

**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Ouest-  
de-l'Île-de-Montréal**

**Québec** 

**GUIDE DE RÉFLEXION, D'AUTOÉVALUATION  
ET DE RÉVISION DES POLITIQUES / PROCÉDURES  
POUR CONTRER LA MALTRAITANCE  
ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES EN CHSLD**

**Sarita Israel  
Maryse Soulières  
Cindy Starnino  
Anne Fournier  
Nathalie Cortez**

**Février 2016**



Centre de recherche et d'expertise  
en gérontologie sociale



La ligne **1-888-489-2287**  
**Aide Abus Aînés**

## **DROITS DE REPRODUCTION**

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, à condition d'en citer la source. Nous souhaitons que le document soit cité comme suit :

Israël, S., Soulières, M., Starnino, C., Fournier A. & Cortez, N. (2016). Guide de réflexion, d'autoévaluation et de révision des politiques / procédures pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD. Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du Centre affilié universitaire en gérontologie sociale du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Ligne Aide Abus Aînés. Montréal. 69 p.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2016.

ISBN : 978-2-922582-35-2

### **SARITA ISRAEL**

Coordonnatrice de la pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées

Centre affilié universitaire en gérontologie sociale du  
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

### **MARYSE SOULIÈRES**

Agente de planification, de programmation et de la recherche

Ligne Aide Abus Aînés

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

### **CINDY STARNINO**

Directrice de la Qualité et de la Mission universitaire (jusqu'en juin 2015)

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

### **ANNE FOURNIER**

Assistante de recherche

Centre affilié universitaire en gérontologie sociale du

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

### **NATHALIE CORTEZ**

Assistante de recherche (jusqu'en mai 2014)

Ligne Aide Abus Aînés

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

## REMERCIEMENTS

---

**Nous voulons souligner l'importance de l'appui que nous avons obtenu du ministère de la Santé et des Services sociaux, du Secrétariat aux aînés et de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. Nous remercions plus particulièrement :**

**NATHALIE ROSEBUSH**

Directrice générale adjointe des services aux aînés  
Ministère de la Santé et des Services sociaux.

**MARIE-JOSÉE POULIN**

Directrice, Direction du Vieillissement actif, Développement des politiques et programmes  
Secrétariat aux aînés.

**MICHÈLE ARCHAMBAULT**

Conseillère en organisation de services (jusqu' à l'abolition de l'AQESSS au 1er avril 2015)  
Direction-conseil de l'Organisation des services et de la Performance, AQESSS.

**Nous tenons aussi à remercier les personnes suivantes pour avoir effectué l'évaluation du guide (validation et mise à l'essai) :**

**MÉLANIE COUTURE**

Chercheuse d'établissement et coordonnatrice de l'UETMI  
CREGÉS, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

**MARTIN SASSEVILLE**

Assistant de recherche de l'UETMI  
CREGÉS, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Les experts, les directions et les gestionnaires ayant participé à l'évaluation du guide.

**Nous souhaitons aussi remercier les personnes suivantes pour leurs judicieux commentaires et leur soutien technique au cours de la réalisation de ce guide.**

**CLAIRE-JOANE CHRYSOSTOME**

Adjointe à la Direction de la Mission universitaire  
Centre affilié universitaire en gérontologie sociale du  
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

**MARIE-ÈVE MANSEAU-YOUNG**

Agente de planification, de programmation et de recherche  
Ligne Aide Abus Aînés, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

**GENEVIÈVE LAMY**

Coordonnatrice du transfert des connaissances  
Centre affilié universitaire en gérontologie sociale du  
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

**VIRGINIE TUBOEUF**

Adjointe administrative  
CREGÉS, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

**MILAINÉ ALARIE**

Assistante de recherche  
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

**GENEVIÈVE OUELLETTE**

Assistante de recherche  
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

**Les documents suivants furent une source d'inspiration pour nous dans le cadre de la création de ce guide.**

*Le Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (2013; version 2016 à paraître), disponible sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux.  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-830-10F.pdf>

*L'Outil d'autoévaluation des politiques et programmes de soins à domicile* (2013) développé par l'Association canadienne de soins et services à domicile.  
[http://www.homecarelens.ca/wp-content/uploads/2013/09/HomeCareLens\\_french\\_web\\_FINAL.pdf](http://www.homecarelens.ca/wp-content/uploads/2013/09/HomeCareLens_french_web_FINAL.pdf)

## AVANT-PROPOS

---

Chef de file depuis plus de 25 ans dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées, la *Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* du Centre affilié universitaire en gérontologie sociale, est née en vue de pallier les lacunes existantes en matière de stratégies et d'outils pour la prévention, l'identification et l'intervention dans les situations de maltraitance. Ce n'est qu'en 2002, avec la déclaration politique adoptée par la deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement, que la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées a été reconnue comme une priorité mondiale.

En 2010, le ministère de la Famille et des Aînés a élaboré le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015, plan qui a été prolongé pour deux années supplémentaires. La *Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* a contribué au développement et à la mise sur pied de la Ligne Aide Abus Aînés (Ligne AAA), une des mesures phares de ce plan d'action. De plus, cette pratique de pointe est impliquée dans la formation des intervenants psychosociaux de la province sur le sujet de la maltraitance envers les personnes âgées.

En vue d'outiller davantage les CHSLD, le 2 décembre 2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de la Famille ont donné le mandat officiel à la *Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* de développer une politique-type pour contrer ce phénomène en CHSLD.

Ce *Guide de réflexion, d'autoévaluation et de révision des politiques/procédures pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD* est destiné aux gestionnaires et a été développé par la *Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*, en collaboration avec la Ligne AAA. Cet outil présente l'expertise clinique et diverses données probantes issues de la programmation de recherche de la pratique de pointe sur les CHSLD et de la Ligne AAA. Le contexte organisationnel spécifique des milieux d'hébergement étant à la fois des milieux de vie, de soins et des milieux de travail, suscite des enjeux complexes en lien avec le phénomène de la maltraitance, l'offre des services de qualité ainsi que le bien-être et la sécurité des résidents. Cette complexité nécessite la démarche réflexive proposée par le guide. De plus, les outils du guide sont en conformité avec les normes d'Agrément Canada ainsi que les lois, balises et normes cliniques du réseau de la santé et des services sociaux.

Cette réflexion préparera l'établissement à adapter à leur réalité la **politique-type** qui sera proposée par le gouvernement du Québec au printemps 2016. En réalisant les étapes recommandées dans ce guide, vous serez en mesure de promouvoir et soutenir des pratiques en gestion de qualité combattant ainsi la maltraitance tout en favorisant un environnement respectueux et sécuritaire.



**Spyridoula Xenocostas**  
Directrice-adjointe de recherche  
- secteurs social et communautaire



**Barbra Gold**  
Directrice du programme *Soutien*  
à l'autonomie personnes âgées (SAPA)

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
1.1. Le guide en quelques mots .....	1
1.2. Création du guide .....	2
1.2.1 Contexte .....	2
1.2.2 Conception .....	5
1.2.3 Évaluation .....	5
<b>2. DIRECTIVES .....</b>	<b>7</b>
2.1 Avant de débiter .....	7
2.1.1 Familiarisez-vous avec les outils du guide .....	7
2.1.2 Planification du travail .....	8
2.2. Autoévaluation et révision d'une politique / de procédures .....	9
2.2.1 Questions contextuelles préalables.....	9
2.2.2 Questions des grilles d'autoévaluation .....	9
2.2.3 Réflexion thème par thème .....	10
2.3.4 Bilan de l'autoévaluation selon les thèmes 1 à 6 .....	10
2.3.5 Développement d'un plan d'action .....	11
2.3. Harmonisation des pratiques .....	11
2.4. Retombées du guide .....	12
<b>3. TERMINOLOGIE SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES .....</b>	<b>13</b>
3.1 Définition de la maltraitance envers les personnes âgées .....	13
3.2 Formes de maltraitance (manifestations) .....	13
3.3 L'intention de la personne maltraitante .....	13
3.4 Types de maltraitance (catégories) .....	14
<b>4. FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES .....</b>	<b>18</b>
4.1 Définition de facteur de risque .....	18
4.4.1 Facteurs de risque de maltraitance envers les personnes âgées vivant dans la communauté .....	18
4.4.2 Facteurs de risque de maltraitance envers les personnes âgées vivant en établissements de soins de longue durée .....	19
4.2 Rôle des facteurs de risque dans le processus d'identification de situations de maltraitance .....	20

## TABLES DES MATIÈRES

---

<b>5. DOCUMENT DE SOUTIEN À LA RÉFLEXION PAR THÈME.....</b>	<b>21</b>
Thème 1 – <i>Reconnaissance du problème</i> .....	21
Thème 2 – <i>Sensibilisation</i> .....	23
Thème 3 – <i>Identification</i> .....	23
Thème 4 – <i>Intervention</i> .....	25
Thème 5 – <i>Soutien et formation</i> .....	27
Thème 6 – <i>Diffusion et évaluation</i> .....	28
Thème 7 – <i>Harmonisation des pratiques</i> .....	29
<b>6. GRILLES D'AUTOÉVALUATION D'UNE POLITIQUE/DE PROCÉDURES POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES EN CHSLD.....</b>	<b>31</b>
Questions contextuelles préalables .....	31
Thème 1 – <i>Reconnaissance du problème</i> .....	32
Thème 2 – <i>Sensibilisation</i> .....	35
Thème 3 – <i>Identification</i> .....	38
Thème 4 – <i>Intervention</i> .....	41
Thème 5 – <i>Soutien et formation</i> .....	44
Thème 6 – <i>Diffusion et évaluation</i> .....	46
<b>7. OUTILS SYNTHÈSES DE L'AUTOÉVALUATION .....</b>	<b>48</b>
Bilan de l'autoévaluation selon les thèmes 1 à 6 .....	48
Développement d'un plan d'action .....	51
<b>8. OUTILS VISANT L'HARMONISATION DES PRATIQUES.....</b>	<b>52</b>
Inventaire non exhaustif de politiques et mécanismes connexes pouvant être harmonisés .....	52
Questionnaire à l'intention des responsables des politiques et mécanismes connexes identifiés pour l'harmonisation des pratiques .....	59
<b>9. RÉFÉRENCES .....</b>	<b>63</b>

### **ANNEXE 1 : TERMINOLOGIE SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES (TABLEAU SYNTHÈSE)**



## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

---

<b>AQESSS</b>	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
<b>CAU</b>	Centre affilié universitaire
<b>CDPDJ</b>	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>CREGÉS</b>	Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale
<b>CSSS</b>	Centre de santé et de services sociaux
<b>LAAA</b>	Ligne Aide Abus Aînés
<b>MFA</b>	Ministère de la Famille (et des Aînés)
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé

## NOTES AFIN DE FACILITER LA LECTURE DU DOCUMENT

---

- Dans le présent document, le genre masculin est utilisé au sens neutre et désigne les femmes autant que les hommes.
- L'expression « **personne amenée à côtoyer un résident en CHSLD** » réfère aux personnes suivantes :
  - employés, gestionnaires, résidents, familles, proches, visiteurs, membres du conseil d'administration, médecins, stagiaires, professeurs, bénévoles, chercheurs, représentants syndicaux, employés contractuels, employés d'agence ou toute personne qui y exerce une fonction ou une profession, ressources liées par contrat à l'établissement, les responsables de ressources non institutionnelles (intermédiaires ou de type familial) et leurs employés.*

## 1.1 > LE GUIDE EN QUELQUES MOTS

Au cours des dernières années, un important travail de sensibilisation a été effectué auprès du grand public. La maltraitance envers les personnes âgées est désormais un problème connu. Les professionnels du milieu de la santé et des services sociaux ont, quant à eux, reçu plusieurs heures de formation sur la question. Bien qu'il reste encore beaucoup d'efforts à déployer en ce qui a trait à la sensibilisation et à la formation, il importe aussi de développer une charpente organisationnelle qui puisse soutenir les professionnels. Pour ce faire, il est souhaitable de s'appuyer sur des structures déjà en place, qu'il s'agisse de politiques, de procédures ou de mécanismes, il importe de les identifier, de les évaluer et de les réviser à la lumière des connaissances récentes en la matière.

*Ce guide constitue la première main tendue vers les gestionnaires et administrateurs en termes de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées, spécifiquement adaptée au contexte des CHSLD.*

### CE GUIDE D'AIDE À LA DÉCISION EST INDIQUÉ POUR :

- Amorcer une réflexion sur la maltraitance envers les résidents en CHSLD ;
- Sensibiliser toute personne amenée à côtoyer un résident en CHSLD ;
- Évaluer et réviser une politique existante permettant d'encadrer la gestion de la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD ;
- Évaluer des procédures existantes en vue de développer une politique permettant d'encadrer la gestion de la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD ;
- Identifier des politiques et mécanismes connexes existants en vue de leur harmonisation avec une politique et/ou des procédures pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD ;
- Concevoir un plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD dans un contexte de soins et de services intégrés.

