Nurs. Home Resour. Create Long-Term Care Everobody Thrives*. 2012. Disponible sur : <http://www.mybetternursinghome.com/senior-bullying-part-6strategiesfor-targets-of-bullying/>
- [95] Bonifas R. P., Valderrama J. « Understanding bullying among older adults. What do we know? ». In : Bonifas RP (éd.). *Bullying Older Adults Recogn. Address Unseen Epidemic*. Maryland : Health Professions Press, 2016. p. 17–28.
- [96] Bonifas R. P., Hector O. « Senior bullying in assisted living: insights into an underrecognized phenomenon ». *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2013. Vol. 14, p. B3–B26.
- [97] Zsoldos E., Mahmood A., Ebmeier K. P. « Occupational stress, bullying and resilience in old age ». *Matur. Amst.* 2014. Vol. 78, n°2, p. 86–90.
- [98] Roeger L. et collab. « Is a history of school bullying victimization associated with adult suicidal ideation? A South Australian Population-Based Observational Study ». *J. Nerv. Ment. Dis.* 2010. Vol. 198, n°10, p. 728–733.
- [99] Feldman Barbera E. « Bullying assessment strategies and interventions ». In : Bonifas RP (éd.). *Bullying Older Adults Recogn. Address Unseen Epidemic*. Maryland : Health Professions Press, 2016. p. 93–108.
- [100] November A. « Empathy training: the different like me culture ». In : Bonifas RP (éd.). *Bullying Older Adults Recogn. Address Unseen Epidemic*. Maryland : Health Professions Press, 2016. p. 109–126.
- [101] Parker Cardinal K. « Social wellness initiatives to reduce bullying among older adults ». In : Bonifas RP (éd.). *Bullying Older Adults Recogn. Address Unseen Epidemic*. Maryland : Health Professions Press, 2016. p. 127–140.
- [102] Bonifas R. P. « A framework for anti-bullying interventions ». In : Bonifas RP (éd.). *Bullying Older Adults Recogn. Address Unseen Epidemic*. Maryland : Health Professions Press, 2016. p. 43–66.
- [103] Leboeuf R., Beaulieu M. *Understanding the Similarities and Distinctions Between Elder Abuse and Bullying in Order to Better Identify Appropriate Practice*. Octobre 2017.
- [104] Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées. *L'intimidation envers les personnes âgées. Mémoire déposé au gouvernement du Québec dans le cadre du forum sur l'intimidation*. Sherbrooke : Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, 2014.
- [105] Killick C. et collab. « Older people's conceptualization of abuse: a systematic review ». *J. Elder Abuse Negl.* 2015. Vol. 27, n°2, p. 100–120.
- [106] Laforest J. et collab. *Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2013.
- [107] Stein K. « Elder abuse prevention interventions ». In : Dong X (éd.). *Elder Abuse Res. Pract. Policy*. Switzerland : Springer International Publishing, 2017. p. 433–457.
- [108] Fraga S. et collab. « Elder abuse and socioeconomic inequalities: A multilevel study in 7 European countries ». *Prev. Med.* 2014. Vol. 61, p. 42–47.
- [109] Naughton C. et collab. « The relationship between older people's awareness of the term elder abuse and actual experiences of elder abuse ». *Int. Psychogeriatr.* 2013. Vol. 25, n°8, p. 1257–1266.
- [110] Moore C., Browne C. « Emerging innovation, best practices, and evidence-based practices in elder abuse and neglect: a review of recent developments in the field ». *J. Fam. Violence.* 2017. Vol. 32, n°4, p. 383–397.
- [111] Pinsker D., McFarland K., Stone V. « The social vulnerability scale for older adults: an exploratory and confirmatory factor analytic study ». *J. Elder Abuse Negl.* 2011. Vol. 23, n°3, p. 246–272.
- [112] Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, Réseau québécois pour contrer les abus envers les aînés. *La Trousse SOS Abus*. Montréal : Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, 2010.

- [113] Boissière-Dubourg F. *De la maltraitance à la bientraitance (2e édition)*. Paris : Éditions Lamarre, 2014.
- [114] Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Paris : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2008.
- [115] Nahmiash D., Reis M. « Most successful intervention strategies for abused older adults ». *J. Elder Abuse Negl.* 2001. Vol. 12, p. 53–70.
- [116] Reay A. M. C., Browne K. D. « The effectiveness of psychological interventions with individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents ». *J. Interpers. Violence*. 2002. Vol. 17, p. 416–431.
- [117] Regroupement des aidantes et aidants naturels. « À propos du Regroupement des aidantes et aidants naturels ». In : *Regroupement Aidantes Aidants Nat.* [En ligne]. 2017. Disponible sur : <http://www.raan.ca/a-propos/>
- [118] Pillemer K. et collab. « Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies ». *The Gerontologist*. 2016. p. 56–2.
- [119] Guerdoux E., Samacoits P. « Et si nous étions tous maltraitants? ». *Rev. Francoph. Gériatrie Gérontologie*. 2011. Vol. 18, n°179, p. 465–469.
- [120] Protecteur du citoyen. *Rapport annuel 2008-2009 : compassion, équité, impartialité, respect*. Québec : Protecteur du citoyen, 2009.
- [121] Beaulieu M., Crevier M. « Contrer la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes âgées ». *Gérontologie Société*. 2010. Vol. 133, p. 69–87.
- [122] Gouvernement du Québec. « Certification des résidences privées pour aînés ». In : *Ministère Santé Serv. Sociaux* [En ligne]. 2017. Disponible sur : [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupe/certification\\_residences\\_privees.php](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupe/certification_residences_privees.php)
- [123] Lalonde C., Roux-Dufort C. « Comment prévenir une crise? Les leçons tirées des plaintes de maltraitance au Centre de soins de longue durée Saint-Charles-Borromée ». *Gestion*. 2012. Vol. 2, n°37, p. 72–84.
- [124] Gouvernement du Québec. *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. [En ligne]. 2017. Disponible sur : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php>
- [125] WeDO, Partenariat européen pour le Bien-Être et la Dignité des personnes âgées. *Cadre européen de Qualité pour les services de soins et d'accompagnement aux personnes âgées. Principes et lignes directrices pour le bien-être et la dignité des personnes âgées*. Bruxelles : Partenariat européen pour le Bien-Être et la Dignité des personnes âgées, 2010.
- [126] Pillemer K. et collab. « Practitioners' views on elder mistreatment research priorities: recommendations from a Research-to-Practice Consensus conference ». *J. Elder Abuse Negl.* [En ligne]. Avril 2011. Vol. 23, n°2, p. 115–126. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/08946566.2011.558777>
- [127] Pillemer K. et collab. « Interventions to prevent elder mistreatment ». In : Doll LS et collab. (éd.). *Handb. Inj. Violence Prev.* Boston : Springer, 2007. p. 241–254.
- [128] Imbody B., Vandsburger E. « Elder abuse and neglect: assessment tools interventions and recommendations for effective service provision ». *Educ. Gerontol.* 2011. Vol. 37, n°7, p. 634–650.
- [129] Sullivan C. G. « Elder justice: preventing and intervening in elder mistreatment ». *Am. Acad. Nurs. Policy*. 2015. Vol. 63, n°5, p. 610–613.