Pour tirer le meilleur parti de la démarche que nous vous proposons, il est impératif de créer des ponts entre les différentes structures de votre établissement, de même qu'avec différents acteurs à l'externe. Nous recommandons que l'exercice de réflexion, d'autoévaluation et de révision soit fait en équipe. En matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées, un travail effectué en collaboration est toujours à privilégier compte tenu des différentes expertises à conjuguer.

## INTRODUCTION

---

Parler de maltraitance ouvertement constitue le premier pas vers une intervention adéquate. Il ne s'agit pas de se lancer dans une « chasse aux sorcières » ; l'objectif de cette démarche, tout comme celui des interventions en maltraitance, est de minimiser les risques envers les résidents en favorisant l'amélioration continue des pratiques.

Ce guide se veut un **outil de réflexion** et non un guide d'intervention. À ce titre, nous proposons de vous référer au *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (MSSS, 2016) qui traite du problème dans sa globalité.

*Les intervenants qui font face à une situation potentielle ou constatée de maltraitance sont invités à contacter la **Ligne Aide Abus Aînés au 1-888-489-ABUS (2287)** pour obtenir une consultation professionnelle téléphonique gratuitement et en toute confidentialité.*

## 1.2 > CRÉATION DU GUIDE

### 1.2.1 CONTEXTE

#### LA LUTTE À LA MALTRAITANCE AU QUÉBEC

Il y a déjà plus d'une vingtaine d'années que divers acteurs québécois ont commencé à se pencher sur la question de la maltraitance envers les personnes âgées. De nombreuses études ont déjà documenté ce problème en décrivant notamment les facteurs de risque, les types de maltraitance, les conséquences et les défis de l'intervention face à une situation de maltraitance, particulièrement lorsqu'elle se déroule au sein d'une relation familiale ou qu'elle implique un proche aidant. Au Québec, les publications et les programmes officiels témoignent de ces préoccupations, tel que le rapport sur *L'exploitation des personnes âgées* de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ, 2001).

#### INITIATIVES MINISTÉRIELLES

Les instances ministérielles ont contribué au débat en adoptant diverses orientations. Mentionnons celles sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (MSSS, 2002). Plus récemment, le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015 a permis la mobilisation de sept ministères et d'un nombre important d'organismes incluant la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, le Curateur public et l'Office des personnes handicapées du Québec. L'un des principaux constats ayant mené à l'élaboration de ce plan d'action est que les établissements, les institutions, les équipes de professionnels et les acteurs de tout acabit se trouvent souvent démunis lorsque confrontés aux situations concrètes de maltraitance.

### **CONTRIBUTIONS DU CAU EN GÉRONTOLOGIE SOCIALE DU CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL**

La *Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* du CAU a fortement contribué, depuis sa création à fin des années 1980, à la reconnaissance du problème de la maltraitance. Ses travaux ont permis de développer et de perfectionner les pratiques pour la prévention, l'identification et l'intervention en matière de maltraitance.

### **PROBLÈME DE LA MALTRAITANCE EN CHSLD**

Toutefois, au cours des dernières années, une facette particulière de ce problème a pris de plus en plus d'importance : la maltraitance dans les milieux d'hébergement. Cette préoccupation nouvelle a donné lieu à la publication des orientations ministérielles sur l'approche de milieu de vie en CHSLD (MSSS, 2003); l'implantation des visites ministérielles d'autoévaluation de la qualité des milieux d'hébergement; et les recommandations répétées du Protecteur du citoyen concernant un meilleur encadrement des pratiques en hébergement (2014). Pour ajouter à cela, les statistiques les plus récentes de la Ligne Aide Abus Aînés sont frappantes : alors qu'on estime qu'environ 11% (MFA, 2010) des personnes âgées québécoises demeurent dans des milieux d'hébergement (secteurs privé et public confondus), 28% des appels traités à la Ligne Aide Abus Aînés portent sur des situations présumées de maltraitance en hébergement (Charpentier & Soulières, 2012). Ces statistiques sont toujours actuelles selon les données administratives de 2015.

Les fusions ayant donné lieu à la création des CSSS et maintenant des CISSS et CIUSSS, ont permis l'intégration des CHSLD aux établissements. Cette situation, en plus des préoccupations sociétales actuelles en matière de maltraitance, ont amené l'équipe de la *Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* du CAU à se pencher sur le problème de la maltraitance dans les milieux d'hébergement alors qu'elle s'était jusqu'alors davantage concentrée sur les personnes âgées vivant dans la communauté. Une réflexion sur le continuum de services et les trajectoires de soins entre les installations fut amorcée et l'équipe de la pratique de pointe s'est dotée d'une programmation de recherche entièrement dédiée à la maltraitance dans les milieux d'hébergement. Dans le cadre de cette programmation, différents projets furent entrepris, parmi lesquels la création d'un plan d'action pour une meilleure gestion (prévention et intervention) des cas de maltraitance envers les personnes âgées adaptée au contexte des CHSLD de notre territoire.

Une recension des écrits a été effectuée en 2013<sup>1</sup>, afin d'obtenir un état des lieux de la recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée. Certains constats furent tirés de cet exercice :

- La maltraitance dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée non seulement existe, mais elle fait partie des expériences quotidiennes de plusieurs résidents (Castle,

---

<sup>1</sup> Voir la liste de références p. 63.

2012; Schiarnberg et al., 2012; Georgen, 2004; Georgen, 2001; Pillemer et Moore, 1989; Rosen, Pillemer et Lachs, 2007; Lachs et al., 2007; Rosen et al., 2008; et Zhang et al. 2012).

- L'environnement et la réalité des milieux d'hébergement et de soins de longue durée ajoutent à la complexité de la lutte contre la maltraitance (Schiarnberg et al., 2012; Ben Natan, Lowenstein et Eisikovits, 2010; Zhang et al., 2010; Buzgova et Ivanova, 2009; Georgen, 2004; Daloz et al., 2005; Post et al., 2010; Mass, 2008; Lagacé, 2012; Charpentier et Soulières, 2007, Pillemer et al., 2011; Rosen, Pillemer et Lachs, 2007; et Rosen et al., 2008) :
  - milieux de vie et de soins collectifs (impact sur la confidentialité, l'intimité et la vie privée, etc.) ;
  - vulnérabilité accrue des résidents (pertes d'autonomie importantes, âge avancé, situation financière précaire, présence de pertes cognitives et comportements perturbateurs, etc.) ;
  - prestation de soins avec des ressources réduites (horaires de soins plus ou moins rigides, ratios personnel/résidents insuffisants, etc.) ;
  - relation de pouvoir entre les différents intervenants et avec les résidents ;
  - etc.
  
- La maltraitance se manifeste de différentes manières et les façons de catégoriser le problème varient. Pour mieux contrer ce phénomène, il faut comprendre la maltraitance dans son sens large (Payne et Strasser, 2012; et Georgen, 2001), c'est-à-dire en incluant notamment, la négligence (absence d'action appropriée) et la maltraitance non intentionnelle (la personne maltraitante n'est pas mal intentionnée, elle manque plutôt de connaissances ou de temps). De nombreuses situations de maltraitance en CHSLD sont non intentionnelles, mais elles doivent être traitées avec tout autant de sérieux.
  
- Tous ces constats confirment que le problème de la maltraitance se pose dans toute sa complexité pour les CHSLD. Dans ce contexte, les politiques générales de « tolérance zéro » concernant la violence ne suffisent pas toujours pour fournir une base de référence solide pour les équipes de travail. Cela supporte l'idée qu'un encadrement particulier est nécessaire, d'où l'importance d'une démarche d'autoévaluation et de révision des politiques et/ou des procédures en place dans les établissements.

### 1.2.2 CONCEPTION

Les constats stipulés précédemment ont permis d'identifier sept thèmes essentiels à la gestion de la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD.

#### CE GUIDE A ÉTÉ DÉVELOPPÉ AUTOUR DE CES SEPT THÈMES :

1. Reconnaissance du problème
2. Sensibilisation
3. Identification
4. Intervention
5. Soutien et formation
6. Diffusion et évaluation
7. Harmonisation des pratiques

### 1.2.3 ÉVALUATION

Une version préliminaire du guide a été créée en février 2015 et soumise à un processus d'évaluation réalisé sous la gouverne de l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI) de notre établissement pour en assurer la rigueur, l'acceptabilité et l'applicabilité. Consultez le rapport complet de validation et de mise à l'essai (Couture, Sasseville et Israel, 2015).

<http://www.creges.ca/wp-content/uploads/2016/02/Rapport-%C3%89valuation-du-guide-dauto%C3%A9valuation-Final-31-08-2015.pdf>

#### LE PROCESSUS D'ÉVALUATION A ÉTÉ EFFECTUÉ À DEUX NIVEAUX :

- validation du contenu par des experts en maltraitance ou en révision de politiques et mécanismes;
- mise à l'essai par des gestionnaires issus de 11 établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui ont une politique relative à la maltraitance, représentant plus de 50 CHSLD répartis sur sept régions administratives du Québec.

#### LE PROCESSUS D'ÉVALUATION A PERMIS DE DÉMONTRER :

- la pertinence des sept thèmes;
- la facilité d'utilisation du guide;
- l'efficacité du guide pour effectuer l'autoévaluation et la révision d'une politique traitant de maltraitance;
- Qui-plus-est, il a été démontré que le guide permet d'aller au-delà de la réflexion et d'engendrer un véritable passage à l'action chez les gestionnaires.

### DES SUGGESTIONS POUR L'AMÉLIORATION DU GUIDE ONT ÉTÉ TIRÉES DU PROCESSUS D'ÉVALUATION :

#### 1. Renforcer l'importance d'effectuer la démarche en équipe

- Les directives insistent désormais sur la nécessité de mettre sur pied une équipe de travail et de désigner un porteur de dossier, afin de faciliter la mobilisation des acteurs impliqués, la concertation entre les différents services, ainsi que l'implantation des mesures à prendre.

#### 2. Simplifier le thème 7 portant sur l'harmonisation des pratiques

- Le thème 7 est maintenant limité à l'identification des politiques et mécanismes qui seront à harmoniser, ainsi qu'à l'identification des directions, services et personnes qui en auront la responsabilité. L'étape de l'harmonisation est maintenant déléguée à l'instance responsable de la politique ou du mécanisme identifié et pourra être effectuée au moment le plus opportun.

#### 3. Adapter le guide pour le rendre accessible à d'autres types d'établissements

- Nous avons pris note de cette recommandation et souhaitons nous pencher sur la question dans l'avenir. Toutefois, le présent guide ayant été développé en s'appuyant sur une littérature portant sur la maltraitance dans des milieux d'hébergement, cette adaptation nous semble impliquer une si grande transformation du document qu'elle nécessiterait une nouvelle recherche documentaire ainsi qu'une seconde mise à l'essai et une nouvelle validation de son contenu.

#### 4. Créer une version électronique des outils

- Pour faciliter leur utilisation, tous les outils de ce guide qui sont à compléter dans le cadre de cette démarche de réflexion, d'autoévaluation et révision sont maintenant disponibles en version électronique sur le site Internet du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS).

<http://www.creges.ca/contrer-la-maltraitance-envers-les-personnes-ainees/>

L'évaluation du guide a aussi permis d'émettre des constats plus généraux quant à la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD. Parmi ceux-ci, l'usage d'un vocabulaire commun pour parler de maltraitance a été identifié comme étant une priorité. Le guide reflète donc maintenant une terminologie harmonisée, développée en 2015 par la *Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* du CAU, en collaboration avec la Ligne Aide Abus Aînés, la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, et le Secrétariat aux Aînés (Ministère de la Famille, Gouvernement du Québec).



### 2.1 > AVANT DE DÉBUTER

#### 2.1.1 FAMILIARISEZ-VOUS AVEC LES OUTILS DU GUIDE

Ce guide contient plusieurs outils essentiels qui vous permettront de réaliser la démarche de réflexion, d'autoévaluation et de révision qui vous est proposée. Ceux-ci pourraient également s'avérer utiles à postériori en tant qu'outils de référence, de travail, de sensibilisation et de formation.

##### OUTIL PRINCIPAL :

- **Grilles d'autoévaluation d'une politique/de procédures pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD – abrég. grilles d'autoévaluation**  
page 31 ou [http://www.creges.ca/wp-content/uploads/2016/02/Grilles\\_section-6.docx](http://www.creges.ca/wp-content/uploads/2016/02/Grilles_section-6.docx)
  - Cet outil vous permettra de procéder à l'autoévaluation d'une politique et/ou de procédures (formelles ou informelles) en place dans votre établissement permettant d'encadrer la gestion de la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD. Veuillez noter que certaines politiques/procédures traitant du sujet n'emploient pas toujours le terme exact de maltraitance, surtout si leur dernière mise à jour n'est pas récente. Ainsi, nous vous invitons à considérer toute politique/procédure employant les termes suivants : abus, violence, harcèlement, exploitation, intimidation, négligence, comportements inacceptables envers les usagers, etc.

##### OUTILS COMPLÉMENTAIRES :

- **Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées**  
page 13 – Version « tableau synthèse » aussi disponible à l'annexe 1
- **Document de soutien à la réflexion par thème**  
page 21

Outils synthèses de l'autoévaluation :

- **Bilan de l'autoévaluation selon les thèmes 1 à 6**  
page 48 ou [http://www.creges.ca/wp-content/uploads/2016/02/Bilan\\_section-7.docx](http://www.creges.ca/wp-content/uploads/2016/02/Bilan_section-7.docx)
- **Développement d'un plan d'action**  
page 51 ou [http://www.creges.ca/wp-content/uploads/2016/02/Plan-daction\\_section-7.docx](http://www.creges.ca/wp-content/uploads/2016/02/Plan-daction_section-7.docx)

Outils visant l'harmonisation des pratiques (thème 7) :

- **Inventaire non exhaustif de politiques et mécanismes connexes pouvant être harmonisés**  
page 52 ou [http://www.creges.ca/wp-content/uploads/2016/02/Inventaire\\_section-8.docx](http://www.creges.ca/wp-content/uploads/2016/02/Inventaire_section-8.docx)
- **Questionnaire à l'intention des responsables des politiques et mécanismes connexes identifiés pour l'harmonisation des pratiques**  
page 59 ou [http://www.creges.ca/wp-content/uploads/2016/02/Questionnaire\\_section-8.docx](http://www.creges.ca/wp-content/uploads/2016/02/Questionnaire_section-8.docx)

### 2.1.2 PLANIFICATION DU TRAVAIL

**LA DÉMARCHE PROPOSÉE NÉCESSITE LA COLLABORATION DE PLUSIEURS INSTANCES, AINSI IL EST FORTEMENT RECOMMANDÉ DE METTRE SUR PIED UNE ÉQUIPE DE TRAVAIL.**

La lutte contre la maltraitance doit se faire sur plusieurs fronts et l'implication de représentants de plusieurs disciplines, départements et secteurs permet de mobiliser plusieurs des acteurs clés qui seront appelés à évaluer, réviser, implanter, appliquer ou diffuser les politiques, procédures et mécanismes de l'établissement œuvrant à cet effet. Plusieurs de ces politiques, procédures et mécanismes relèvent des départements des ressources humaines et de la qualité. Nous suggérons d'inviter un représentant de chacun de ces départements à se joindre à votre équipe de travail.

Pour faciliter la coordination de l'équipe, désignez une personne pivot. Ce porteur de dossier mobilisera les acteurs impliqués et fera le lien avec les décideurs responsables de s'assurer que le fruit de vos réflexions se transpose en actions concrètes.

Une fois votre équipe de travail constituée, prévoyez environ une heure pour la lecture complète du guide. Cette lecture pourra être faite précédemment à la première rencontre de votre équipe.

Prévoyez une à deux heures pour compléter chacune des **grilles d'autoévaluation**. Vous pouvez répondre aux questions individuellement ou en groupe, ou encore choisir de diviser le travail entre les membres de votre équipe. Choisissez la méthode qui vous convient le mieux.

Toutefois, vous devrez prévoir un moment pour mettre votre travail en commun, comparez votre analyse et trouvez un consensus sur les mesures à prendre. Pour ce faire, nous recommandons de compléter en équipe le **bilan de l'autoévaluation selon les thèmes 1 à 6**, le gabarit pour le **développement d'un plan d'action** et la revue de l'**inventaire non exhaustif des politiques et mécanismes connexes pouvant être harmonisés**.

## 2.2 > AUTOÉVALUATION ET RÉVISION D'UNE POLITIQUE / DE PROCÉDURES

### 2.2.1 QUESTIONS CONTEXTUELLES PRÉALABLES

Pour les établissements qui ont une politique qui traite de maltraitance envers les personnes âgées

Commencez par identifier la politique à évaluer et répondez aux deux questions contextuelles préalables. Vos réponses serviront d'assise à votre réflexion.

#### 1. Quel est le (ou les) principal(aux) objectif(s) de la politique?

- Décrivez brièvement quelle est la raison d'être de cette politique et les résultats attendus. Tentez d'identifier ce qui la rend nécessaire à la bonne gestion de votre établissement.

#### 2. Qui est ciblé par cette politique?

- Consignez qui sera touché de près ou de loin par cette politique. Pensez aux différentes installations (s'il y a lieu).

### 2.2.2 QUESTIONS DES GRILLES D'AUTOÉVALUATION

Chacun des six premiers thèmes se décline en plusieurs questions dans six grilles d'autoévaluation (reconnaissance du problème, sensibilisation, identification, intervention, soutien et formation, diffusion et évaluation). Nous suggérons de répondre à toutes les questions pour tous les thèmes, même lorsque celles-ci ne semblent pas s'appliquer. En fait, vous pouvez répondre aux questions par : oui, non, en partie, ne sais pas ou non applicable (NA). Ainsi, si la question ne s'applique pas, il conviendra de cocher la case « NA ». Le simple fait de lire et répondre à chacune des questions fait partie d'un processus de réflexion, cela vous permettra d'avoir une vue d'ensemble des différents aspects se rapportant à la gestion de la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD.

Après chacune des questions, un espace portant la mention « bilan » est alloué afin que vous puissiez y détailler les mesures déjà à l'œuvre dans votre établissement. Ensuite, si cette question révèle un élément que vous souhaitez travailler, cochez la case correspondante. À la fin de l'exercice, faites un survol rapide afin d'identifier tous les éléments à travailler. Cela facilitera votre travail de révision.

### 2.2.3 RÉFLEXION THÈME PAR THÈME

Concluez l'autoévaluation de chacun des six premiers thèmes en répondant à trois questions de réflexion qui vous permettront de terminer l'analyse d'un thème avant de passer au suivant.

#### 1. Quelles sont nos forces?

- Indiquez quels sont vos points forts. Il est essentiel de reconnaître thème par thème ce qui a déjà été mis en place et qui s'est avéré efficace dans votre établissement pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées.

#### 2. Où faut-il mettre nos efforts?

- Identifiez quels sont les éléments qui mériteraient d'être travaillés et bonifiés à chacun des thèmes.

#### 3. Quelles sont les mesures à prendre pour bonifier la politique/les procédures et qui sont les acteurs (à l'interne et/ou à l'externe) à impliquer pour implanter ces mesures?

- Commencez à identifier des mesures concrètes qui pourraient être prises pour pallier les lacunes précédemment identifiées et pour consolider vos acquis. Pour développer les initiatives à mettre de l'avant, inspirez-vous du contenu des questions des grilles d'autoévaluation et du document de soutien à la réflexion par thème. Identifiez les acteurs à l'interne (conseil d'administration, directions, services, comités, gestionnaires, chefs d'équipe, employés, etc.) qu'il faudra impliquer pour développer et implanter chacune de ces mesures. S'il y a des acteurs à l'externe à impliquer (services d'urgence, instances politiques, judiciaires, légales, organismes communautaires, établissements d'éducation, etc.), il convient de les identifier également. L'objectif demeure de renforcer l'adoption d'une approche collaborative et concertée.

### 2.2.4 BILAN DE L'AUTOÉVALUATION SELON LES THÈMES 1 À 6

Réunissez votre équipe de travail, compilez vos résultats et faites le sommaire de l'analyse effectuée selon les thèmes 1 à 6. Faites le bilan des mesures efficaces et des manques à combler dans votre établissement. Trouvez un consensus sur les mesures à prendre et des acteurs à impliquer pour y parvenir. Passez le tout en revue et priorisez les mesures identifiées afin d'organiser les efforts que vous déploierez pour mieux contrer la maltraitance envers les personnes âgées résidant dans le ou les CHSLD de votre établissement.

### 2.2.5 DÉVELOPPEMENT D'UN PLAN D'ACTION

Après avoir priorisé les mesures à mettre en place, passez au niveau supérieur, soit la création d'un véritable plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD. Servez-vous du gabarit fourni ou de tout autre modèle utilisé dans votre établissement, l'essentiel demeure de définir les éléments suivants :

- les objectifs pour mieux contrer la maltraitance envers les résidents;
- les cibles à atteindre pour chacun des objectifs ;
- les actions à poser pour atteindre chacune de ces cibles;
- les personnes responsables;
- l'échéancier pour l'atteinte des objectifs.

## 2.3 > HARMONISATION DES PRATIQUES

À la suite de la révision de votre politique/vos procédures, identifiez les politiques et mécanismes connexes qui devront être revus, de sorte que l'ensemble des pratiques soit harmonisé. Par mécanismes connexes, nous faisons référence à toute structure interne d'encadrement des orientations et des pratiques de votre établissement et dont la préoccupation principale n'est pas la maltraitance envers les personnes âgées, mais qui touche tout de même à des sujets en lien avec ce problème.

Pour ce faire, inspirez-vous de l'inventaire non exhaustif qui vous est proposé. Sélectionnez dans cette liste les politiques et mécanismes qui seront à harmoniser et complétez-la avec des éléments propre à votre établissement. Pour chacun des items cochés, précisez la direction ou le service qui en a la responsabilité et la personne à contacter.

Puis, il vous faudra communiquer avec chacun d'eux pour les informer :

- de la démarche de réflexion, d'autoévaluation et de révision effectuée à l'aide du guide;
- de l'existence d'une politique/de procédures traitant spécifiquement de maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD dans votre établissement; et
- de la nécessité d'harmoniser les pratiques.

Pour les soutenir dans ce processus, partagez avec eux les outils suivants :

- Questionnaire à l'intention des responsables des politiques et mécanismes connexes identifiés pour l'harmonisation des pratiques (p. 59);
- Document de soutien à la réflexion par thème (p. 21);
- Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées (en version tableau synthèse, annexe 1).

Lorsque le responsable aura été contacté, cochez la case correspondante dans l'inventaire non exhaustif des politiques et mécanismes connexes.

### 2.4 > RETOMBÉES DU GUIDE

À la suite de cette démarche de réflexion, d'autoévaluation et de révision des politiques et/ou des procédures pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD effectuée à l'aide du présent guide, plusieurs retombées parmi les suivantes sont à prévoir :

- Amorce d'une réflexion au sein de l'établissement sur la maltraitance envers les résidents;
- Meilleure compréhension du problème de la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD et des différents enjeux se rapportant à sa gestion;
- Sensibilisation des personnes amenées à côtoyer un résident en CHSLD à la maltraitance envers les résidents;
- Meilleure compréhension du rôle d'une politique traitant spécifiquement de maltraitance en CHSLD;
- Identification et harmonisation d'autres politiques et mécanismes en place qui peuvent contribuer à contrer la maltraitance envers les résidents;
- Développement d'une capacité à prioriser les efforts de gestion en matière de maltraitance;
- Contribution au bien-être de la population, dont les résidents et leurs proches en premier lieu, grâce à l'amélioration des pratiques pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées.

## 3. TERMINOLOGIE SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂNÉES<sup>2,3</sup>

### 3.1 > DÉFINITION DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂNÉES

« Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée. »<sup>4</sup>

### 3.2 > FORMES DE MALTRAITANCE (manifestations)

#### **VIOLENCE :**

Malmener une personne âgée ou la faire agir contre sa volonté, en employant la force et/ou l'intimidation.<sup>5</sup>

#### **NÉGLIGENCE :**

Ne pas se soucier de la personne âgée, notamment par une absence d'action appropriée afin de répondre à ses besoins.

### 3.3 > L'INTENTION DE LA PERSONNE MALTRAITANTE

#### **MALTRAITANCE INTENTIONNELLE :**

La personne maltraitante veut causer du tort à la personne âgée.

#### **MALTRAITANCE NON INTENTIONNELLE :**

La personne maltraitante ne veut pas causer du tort ou ne comprend pas le tort qu'elle cause.

**Attention :** il faut toujours évaluer les indices et la situation pour ne pas tirer de conclusions hâtives ou attribuer des étiquettes.

---

<sup>2</sup> Fruit d'un travail collaboratif, cette terminologie témoigne de l'évolution des pratiques et de la recherche au Québec en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées. Elle sera ajustée afin de rendre compte du renouvellement des savoirs cliniques et scientifiques.

© Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal; Ligne Aide Abus Aînés; Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées; Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec, 2015.

<sup>3</sup> Également disponible à l'annexe 1 sous forme de tableau synthèse

<sup>4</sup> Traduction libre de l'OMS, 2002, dans MFA, 2010. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance 2010-2015*, p. 17

<sup>5</sup> « Il y a intimidation quand un geste ou une absence de geste [ou 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 posé dans l'intention de nuire ou de faire du mal à une ou plusieurs personnes âgées. » (Beaulieu, M, Bédard, M-E, et Leboeuf, R. (accepté août 2015). L'intimidation envers les personnes âgées : un problème social connexe à la maltraitance? *Revue Service social*)

3.4 > **TYPES DE MALTRAITANCE (catégories)**

<b>Maltraitance psychologique</b>	
Gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique.	
<b>VIOLENCE</b>	<b>NÉGLIGENCE</b>
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>Indices</b> : Peur, anxiété, dépression, repli sur soi, hésitation à parler ouvertement, méfiance, interaction craintive avec une ou plusieurs personnes, idéations suicidaires, déclin rapide des capacités cognitives, suicide, etc.	
<b>Attention</b> : La maltraitance psychologique est sans doute la plus fréquente et la moins visible : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accompagne souvent les autres types de maltraitance.</li> <li>▪ Peut avoir des conséquences tout aussi importantes que les autres types de maltraitance.</li> </ul>	

<b>Maltraitance physique</b>	
Gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique.	
<b>VIOLENCE</b>	<b>NÉGLIGENCE</b>
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, l'habillement, l'hygiène ou la médication lorsqu'on est responsable d'une personne en situation de dépendance, etc.
<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.	
<b>Attention</b> : Les indices de maltraitance physique peuvent être liés à des symptômes découlant de certaines conditions de santé. Il est donc préférable de demander une évaluation médicale.	



<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.	
<b>VIOLENCE</b>	<b>NÉGLIGENCE</b>
Propos ou attitudes suggestifs, blagues ou insultes à connotation sexuelle, promiscuité, comportements exhibitionnistes, agressions à caractère sexuel (attouchements non désirés, relations sexuelles imposées), etc.	Privation d'intimité, non reconnaissance ou déni de la sexualité et de l'orientation sexuelle, etc.
<b>Indices</b> : Infections, plaies génitales et/ou plaies anales, 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.	
<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 la sexualité des aînés nuit au repérage et au signalement de la maltraitance sexuelle. L'attirance sexuelle pathologique envers les personnes aînées (gérontophilie) doit aussi être repérée.	

<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.	
<b>VIOLENCE</b>	<b>NÉGLIGENCE</b>
Pression à modifier un testament, transaction bancaire sans consentement (utilisation d'une carte bancaire, d'internet, etc.), prix excessif demandé pour des services rendus, détournement de fonds ou de biens, 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 littéracie financière, etc.
<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.	
<b>Attention</b> : Les aînés qui présentent une forme de dépendance envers quelqu'un (p. ex. 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 l'aîné en influençant sa capacité à assumer ses responsabilités ou à combler ses besoins.	

# TERMINOLOGIE SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES

<b>Violation des droits</b>	
Toute atteinte aux droits et libertés individuels et sociaux.	
<b>VIOLENCE</b>	<b>NÉGLIGENCE</b>
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.
<p><b>Indices</b> : Entrave à la participation de la personne âgée dans les choix et les décisions qui la concernent, non-respect des décisions prises par l'âiné, réponses données par un proche à des questions qui s'adressent à l'âiné, 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. La personne inapte conserve tout de même des droits, qu'elle peut exercer dans la mesure de ses capacités.</p>	

<b>Maltraitance organisationnelle (soins et services)</b>	
Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures des établissements responsables d'offrir des soins et des services, qui compromet l'exercice des droits et libertés des usagers.	
<b>VIOLENCE</b>	<b>NÉGLIGENCE</b>
Conditions ou pratiques organisationnelles qui entraînent le non-respect des choix ou des droits des usagers, manque de personnalisation des soins, manque d'adaptation de l'institution et des services à l'individu, etc.	Manque de ressources (budget, temps, personnel) et de services, formation inadéquate du personnel, etc.
<p><b>Indices</b> : Réduction de la personne à un numéro, horaires de soins plus ou moins rigides, besoins non comblés, défaillance dans l'aide au repas ou les soins d'hygiène, attente induue pour le changement de la culotte d'aisance, plaies, détérioration de l'état de santé, soins inadéquats, plaintes, etc.</p>	
<p><b>Attention</b> : Nous devons être critiques face aux lacunes du système qui peuvent brimer les droits des usagers et entraîner des conditions qui nuisent au travail du personnel de soins. Il peut être nécessaire de faire de la défense des droits.</p>	

<b>Âgisme</b>	
Discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale.	
<b>VIOLENCE</b>	<b>NÉGLIGENCE</b>
Imposition de restrictions ou normes sociales en raison de l'âge, réduction de l'accessibilité à certaines ressources, préjugés, infantilisation, mépris, etc.	Indifférence envers les pratiques ou les propos âgistes lorsque nous en sommes témoins, etc.
<b>Indices</b> : Non-reconnaissance des droits, des compétences ou des connaissances, « ma petite madame », etc.	
<b>Attention</b> : Nous sommes tous influencés, à divers degrés, par les stéréotypes négatifs et les discours qui sont véhiculés au sujet des personnes âgées. Ces « prêt-à-penser » fournissent des raccourcis erronés à propos de diverses réalités sociales, qui peuvent mener à des comportements maltraitants.	

## 4. FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES

---

### 4.1 > DÉFINITION DE FACTEUR DE RISQUE

Kazdin (1997) définit un **facteur de risque** comme étant **une caractéristique identifiée préalablement à l'événement étudié** et qui est **liée à l'augmentation significative de la probabilité que cet événement soit présent comparativement au taux observé dans la population en général.**

En ce qui a trait à la maltraitance envers les personnes âgées, les éléments contribuant à son apparition **diffèrent en fonction du milieu de vie et de soins de la personne âgée** (communauté vs établissement de soins de longue durée).

#### 4.1.1 FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES VIVANT DANS LA COMMUNAUTÉ

Les **facteurs de risque** que nous vous proposons ci-après s'appliquent à la population en général, aux personnes dépendantes sur le plan des activités de la vie quotidienne (AVQ) et aux personnes atteintes de pertes cognitives vivant dans la communauté. Ils ont été recensés à partir d'études scientifiques récentes sur le sujet et sont soutenus par une preuve scientifique allant de modérée à élevée. Les études retenues pour identifier les facteurs de risque utilisent une méthodologie appropriée pour démontrer le lien de cause à effet entre la caractéristique identifiée et la probabilité qu'il y ait présence de maltraitance. **Seuls les facteurs de risque reconnus par un minimum de quatre études ont été retenus.** Cette liste est principalement basée sur une revue systématique de qualité et récente, effectuée par Johannesen & LoGiudice (2013), un texte de Burnes et al. (2015) ainsi qu'une compilation effectuée par l'Organisation mondiale de la Santé en 2015.

Nous vous présentons les facteurs de risque de maltraitance envers les personnes âgées vivant dans la communauté selon la classification de l'Organisation de la mondiale de la Santé (OMS, 2015) qui les classe en fonction des caractéristiques liées à la personne maltraitée, à la personne maltraitante, aux relations interpersonnelles et à la communauté de la personne maltraitée<sup>6</sup>. Cette classification est cohérente avec la définition de la maltraitance qui souligne clairement l'aspect relationnel de ce phénomène, soit la relation de confiance entre la personne âgée maltraitée et la personne maltraitante.

---

<sup>6</sup> Les caractéristiques personnelles de la personne maltraitée, telles que l'état de santé ou le comportement, font partie de la catégorie « facteurs de vulnérabilité » dans MSSS (2013, 2016 à paraître). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées.*

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-830-10F.pdf>

## FACTEURS DE RISQUE LIÉS À LA PERSONNE MALTRAITÉE<sup>7</sup> :

- Faibles revenus ;
- Déficits cognitifs ;
- Comportements provocateurs ou agressifs, résistance aux soins ;
- Dépendance fonctionnelle importante ;
- Dépression ;
- Fragilité ou faible santé physique ;
- Historique d'événements traumatiques ou de maltraitance.

## FACTEURS DE RISQUE LIÉS À LA PERSONNE MALTRAITANTE :

- Dépression ;
- Stress ou fardeau de la personne soignante.

## FACTEUR DE RISQUE LIÉ AUX RELATIONS INTERPERSONNELLES :

- Relations familiales tendues, de mauvaise qualité ou conflictuelles.

## FACTEUR DE RISQUE LIÉ À LA COMMUNAUTÉ :

- Faible soutien social ou isolement social

### 4.1.2 FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES VIVANT EN ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Contrairement aux facteurs de risque de maltraitance envers les personnes âgées vivant dans la communauté, **la preuve scientifique pour les facteurs de risque de maltraitance envers les personnes âgées vivant en établissements de soins de longue durée est insuffisante.** Par exemple, **la plupart des études se sont attardées à identifier les facteurs liés aux membres du personnel** ce qui brouille le portrait réel de la situation. Il est important de reconnaître que les personnes maltraitantes peuvent être également les autres résidents et la famille. Toutefois, les études sur les facteurs en lien avec la maltraitance, de la part des résidents ou de la famille en milieu d'hébergement, en sont à leurs premiers balbutiements. Compte tenu de l'avancement des connaissances, d'autres études sont nécessaires avant de statuer sur les facteurs de risque en milieu d'hébergement.

---

<sup>7</sup> Les caractéristiques personnelles de la personne maltraitée, telles que l'état de santé ou le comportement, font partie de la catégorie « facteurs de vulnérabilité » dans MSSS (2013, 2016 à paraître). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées.*

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-830-10F.pdf>

### 4.2 > RÔLE DES FACTEURS DE RISQUE DANS LE PROCESSUS D'IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE MALTRAITANCE

La maltraitance s'inscrit dans une relation de confiance entre la personne âgée et la personne maltraitante et il est très probable que la personne maltraitée ne dévoilera pas d'elle-même la situation.

L'identification des situations potentielles de maltraitance envers les personnes âgées est la responsabilité de tous. Pour les professionnels, cette première étape du continuum de soins et de services implique de documenter et d'analyser les facteurs de risque de maltraitance en utilisant son jugement clinique ou des instruments de détection.

Lorsque des **facteurs de risque** de maltraitance sont identifiés, il faut redoubler la vigilance face aux indices et indicateurs de maltraitance. Plus le nombre de facteurs identifiés est élevé, plus la personne âgée est à risque.

#### **INDICE :**

Fait observable qui nécessite une évaluation pour savoir s'il y a une situation de maltraitance.

#### **INDICATEUR :**

Fait observable évalué qui indique qu'il y a une situation de maltraitance.

## 5. DOCUMENT DE SOUTIEN À LA RÉFLEXION PAR THÈME

### > THÈME 1 : RECONNAISSANCE DU PROBLÈME

#### 1.1 – UNE POLITIQUE QUI REFLÈTE LES BESOINS SPÉCIFIQUES DE LA GESTION DE LA MALTRAITANCE EN CHSLD

Tous les CHSLD disposent déjà de diverses politiques et mécanismes qui touchent, de près ou de loin, à la maltraitance : pensons notamment aux politiques relatives au milieu de vie et de soins ou au respect des droits des résidents. La réalité des CHSLD implique certaines contraintes sur le plan de la conformité aux politiques plus générales entourant la violence. Par exemple, une politique sur la « tolérance zéro » envers la violence est difficilement applicable pour gérer les comportements agressifs d'un résident atteint de pertes cognitives. En effet, il n'est pas adéquat d'appliquer des sanctions dans ce cas, il est plutôt préférable d'utiliser des interventions spécialisées pour décourager le comportement qui découle de la maladie.

Les CHSLD ont la responsabilité d'offrir à leurs clients des soins et des services de qualité. Pour ce faire, ils peuvent, entre autres, s'appuyer sur les normes d'Agrément Canada en Soins de longue durée, auxquelles ils doivent se conformer. Certaines normes touchent à la maltraitance envers les résidents. Afin de répondre à ces normes précises, il est utile de se doter d'une politique qui traite spécifiquement de maltraitance en CHSLD. Qui-plus-est, le MSSS et le MFA reconnaissent que les CHSLD doivent se doter de structures d'encadrement spécifiques à la maltraitance envers les résidents. C'est pourquoi, ces ministères ont notamment confié le mandat de créer une politique-type à la *Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et soutiennent l'utilisation de ce guide de réflexion.

#### 1.2 À 1.5 – TERMINOLOGIE : DÉFINITION, FORMES, INTENTION ET TYPES DE MALTRAITANCE

##### Définition

Afin de favoriser une compréhension commune de la maltraitance par toutes les personnes qui côtoient un résident en CHSLD, nous suggérons d'utiliser la traduction libre de la définition de l'OMS (2002), telle que reprise dans le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015 (MFA, 2010, p.17) :

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

Soulignons quelques éléments importants de cette définition afin d'envisager une approche globale d'intervention axée sur l'identification des faits (gestes ou absence d'action appropriée) et les conséquences causées à la personne âgée sans juger la situation ou les personnes impliquées. Tout d'abord, on reconnaît l'importance de la relation de confiance pour l'âiné et l'impact de celle-ci sur sa perception face à la situation de maltraitance et sur sa volonté de la dénoncer. L'âiné souhaite souvent que la maltraitance cesse, mais il ne veut pas nuire à la relation avec la personne qui le maltraite ou qui lui cause du tort. Ainsi, la définition ne cherche pas à mettre l'accent sur l'identification d'une personne coupable, mais bien sur la recherche de solutions qui seront acceptées par l'âiné dans le but de diminuer ou si possible de faire cesser les torts causés.

Dans le contexte des CHSLD, cette approche évite de se centrer uniquement sur les membres du personnel en reconnaissant que la maltraitance peut survenir dans toutes les relations de confiance du résident (proches, bénévoles, visiteurs, autres résidents et membres du personnel).

Évidemment, cette reconnaissance des multiples personnes maltraitantes possibles devra être prise en considération dans le développement d'une politique/de procédures pour contrer la maltraitance en CHSLD si on veut s'assurer que des interventions adéquates et adaptées soient posées. Par exemple, un acte de maltraitance commis par un autre résident ne sera pas géré de la même façon qu'un acte similaire commis par un membre du personnel ou par un membre de la famille du résident qui lui rend visite.

### Formes et intentions

La compréhension des deux formes de maltraitance (violence et négligence) et de l'intention de la personne maltraitante (intentionnelle ou non intentionnelle) permet une meilleure analyse des situations de maltraitance et permet d'envisager une intervention plus adéquate. Par exemple, lors d'une situation de maltraitance commise par un employé : s'il y a eu un acte de négligence non intentionnelle, il pourrait être approprié de prévoir une formation conséquente, alors que s'il s'agit d'un geste de violence intentionnelle, une intervention disciplinaire serait probablement plus appropriée.

### Types

Différentes typologies sont disponibles dans la littérature, mais celle utilisée dans ce guide est bien adaptée à la réalité des CHSLD (maltraitance psychologique, physique, sexuelle, matérielle ou financière, violation des droits, maltraitance organisationnelle et âgisme). Rappelons-nous que les types de maltraitance ne sont pas mutuellement exclusifs et que l'existence d'un type peut révéler la présence ou entraîner d'autres types de maltraitance.

Cette typologie reconnaît notamment certains types de maltraitance qui peuvent être présents, mais qui ne sont pas toujours mis de l'avant dans d'autres typologies.

Par exemple :

- La **maltraitance organisationnelle**, qui reconnaît que les procédures mises en place par un établissement pour répondre à l'ensemble des besoins des résidents, pourraient nuire à la qualité des soins et compromettre l'exercice des droits et libertés de certains résidents (et donc entraîner de la **violation des droits**).
- Il pourrait s'avérer que certains événements impliquant des résidents ayant des pertes cognitives accompagnées de désinhibition sexuelle, puissent favoriser l'occurrence de situations de **maltraitance sexuelle**.



- **L'âgisme** est un type de maltraitance des plus répandus, mais aussi des plus subtiles. Par exemple, on pourrait penser qu'un résident qui a l'air triste et qui s'isole le fait simplement parce qu'il souffre de problèmes de santé et d'une perte d'autonomie. Pourtant ce changement de comportement est un indice qu'il faut évaluer sans attendre, afin de vérifier s'il ne cache pas un problème sérieux tel qu'une situation de **maltraitance psychologique**. Peut-être a-t-il peur d'un autre résident ou d'un proche? Notre perception négative du vieillissement peut faire en sorte que nous ne percevions pas certains indices de maltraitance parce que nous les attribuons à tort au vieillissement normal.

### > THÈME 2 : SENSIBILISATION

#### 2.1 À 2.5 – SENSIBILISATION DE TOUTE PERSONNE AMENÉE À CÔTOYER UN RÉSIDENT EN CHSLD

La littérature scientifique montre l'importance des différentes approches et méthodes de prévention de la maltraitance. Souvent, sans une sensibilisation adéquate et continue, les personnes amenées à côtoyer un résident en CHSLD ne sont pas conscientes d'avoir vécu de la maltraitance lorsque cela se produit, ni même d'en avoir été témoin ou auteur (Cooper, Shelwood et Livingston, 2009).

Les stratégies de sensibilisation peuvent prendre différentes formes, par exemple :

- Documents remis aux résidents et à leurs proches lors de l'accueil incluant de l'information sur la maltraitance (définitions, exemples, mécanismes de recours, droits et responsabilités des résidents, etc.);
- Distribution et revue de la politique traitant spécifiquement de maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD aux membres du personnel, aux stagiaires et aux bénévoles lors de l'orientation;
- Affiches ou kiosques de sensibilisation;
- Rappels continus au personnel par l'intranet, le journal interne ou lors de réunions d'équipe, etc.

Pour des idées supplémentaires, consulter la section 2 du *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (2016).

### > THÈME 3 : IDENTIFICATION

Nous faisons ici référence aux efforts pour identifier **des situations potentielles de maltraitance** sans attendre le dévoilement par le résident et éviter l'escalade de celles-ci. L'identification peut comprendre du repérage, de la détection et/ou du dépistage.

**Repérage** : Action d'être attentif aux indices de maltraitance afin de les identifier. Tous peuvent faire du repérage.

**Détection** : Démarche effectuée par un professionnel, bien souvent à l'aide d'outils qui facilitent l'identification de facteurs de risque et/ou d'indices de maltraitance.

**Dépistage** : Démarche systématique d'identification appliquée à une population (par exemple à tous les résidents âgés d'un CHSLD), effectuée par un professionnel à l'aide d'outils qui facilitent l'identification de facteurs de risque et/ou d'indices de maltraitance.

**L'identification est une responsabilité partagée de tous.** Elle constitue une première étape cruciale dans la prise en charge des situations de maltraitance. Elle permet de procéder aux évaluations nécessaires et de planifier et prioriser les interventions à venir.

### 3.1 – OUTILS D'IDENTIFICATION

Nous vous invitons à vous référer au tableau synthèse de la terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées (annexe 1) inclus dans ce guide. D'autres outils sont également disponibles pour faciliter l'identification de situations de maltraitance. Pour plus d'information, consultez la section 3 du *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (2016).

### 3.2 – ÉTAPES À SUIVRE POUR SIGNALER UNE SITUATION POTENTIELLE DE MALTRAITANCE

Pour favoriser le signalement de situations potentielles de maltraitance, il faut que les résidents maltraités ou les témoins sachent à qui s'adresser et connaissent la procédure à suivre. La littérature scientifique indique en effet que la méconnaissance de la marche à suivre reste un obstacle important au signalement des situations de maltraitance (Copper, Shelwood et Livingston, 2009). Les procédures de signalement pourraient varier selon la personne qui l'effectue. Par exemple, les résidents, leurs proches et les visiteurs pourraient se tourner vers la personne responsable des soins du résident maltraité ou un employé de confiance; les employés, les bénévoles et les stagiaires pourraient se tourner vers leur supérieur immédiat ou vers un chef d'équipe. S'il y a dans votre établissement une personne désignée «porteur de dossier en maltraitance» (ou autre titre semblable), celle-ci pourrait être en charge de gérer et centraliser les signalements de maltraitance. **Mentionnons aussi que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services peut également être interpellé.** Il revient à chaque établissement de se doter de directives de signalements adaptées à la réalité de leur milieu et d'en assurer la diffusion.

### 3.3 ET 3.4 – RESPONSABILITÉS DES PERSONNES QUI REÇOIVENT ET TRAITENT LES SIGNALEMENTS

Il est important de préciser clairement les éléments suivants relativement à un signalement de maltraitance : les rôles et responsabilités de chaque acteur, les procédures de documentation et d'enquête, les personnes à informer et les personnes à mobiliser pour l'enquête et le suivi.

Surtout, il vous faut prévoir des mesures de soutien et de protection qui doivent être offertes minimalement, au résident maltraité et à la personne qui a effectué le signalement. En effet, la littérature scientifique soutient que la peur des représailles, les craintes quant au bris de la confidentialité et le manque de soutien offert par les établissements restent des barrières importantes au signalement des situations de maltraitance (Schiemberg et al., 2012; Hawes, 2003). Les réflexions qui suivent sont susceptibles d'alimenter vos réflexions.

- **Résident maltraité** : au moment du signalement, la situation de maltraitance est-elle en cours? La sécurité du résident est-elle menacée dans l'immédiat? La personne (présumée) maltraitante risque-t-elle d'être à nouveau en contact avec le résident? Comment l'établissement peut-il diminuer les risques de récurrence et de représailles à l'endroit du résident?
- **Personne qui fait un signalement** : la confidentialité peut-elle être assurée? La personne qui a signalé craint-elle des représailles de la part de la personne (présumée) maltraitante? Comment l'établissement peut-il diminuer les risques de représailles à l'endroit de la personne qui a signalé? Par exemple, cette personne devrait-elle être référée au programme d'aide aux employés?

### > THÈME 4 : INTERVENTION

Les situations de maltraitance en établissement de soins de longue durée sont souvent complexes. Les équipes ont la capacité d'y faire face si elles mettent en commun leurs riches compétences. Néanmoins, elles peuvent se sentir démunies quant aux différentes stratégies d'intervention possibles. C'est pourquoi il vous faudra clarifier le processus à déclencher lorsqu'une enquête sur un signalement révèle qu'un tort a bel et bien été causé à un résident. Il ne s'agit pas de proposer des « recettes miracles » qui ont peu de chance d'apporter les résultats escomptés, mais bien de fournir des balises pour orienter les réflexions et le déploiement d'un plan d'intervention adapté aux particularités de chaque situation. Assurez-vous que tous les acteurs des différentes disciplines et secteurs concernés soient mis à contribution pour la recherche de solutions.

Rappelons que ce guide se veut un outil de réflexion et non un guide d'intervention. Pour plus d'information, consultez la section 4 du *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (2016). Les intervenants qui font face à une situation potentielle ou constatée de maltraitance sont invités à contacter la Ligne Aide Abus Aînés au 1-888-489-2287 pour obtenir une consultation professionnelle téléphonique gratuitement et en toute confidentialité.

#### 4.1 ET 4.2 – ÉTAPES À SUIVRE SELON LE TYPE DE MALTRAITANCE

Il est généralement nécessaire de prévoir une étape d'évaluation par différents professionnels avant d'élaborer le plan d'intervention. Cela est utile notamment pour : confirmer des indices ou préciser des indicateurs; évaluer les conséquences de la maltraitance sur le résident maltraité; et s'informer quant à l'opinion et aux désirs du résident maltraité et/ou de son représentant légal par rapport à la situation et le développement du plan d'intervention. Par ailleurs, il peut être pertinent d'adapter la marche à suivre selon le type de maltraitance. Par exemple, s'il s'agit de maltraitance financière, il importe de se questionner rapidement sur la responsabilité de l'établissement d'assurer la protection des avoirs financiers du résident maltraité, particulièrement si le résident montre des signes d'inaptitude sans toutefois avoir été déclaré inapte.

### 4.3 À 4.5 – APPROCHE COLLABORATIVE : ACTEURS INTERNES ET EXTERNES

De façon générale, il est toujours recommandé que **les intervenants ne restent pas seuls face à une situation de maltraitance** : ils devraient toujours pouvoir compter sur l'appui et la collaboration de leur(s) supérieur(s) hiérarchique(s) et de leur équipe. Qui-plus-est, l'importance de l'implication de professionnels issus de plusieurs disciplines est l'une des recommandations qui ressort très clairement de la littérature scientifique sur l'intervention en maltraitance (Payne et Fletcher, 2005; Teaser et Roberto, 2004; Gibbs et Mosqueda, 2004; Dong, 2005; Copper et al., 2009; Maas et Buckwalter, 2009; Tremblay, 2011). Votre politique/vos procédures doivent donc refléter l'importance d'une approche collaborative mettant à contribution l'expertise de nombreux acteurs de l'établissement. Par exemple, une évaluation par le médecin pourrait permettre d'évaluer et de documenter les conséquences d'une maltraitance physique ou sexuelle sur le résident maltraité. Les préposés aux bénéficiaires pourraient documenter les changements d'attitude ou de comportements. Un bénévole qui a développé un bon lien de confiance avec le résident pourrait peut-être le rassurer et l'accompagner.

D'autre part, certains acteurs à l'interne ou à l'externe ont un rôle particulier à jouer dans les situations de maltraitance. Par exemple, au-delà du traitement des plaintes, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services devrait-il être mis à profit dans les situations de maltraitance par le biais de sa fonction de consultant relativement à l'organisation des soins et services? Quelle pourrait être la contribution des syndicats, du comité des résidents/des usagers, du conseiller en milieu de vie, etc. ? À l'externe, de nombreuses personnes et instances peuvent, dans certaines circonstances, soutenir les interventions lors de situations de maltraitance (Curateur public, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, avocats et notaires). Il est particulièrement important de clarifier les responsabilités de l'établissement lorsque la situation de maltraitance implique des actes de nature criminelle (sur ce point, plusieurs établissements gagneraient à consulter leur contentieux). Pour plus d'information sur les acteurs ou organismes pouvant être interpellés, consultez les sections 5 et 6 du *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (2016).

Enfin, il est intéressant de réfléchir aux structures formelles qui peuvent être utilisées ou mises en place pour favoriser la collaboration des différents acteurs pour de meilleures interventions en maltraitance. La réalité du travail quotidien et le sentiment d'urgence que ressentent souvent les équipes lorsque des situations de maltraitance se produisent peuvent favoriser des interventions rapides, mais non concertées. Par exemple, une directive qui indique qu'une rencontre rassemblant des représentants de plusieurs disciplines devrait être planifiée chaque fois qu'une situation de maltraitance est identifiée peut permettre l'implantation d'une réelle approche collaborative en maltraitance.

### 4.6 – PROTECTION DU RÉSIDENT QUI VIT DE LA MALTRAITANCE ET SOUTIEN AUX PERSONNES IMPLIQUÉES

Dès l'identification des premiers indices de maltraitance ainsi qu'à chacune des étapes du plan d'intervention, il faut s'assurer que les efforts nécessaires soient mis en œuvre pour assurer la

sécurité du résident maltraité ainsi que celle des autres résidents. Les interventions à privilégier pour y arriver pourront varier selon le type de maltraitance, les désirs du résident, le niveau de risque de la situation (pour le résident maltraité et pour les autres résidents), l'identité, les capacités cognitives et l'intention de la personne maltraitante. Par ailleurs, il arrive que les interventions en lien avec une situation de maltraitance doivent être déployées sur le long terme. Il faut prendre note qu'au même titre que le résident maltraité, les autres personnes impliquées (témoins, membres du personnel, proches, autres résidents, etc.) peuvent vivre des conséquences provoquées par cette situation (colère, peur des représailles, sentiment d'impuissance, etc.).

Voici quelques exemples d'éléments dont il faut tenir compte lors de la planification des interventions en maltraitance.

- **Sécurité du résident maltraité et des autres résidents** : désirs du résident; responsabilité accrue de l'établissement lorsque la personne maltraitante est un employé; mesures d'encadrement à envisager pour limiter les conséquences négatives pour le résident maltraité et les autres résidents; nécessité d'offrir un soutien psychosocial au résident maltraité; etc.
- **Soutien aux autres personnes impliquées** : soutien continu du personnel et séances de *débriefing* au besoin; possibilité de référence au programme d'aide aux employés; soutien et service de référence offert aux proches; soutien et *counseling* auprès d'autres résidents.

### > THÈME 5 : SOUTIEN ET FORMATION

#### 5.1 À 5.4 – FORMATION INITIALE ET CONTINUE, MÉCANISMES DE SOUTIEN

**La nécessité d'offrir de la formation aux membres du personnel afin de prévenir la maltraitance est l'une des recommandations les plus solidement appuyées par la littérature scientifique** (Zhang et al., 2012; Hoffman, 2012; Payne et Strasser, 2012; Castle, 2012; Buzgova et Ivanova, 2011; Rosen, Lachs et Pillemer, 2010; Zhang et al., 2010; Cohen et al., 2010; Post et al., 2010; Buzgova et Ivanova, 2009; Wang et al., 2009; Shinan-Altman et Cohen, 2009; Dehart, Webb et Cornman, 2009). La majorité de ces auteurs s'entendent d'ailleurs pour dire que les formations devraient être continues plutôt que ponctuelles et qu'elles devraient s'accompagner de rappels ainsi que de mécanismes de soutien et d'encadrement des équipes confrontées à une situation de maltraitance. Dans le contexte de la maltraitance, la remise d'information écrite n'est pas démontrée efficace alors que la formation en personne permet d'améliorer les connaissances des professionnels de la santé (Cooper et al., 2009).

De nombreux sujets pourraient être abordés lors des formations, par exemple :

- Maltraitance (définition, formes, intention et types), identification, politique sur la maltraitance de l'établissement;
- Attitudes envers le vieillissement et les personnes en perte d'autonomie (âgisme);

- Connaissances gériatriques et gérontologiques (pertes cognitives, comportements perturbateurs, etc.);
- Gestion du stress et des situations difficiles;
- Compétences interpersonnelles.

### > THÈME 6 : DIFFUSION ET ÉVALUATION

#### 6.1 – DIFFUSION, DISSÉMINATION ET COMPRÉHENSION DE LA POLITIQUE/DES PROCÉDURES

Pour être efficaces et avoir un réel impact sur l'incidence de la maltraitance envers les résidents, la politique/les procédures de l'établissement en matière de maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD doivent être connues et comprises par les différents acteurs du milieu. C'est pourquoi les efforts entourant l'autoévaluation et la révision de votre politique/vos procédures doivent aussi inclure une réflexion sur les moyens que l'établissement se donne pour les diffuser et soutenir leur application concrète. Il est important de développer un plan de transfert des connaissances qui tient compte des particularités des différents publics cibles.

Différentes stratégies peuvent être employées à cet effet, par exemple : les ressources humaines peuvent jouer un rôle dans l'orientation initiale des employés; des rappels périodiques peuvent être faits dans le cadre des réunions d'équipe, sur l'intranet ou dans un journal interne; des *débriefings* et des rencontres d'équipe peuvent être prévus lorsque des situations de maltraitance sont identifiées; des affiches peuvent être placardées; etc. De la même façon, on doit se questionner sur les différents moyens qui peuvent être envisagés pour rejoindre les résidents, leurs proches et les visiteurs (guide d'accueil, comité des résidents, affiches, etc.).

#### 6.2 – LE PERSONNEL D'AGENCE TEMPORAIRE

Le recours au personnel d'agence temporaire implique nécessairement pour les CHSLD un encadrement et du soutien afin de maintenir la continuité et la qualité des soins et services offerts aux résidents. Le personnel temporaire est moins familier avec les résidents et cela a un impact certain sur la qualité des relations avec les résidents; certains auteurs parlent d'un risque de « dépersonnalisation » des résidents (Wiersma et Dupuis, 2010). Le roulement de personnel présente une difficulté supplémentaire, car il peut entraîner une augmentation des charges de travail, un niveau plus élevé d'épuisement et une baisse de satisfaction chez l'ensemble des employés (Habjanic et al., 2011; Mass et Buckwalters, 2008; Payne et Fletcher, 2005).

Les questions en lien avec le personnel temporaire et la maltraitance se posent donc de plusieurs façons.

- Étant donné que des soins mal prodigués, volontairement ou non, constituent de la maltraitance, comment l'établissement s'assure-t-il que le personnel temporaire connaisse : les orientations de l'établissement en matière de qualité des soins et services offerts; la politique/les procédures de l'établissement relatives à la maltraitance envers les résidents (incluant les directives quant au signalement); les besoins et les particularités des résidents

dont il a la charge; ainsi que les comportements et attitudes attendus de la part des employés.

### 6.3 – ÉVALUATION

Il est recommandé d'entreprendre un processus d'évaluation de la politique/des procédures avec l'aide d'une équipe spécialisée afin d'identifier et de diagnostiquer la nature des difficultés rencontrées en lien avec leur diffusion et leur application dans le but d'apporter les changements nécessaires. Avant la diffusion au sein de l'établissement, il peut être important de valider le contenu de la politique/des procédures en la ou les présentant à plusieurs personnes. L'idée est de s'assurer que le contenu ainsi que la formulation des énoncés sont adaptés à toutes les personnes amenées à côtoyer un résident en CHSLD. Ceci permet d'ajuster au besoin la politique/les procédures avant la diffusion à plus grande échelle. Une fois la politique/les procédures diffusées, il faut également s'assurer qu'elles sont suffisamment implantées, c'est-à-dire que les personnes qui accèdent au CHSLD connaissent l'existence de la politique/des procédures et leur contenu. La diffusion à tout l'établissement n'est pas suffisante pour que la politique/les procédures soient utilisées concrètement. Une étude d'implantation pourrait être effectuée dans le but de savoir si la politique/les procédures sont acceptables et utiles pour les utilisateurs. Finalement, lorsque l'implantation de la politique/des procédures est jugée suffisante, il est possible d'évaluer les effets pour vérifier si la politique/les procédures implantées atteignent réellement les buts et les objectifs fixés au départ. Par exemple, il peut être important de décrire les impacts sur la qualité des soins et le climat organisationnel.

## > THÈME 7 : HARMONISATION DES PRATIQUES

Afin d'assurer l'harmonisation des pratiques de l'établissement, il importe de coordonner les efforts en identifiant les politiques et mécanismes connexes. Ensuite, les personnes responsables de ces politiques et mécanismes pourront procéder à leur révision. Voici quelques exemples de questions qui pourront guider vos réflexions quant à l'identification et l'harmonisation de quelques politiques et mécanismes connexes.

- **Politiques des ressources humaines** : est-ce que des questions d'entrevues devraient être prévues afin d'examiner les attitudes des candidats face à la maltraitance? Est-ce qu'un processus de vérification des antécédents judiciaires est automatiquement enclenché? Comment la politique et les procédures relatives à la maltraitance sont présentées aux nouveaux employés?
- **Consentement aux soins** : est-ce que les politiques de l'établissement reconnaissent le droit de tous les résidents, y compris les résidents inaptes, de refuser des soins (médication, traitement, activités, certains aliments, etc.)? Est-ce que le personnel comprend que les résidents peuvent refuser des soins? Comment ce refus est-il géré par l'équipe soignante? Est-ce clair pour le personnel que le fait de forcer un résident qui le refuse à accepter un soin peut être considéré comme de la maltraitance?

Il est important de clarifier la position de l'établissement sur ces questions, car dans plusieurs cas, l'équipe soignante ressent une tension entre, d'une part, le droit du résident de refuser des soins et, d'autre part, la responsabilité de l'établissement de fournir les soins requis à celui-ci (par exemple, un résident dont la condition de santé requiert un régime alimentaire particulier, mais auquel il refuse de se conformer). Dans quelles circonstances doit-on tenter de faire changer d'avis un résident ou au contraire, respecter le droit de ce résident de « prendre des risques »? L'établissement doit se doter de balises claires afin de soutenir les équipes soignantes et d'assurer le respect des droits des résidents.

- **Gestion des comportements perturbateurs** : les comportements perturbateurs (agressivité, errance intrusive, comportements socialement déplacés, etc.) représentent un facteur de risque important de maltraitance. Est-ce qu'il existe une procédure spécifique pour la prévention ou la gestion de ces comportements?
- **Encadrement des visites** : les politiques et mécanismes en place permettent-ils de respecter le droit des résidents de recevoir des visiteurs, tout en prévoyant l'encadrement nécessaire si des visiteurs se comportent de façon inadéquate ou présentent un risque pour la sécurité et l'intégrité des résidents? Ces politiques et mécanismes prévoient-ils des mesures d'encadrement progressives? Désigne-t-on avec précision les personnes à aviser si des problèmes se posent avec des visiteurs? Les situations pour lesquelles des solutions légales (restriction des visites, plaintes au criminel, etc.) devraient être envisagées sont-elles clairement identifiées?
- **Encadrement et soutien des bénévoles** : les politiques et mécanismes entourant l'implication bénévole dans le CHSLD devraient-ils être révisés pour refléter l'engagement de l'établissement face au problème de la maltraitance? Informe-t-on les bénévoles que l'établissement s'est doté d'une politique ou de procédures spécifiques à la question incluant de l'information telle que la formation disponible, leurs responsabilités en lien avec l'identification, les procédures de signalement et les mécanismes de soutien?



## 6. GRILLES D'AUTOÉVALUATION D'UNE POLITIQUE /DE PROCÉDURES POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂNÉES EN CHSLD

### > QUESTIONS CONTEXTUELLES PRÉALABLES

Pour les établissements qui ont une politique qui traite de maltraitance envers les personnes âgées

Nom de la politique:

Direction responsable :

Date d'entrée en vigueur :

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date de la dernière révision :

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### 1. Quel est le (ou les) principal(aux) objectif(s) de la politique?

---

---

---

---

---

---

---

#### 2. Qui est ciblé par cette politique?

Établissement(s), installation(s), CHSLD(s) : \_\_\_\_\_

---

---

Personnel : \_\_\_\_\_

---

---

Clientèle(s) : \_\_\_\_\_

---

---

Autre(s) : \_\_\_\_\_

---

---

# GRILLES D'AUTOÉVALUATION D'UNE POLITIQUE /DE PROCÉDURES POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES EN CHSLD

## > THÈME 1 : RECONNAISSANCE DU PROBLÈME

		OUI	NON	EN PARTIE	NE SAIS PAS	NA	A TRAVAILLER
<b>1.1</b>	<b>Est-ce que la politique/les procédures ou une partie de celles-ci concernent spécifiquement la maltraitance envers les résidents?</b>						<input type="checkbox"/>
	Si oui, est-ce spécifique à des situations particulières? Précisez. BILAN : _____ _____ _____ _____						
<b>1.2</b>	<b>La politique/les procédures comportent-elles une définition claire de la maltraitance?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____ _____						
<b>1.3</b>	<b>La politique/les procédures décrivent-elles les différents types de maltraitance (psychologique, physique, sexuelle, matérielle ou financière, violation des droits, organisationnelle, âgisme)?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____ _____						
<b>1.4</b>	<b>La politique/les procédures présentent-elles les deux grandes formes que peut prendre la maltraitance (violence et négligence)?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____ _____						

**GRILLES D'AUTOÉVALUATION D'UNE POLITIQUE /DE PROCÉDURES  
POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES EN CHSLD**

**> THÈME 1 : RECONNAISSANCE DU PROBLÈME**

		OUI	NON	EN PARTIE	NE SAIS PAS	NA	A TRAVAILLER
<b>1.5</b>	<b>La politique/les procédures abordent-elles le fait que la maltraitance peut être intentionnelle et/ou non intentionnelle?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____						
<b>1.6</b>	<b>La politique/les procédures indiquent-elle clairement que la maltraitance envers les personnes âgées peut être commise par un membre du personnel, par un proche, par un bénévole, par un visiteur ou par un autre résident?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____						

> **RÉFLEXION SUR LE THÈME 1 : RECONNAISSANCE DU PROBLÈME**

**1. Quelles sont nos forces?**

---

---

---

---

---

**2. Où faut-il mettre nos efforts?**

---

---

---

---

---

**3. Quelles sont les mesures à prendre pour bonifier la politique/les procédures et qui sont les acteurs (à l'interne et/ou à l'externe) à impliquer pour implanter ces mesures?**

Mesures à prendre	Acteurs à l'interne	Acteurs à l'externe

**GRILLES D'AUTOÉVALUATION D'UNE POLITIQUE /DE PROCÉDURES  
POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES EN CHSLD**

**> THÈME 2 : SENSIBILISATION**

		OUI	NON	EN PARTIE	NE SAIS PAS	NA	A TRAVAILLER
<b>2.1</b>	<b>La politique/les procédures reconnaissent-elles la nécessité de favoriser la sensibilisation/éducation des <u>résidents</u> âgés par rapport à la leurs droits et aux recours en cas de maltraitance?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____						
<b>2.2</b>	<b>La politique/les procédures reconnaissent-elles la nécessité de favoriser la sensibilisation/éducation des <u>proches</u> par rapport aux droits des résidents et aux recours en cas de maltraitance?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____						
<b>2.3</b>	<b>La politique/les procédures reconnaissent-elles la nécessité de favoriser la sensibilisation/éducation des <u>visiteurs</u> par rapport aux droits des résidents et aux recours en cas de maltraitance?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____						
<b>2.4</b>	<b>La politique/les procédures reconnaissent-elles la nécessité de favoriser la sensibilisation/éducation des <u>bénévoles</u> par rapport aux droits des résidents et aux recours en cas de maltraitance?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____						

GRILLES D'AUTOÉVALUATION D'UNE POLITIQUE /DE PROCÉDURES  
POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES EN CHSLD

> THÈME 2 : SENSIBILISATION

	OUI	NON	EN PARTIE	NE SAIS PAS	NA	A TRAVAILLER
2.5						<input type="checkbox"/>
<p><b>La politique/les procédures reconnaissent-elles la nécessité de favoriser la sensibilisation/éducation des <u>membres du personnel</u> par rapport aux droits des résidents et aux recours en cas de maltraitance?</b></p> <p>BILAN : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>						

> **RÉFLEXION SUR LE THÈME 2 : SENSIBILISATION**

**1. Quelles sont nos forces?**

---



---



---



---



---

**2. Où faut-il mettre nos efforts?**

---



---



---



---



---

**3. Quelles sont les mesures à prendre pour bonifier la politique/les procédures et qui sont les acteurs (à l'interne et/ou à l'externe) à impliquer pour implanter ces mesures?**

Mesures à prendre	Acteurs à l'interne	Acteurs à l'externe

GRILLES D'AUTOÉVALUATION D'UNE POLITIQUE /DE PROCÉDURES  
POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES EN CHSLD

> THÈME 3 : IDENTIFICATION

		OUI	NON	EN PARTIE	NE SAIS PAS	NA	A TRAVAILLER
<b>3.1</b>	<b>La politique/les procédures reconnaissent-elles l'importance de l'identification des situations de maltraitance envers les résidents?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____ _____						
<b>3.2</b>	<b>La politique/les procédures énoncent-elles clairement comment signaler la maltraitance (les étapes à suivre et les personnes à aviser si l'on a été témoin d'une situation de maltraitance ou si l'on remarque des indices possibles de maltraitance)?</b>						<input type="checkbox"/>
	<b>La politique/les procédures sont-elles adaptées selon la personne qui est témoin (membre du personnel - divers types d'emplois, bénévole, proche ou visiteur, résident)?</b>						
	BILAN : _____ _____ _____ _____						
<b>3.3</b>	<b>La politique/les procédures identifient-elles clairement les responsabilités des personnes chargées de recevoir et de traiter les signalements?</b>						<input type="checkbox"/>
	<b>Un cadre de coordination des actions à poser suite à un signalement est-il prévu?</b>						
	<b>Une entente de collaboration intersectorielle est-elle prévue? Y a-t-il des instances que l'on peut interpeller?</b>						
	BILAN : _____ _____ _____ _____						



**GRILLES D'AUTOÉVALUATION D'UNE POLITIQUE /DE PROCÉDURES  
POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES EN CHSLD**

---

**> THÈME 3 : IDENTIFICATION**

		OUI	NON	EN PARTIE	NE SAIS PAS	NA	À TRAVAILLER
<b>3.4</b>	<b>Au moment d'un signalement, des structures formelles de soutien sont-elles prévues pour assurer la sécurité immédiate des résidents concernés/pour protéger la personne qui a signalé?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____ _____						

> **RÉFLEXION SUR LE THÈME 3 : IDENTIFICATION**

**1. Quelles sont nos forces?**

---

---

---

---

---

**2. Où faut-il mettre nos efforts?**

---

---

---

---

---

**3. Quelles sont les mesures à prendre pour bonifier la politique/les procédures et qui sont les acteurs (à l'interne et/ou à l'externe) à impliquer pour implanter ces mesures?**

Mesures à prendre	Acteurs à l'interne	Acteurs à l'externe

# GRILLES D'AUTOÉVALUATION D'UNE POLITIQUE /DE PROCÉDURES POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES EN CHSLD

## > THÈME 4 : INTERVENTION

		OUI	NON	EN PARTIE	NE SAIS PAS	NA	À TRAVAILLER
<b>4.1</b>	<b>La politique/les procédures comportent-elles un cadre décisionnel auquel se référer lorsqu'une situation de maltraitance est identifiée ou apparaît probable?</b>						<input type="checkbox"/>
	<b>Tient-on compte du type de maltraitance identifié?</b>						
	BILAN : _____ _____ _____ _____						
<b>4.2</b>	<b>L'intervention en maltraitance repose-t-elle sur une approche concertée impliquant plusieurs disciplines et secteurs (approche collaborative) propre à l'établissement?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____ _____						
<b>4.3</b>	<b>Nomme-t-on les acteurs internes ou externes qui peuvent être mis à contribution, et dans quelles circonstances?</b>						<input type="checkbox"/>
	<b>La politique/les procédures comportent-elles un énoncé clair concernant les situations de maltraitance qui impliquent une infraction au Code criminel?</b>						
	BILAN : _____ _____ _____ _____						

GRILLES D'AUTOÉVALUATION D'UNE POLITIQUE /DE PROCÉDURES  
POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES EN CHSLD

> THÈME 4 : INTERVENTION

		OUI	NON	EN PARTIE	NE SAIS PAS	NA	A TRAVAILLER
<b>4.4</b>	<b>Précise-t-on le rôle du commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans les situations de maltraitance, (traitement des plaintes, consultation, amélioration des pratiques, prévention)?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____ _____						
<b>4.5</b>	<b>Des structures formelles sont-elles prévues pour favoriser la collaboration de tous ces acteurs au niveau de l'intervention ?</b>						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____ _____						
<b>4.6</b>	<b>Des mesures sont-elles prévues pour assurer la protection du résident et celle des autres résidents?</b>						<input type="checkbox"/>
	<b>Des mesures sont-elles prévues pour assurer un support adéquat au personnel et aux autres personnes appelées à intervenir auprès de ce résident et/ou de la personne maltraitante?</b>						
	BILAN : _____ _____ _____ _____						

> **RÉFLEXION SUR LE THÈME 4 : INTERVENTION**

**1. Quelles sont nos forces?**

---



---



---



---



---

**2. Où faut-il mettre nos efforts?**

---



---



---



---



---

**3. Quelles sont les mesures à prendre pour bonifier la politique/les procédures et qui sont les acteurs (à l'interne et/ou à l'externe) à impliquer pour implanter ces mesures?**

Mesures à prendre	Acteurs à l'interne	Acteurs à l'externe

GRILLES D'AUTOÉVALUATION D'UNE POLITIQUE /DE PROCÉDURES  
POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES EN CHSLD

> THÈME 5 : SOUTIEN ET FORMATION

		OUI	NON	EN PARTIE	NE SAIS PAS	NA	A TRAVAILLER
5.1	Un plan de formation sur la maltraitance envers les personnes âgées (prévention, identification, intervention) est-il prévu? Si oui, sous quelle forme (formation initiale, formation continue)?						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____						
5.2	La politique/les procédures précisent-elles clairement la formation minimale qui doit être reçue par les employés (contenu, fréquence) en lien avec la maltraitance?						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____						
5.3	Au-delà de la formation, des structures formelles sont-elles prévues pour assurer le soutien adéquat au personnel appelé à faire de la prévention, de l'identification ou à intervenir dans des situations de maltraitance?						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____						
5.4	Des structures formelles sont-elles prévues pour assurer le soutien adéquat au personnel à la suite d'une situation de maltraitance (accompagnement psychologique, soutien des ressources humaines, réflexion visant la prévention et l'amélioration continue des pratiques)?						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____						

> RÉFLEXION SUR LE THÈME 5 : SOUTIEN ET FORMATION

1. Quelles sont nos forces?

---

---

---

---

---

2. Où faut-il mettre nos efforts?

---

---

---

---

---

3. Quelles sont les mesures à prendre pour bonifier la politique/les procédures et qui sont les acteurs (à l'interne et/ou à l'externe) à impliquer pour implanter ces mesures?

Mesures à prendre	Acteurs à l'interne	Acteurs à l'externe

GRILLES D'AUTOÉVALUATION D'UNE POLITIQUE /DE PROCÉDURES  
POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES EN CHSLD

> THÈME 6 : DIFFUSION ET ÉVALUATION

		OUI	NON	EN PARTIE	NE SAIS PAS	NA	A TRAVAILLER
6.1	Les rôles des différents acteurs dans la diffusion de la politique/des procédures sont-ils clairement identifiés (ressources humaines, direction, supérieur immédiat, etc.)?						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____						
6.2	Les stratégies de diffusion tiennent-elles compte de la nécessité d'informer le personnel d'agence temporaire au sujet de cette politique/ces procédures?						<input type="checkbox"/>
	BILAN : _____ _____ _____						
6.3	Des efforts sont-ils déployés pour évaluer l'impact des stratégies de diffusion sur les personnes visées par la politique/les procédures?						<input type="checkbox"/>
	Des efforts sont-ils déployés pour évaluer l'impact des stratégies de diffusion sur l'occurrence de la maltraitance envers les résidents?						
	BILAN : _____ _____ _____						



> RÉFLEXION SUR LE THÈME 6 : DIFFUSION ET ÉVALUATION

1. Quelles sont nos forces?

---

---

---

---

---

2. Où faut-il mettre nos efforts?

---

---

---

---

---

3. Quelles sont les mesures à prendre pour bonifier la politique/les procédures et qui sont les acteurs (à l'interne et/ou à l'externe) à impliquer pour implanter ces mesures?

Mesures à prendre	Acteurs à l'interne	Acteurs à l'externe

## 7. OUTILS SYNTHÈSES DE L'AUTOÉVALUATION

---

### > BILAN DE L'AUTOÉVALUATION SELON LES THÈMES 1 À 6

#### 1. Thème par thème, quels sont les points forts de la politique/des procédures?

*Thème 1 – RECONNAISSANCE DU PROBLÈME :* \_\_\_\_\_

---

---

---

*Thème 2 – SENSIBILISATION :* \_\_\_\_\_

---

---

---

*Thème 3 – IDENTIFICATION :* \_\_\_\_\_

---

---

---

*Thème 4 – INTERVENTION :* \_\_\_\_\_

---

---

---

*Thème 5 – SOUTIEN ET FORMATION :* \_\_\_\_\_

---

---

---

*Thème 6 – DIFFUSION ET ÉVALUATION :* \_\_\_\_\_

---

---

---

> BILAN DE L'AUTOÉVALUATION SELON LES THÈMES 1 À 6

**2. Thème par thème, quels sont les éléments que vous souhaitez ajouter à la politique/aux procédures?**

*Thème 1 – RECONNAISSANCE DU PROBLÈME :* \_\_\_\_\_

---

---

---

*Thème 2 – SENSIBILISATION :* \_\_\_\_\_

---

---

---

*Thème 3 – IDENTIFICATION :* \_\_\_\_\_

---

---

---

*Thème 4 – INTERVENTION :* \_\_\_\_\_

---

---

---

*Thème 5 – SOUTIEN ET FORMATION :* \_\_\_\_\_

---

---

---

*Thème 6 – DIFFUSION ET ÉVALUATION :* \_\_\_\_\_

---

---

---

### > BILAN DE L'AUTOÉVALUATION SELON LES THÈMES 1 À 6

- 3. Identifiez les mesures à prendre pour bonifier la politique/les procédures, ainsi que les acteurs (à l'interne et/ou à l'externe) à impliquer pour implanter ces mesures. Priorisez les mesures identifiées selon une échelle de 1 (urgent) à 5 (si possible).**

Priorité	Mesures à prendre	Acteurs à l'interne	Acteurs à l'externe

> DÉVELOPPEMENT D'UN PLAN D'ACTION

Pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD

Objectifs spécifiques				
Cibles				
Actions/Étapes				
Personnes responsables				
Échéancier				

## 8. OUTILS VISANT L'HARMONISATION DES PRATIQUES

### > INVENTAIRE NON EXHAUSTIF DES POLITIQUES ET MÉCANISMES CONNEXES POUVANT ÊTRE HARMONISÉS – 1 de 7

À HARMONISER		CONTACTÉ
	<b>Politiques pour les milieux d'hébergement</b>	
<input type="checkbox"/>	Droits et responsabilités des usagers/résidents <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Admission des nouveaux résidents <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Perte, bris ou vol de biens personnels <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Accès aux visiteurs <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Accompagnement requis à l'extérieur de l'établissement <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Avis de mouvements des résidents <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Milieu de vie <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre : _____ <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre : _____ <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>

> **INVENTAIRE NON EXHAUSTIF DES POLITIQUES ET MÉCANISMES  
CONNEXES POUVANT ÊTRE HARMONISÉS – 2 de 7**

À HARMONISER		CONTACTÉ
	<b>Politiques de communication et d'information</b>	
<input type="checkbox"/>	Élaboration, adaptation et diffusion des politiques et procédures <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sensibilisation du personnel <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre : _____ <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre : _____ <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
	<b>Politiques relatives aux ressources humaines</b>	
<input type="checkbox"/>	Droits et responsabilités du personnel <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gestion des heures de garde <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gestion du temps supplémentaire <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Formation du personnel <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>

> INVENTAIRE NON EXHAUSTIF DES POLITIQUES ET MÉCANISMES  
CONNEXES POUVANT ÊTRE HARMONISÉS – 3 de 7

À HARMONISER		CONTACTÉ
	<b>Politiques relatives aux ressources humaines (SUITE)</b>	
<input type="checkbox"/>	Orientation des nouveaux employés <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Encadrement du personnel d'agence ou temporaire <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Encadrement des bénévoles <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Équipes interdisciplinaires <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre : _____ <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre : _____ <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
	<b>Politiques en matière de soins, santé et bien-être</b>	
<input type="checkbox"/>	Consentement éclairé aux soins et services <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Prévention du suicide <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Promotion de la santé <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>



> INVENTAIRE NON EXHAUSTIF DES POLITIQUES ET MÉCANISMES  
CONNEXES POUVANT ÊTRE HARMONISÉS – 4 de 7

À HARMONISER		CONTACTÉ
	<b>Politiques en matière de soins, santé et bien-être (SUITE)</b>	
<input type="checkbox"/>	Gestion des services privés offerts aux usagers <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Surveillance clinique <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre : _____ <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre : _____ <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
	<b>Politiques de sécurité et mesures d'urgence</b>	
<input type="checkbox"/>	Organisation et administration de la sécurité <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Procédure concernant les usagers présentant des comportements violents <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Contre la violence et le harcèlement en milieu de travail <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rapport de déclaration d'incident ou d'accident <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>

> INVENTAIRE NON EXHAUSTIF DES POLITIQUES ET MÉCANISMES  
CONNEXES POUVANT ÊTRE HARMONISÉS – 5 de 7

À HARMONISER		CONTACTÉ
	<b>Politiques de sécurité et mesures d'urgence (suite)</b>	
<input type="checkbox"/>	Prévention des chutes <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre : _____ <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre : _____ <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
	<b>Politiques relatives à la qualité et aux ressources matérielles</b>	
<input type="checkbox"/>	Valeurs, mandats et principes de l'établissement <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Traitement des plaintes des usagers <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gestion et intervention en contexte de diversité culturelle <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Usage du tabac <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Saine alimentation <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre : _____ <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>

> INVENTAIRE NON EXHAUSTIF DES POLITIQUES ET MÉCANISMES  
CONNEXES POUVANT ÊTRE HARMONISÉS – 6 de 7

À HARMONISER		CONTACTÉ
	<b>Mécanismes de surveillance de la qualité des soins et des services</b>	
<input type="checkbox"/>	Régime d'examen des plaintes (commissaire aux plaintes et à la qualité des services, médecin examinateur) <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Processus d'agrément (rapport d'agrément, questionnaire d'évaluation de la satisfaction de la clientèle) <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD du MSSS <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Comité de vigilance et de la qualité <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gestion des risques (comité de gestion des risques) <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Droits des usagers (comité des usagers et/ou des résidents) <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Code d'éthique <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Protocole d'application des mesures de contrôle (contention et isolement) <i>Direction/Service responsable :</i> _____ <i>Personne contact :</i> _____	<input type="checkbox"/>

> INVENTAIRE NON EXHAUSTIF DES POLITIQUES ET MÉCANISMES  
CONNEXES POUVANT ÊTRE HARMONISÉS – 7 de 7

À HARMONISER	CONTACTÉ
<input type="checkbox"/> Autre : _____ Direction/Service responsable : _____ Personne contact : _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre : _____ Direction/Service responsable : _____ Personne contact : _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre : _____ Direction/Service responsable : _____ Personne contact : _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre : _____ Direction/Service responsable : _____ Personne contact : _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre : _____ Direction/Service responsable : _____ Personne contact : _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre : _____ Direction/Service responsable : _____ Personne contact : _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre : _____ Direction/Service responsable : _____ Personne contact : _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre : _____ Direction/Service responsable : _____ Personne contact : _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre : _____ Direction/Service responsable : _____ Personne contact : _____	<input type="checkbox"/>

### > QUESTIONNAIRE À L’INTENTION DES RESPONSABLES DES POLITIQUES ET MÉCANISMES CONNEXES IDENTIFIÉS POUR L’HARMONISATION DES PRATIQUES

*Afin d’assurer l’harmonisation des pratiques de l’établissement en ce qui a trait à la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD, il importe de coordonner les efforts en ce sens. Votre politique/mécanisme a été identifié(e), car elle/il comporte des éléments relatifs à la gestion de la maltraitance dans le continuum de soins et de services.*

*Utilisez ce questionnaire pour vous guider dans votre réflexion et vos révisions. Celui-ci devrait être accompagné des documents suivants, également tirés du Guide de réflexion, d’autoévaluation et de révision des politiques / procédures pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD :*

- Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées
- Document de soutien à la réflexion par thème

**Nom de la politique ou du mécanisme:**

**Direction responsable :**

**Date d’entrée en vigueur :**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Date de la dernière révision :**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### 1. Le sujet de la maltraitance envers les résidents est-il abordé?

Si oui, quels thèmes sont abordés? Précisez.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Thème 1 – Reconnaissance du problème | <input type="checkbox"/> Thème 4 – Intervention            |
| <input type="checkbox"/> Thème 2 – Sensibilisation            | <input type="checkbox"/> Thème 5 – Soutien et formation    |
| <input type="checkbox"/> Thème 3 – Identification             | <input type="checkbox"/> Thème 6 – Diffusion et évaluation |

Précisez.

---

---

---

---

---

---

---

### > QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DES RESPONSABLES DES POLITIQUES ET MÉCANISMES CONNEXES IDENTIFIÉS POUR L'HARMONISATION DES PRATIQUES

#### 2. Quels sont les thèmes qui devraient ou pourraient être abordés?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Thème 1 – Reconnaissance du problème | <input type="checkbox"/> Thème 4 – Intervention            |
| <input type="checkbox"/> Thème 2 – Sensibilisation            | <input type="checkbox"/> Thème 5 – Soutien et formation    |
| <input type="checkbox"/> Thème 3 – Identification             | <input type="checkbox"/> Thème 6 – Diffusion et évaluation |

**Précisez.**

---

---

---

---

#### 3. Est-ce que des modifications devraient être apportées afin d'assurer la reconnaissance et l'harmonisation des efforts de l'établissement pour contrer la maltraitance envers les résidents? *Oui / Non*

- a. Si oui, est-ce que des changements aux pratiques actuelles devraient être apportés ou des actions posées?

**Précisez.**

---

---

---

---

- b. Si oui, est-ce que des documents ou outils de travail doivent être mis à jour?

**Précisez.**

---

---

---

---

- > QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DES RESPONSABLES  
DES POLITIQUES ET MÉCANISMES CONNEXES IDENTIFIÉS  
POUR L'HARMONISATION DES PRATIQUES

### EXEMPLE

**Nom de la politique ou du mécanisme:**

*MÉCANISME : Régime d'examen des plaintes*

**Direction responsable :**

*Direction de la qualité*

**Date d'entrée en vigueur :**

*01 /01/2014*

**Date de la dernière révision :**

*01/01/2015*

**1. Le sujet de la maltraitance envers les résidents est-il abordé?**

**Si oui, quels thèmes sont abordés? Précisez.**

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Thème 1 – Reconnaissance du problème | <input type="checkbox"/> Thème 4 – Intervention                       |
| <input type="checkbox"/> Thème 2 – Sensibilisation                       | <input type="checkbox"/> Thème 5 – Soutien et formation               |
| <input type="checkbox"/> Thème 3 – Identification                        | <input checked="" type="checkbox"/> Thème 6 – Diffusion et évaluation |

**Précisez.**

*Thème 1 : Le régime d'examen des plaintes traite des plaintes pour maltraitance. Toutefois, ces plaintes ne font pas l'objet d'une attention particulière et ne sont pas comptabilisés selon un code précis.*

*Thème 6 : Il est bien indiqué, dans le régime d'examen des plaintes, comment il convient de diffuser l'information sur les services offerts aux résidents et à leurs proches. Il y a des affiches placardées dans l'établissement et des dépliants disponibles à l'accueil. Aussi, le régime est expliqué à tout nouveau résident et tout nouvel employé.*

### > QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DES RESPONSABLES DES POLITIQUES ET MÉCANISMES CONNEXES IDENTIFIÉS POUR L'HARMONISATION DES PRATIQUES

#### 2. Quels sont les thèmes qui devraient ou pourraient être abordés?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Thème 1 – Reconnaissance du problème | <input checked="" type="checkbox"/> Thème 4 – Intervention |
| <input type="checkbox"/> Thème 2 – Sensibilisation            | <input type="checkbox"/> Thème 5 – Soutien et formation    |
| <input type="checkbox"/> Thème 3 – Identification             | <input type="checkbox"/> Thème 6 – Diffusion et évaluation |

#### Précisez.

*Bien que le régime examine certaines plaintes de maltraitance, il n'est pas précisé comment celles-ci doivent être traitées. Nous devrions établir des lignes directrices sur la manière de gérer différents types de plaintes liés à la maltraitance (une plainte envers un autre résident, une plainte envers un employé, etc.).*

#### 3. Est-ce que des modifications devraient être apportées afin d'assurer la reconnaissance et l'harmonisation des efforts de l'établissement pour contrer la maltraitance envers les résidents? *Oui*

- a. Si oui, est-ce que des changements aux pratiques actuelles devraient être apportés ou des actions posées?

#### Précisez.

*Prévoir à l'ordre du jour de la prochaine rencontre du comité vigilance et de la qualité une discussion d'équipe sur les différentes formes de maltraitance et les défis qui s'y rattachent en termes de gestion des plaintes.*

*À la prochaine rencontre, mandater quelqu'un afin qu'il évalue le protocole de gestion des plaintes. Cette personne fera des recommandations, s'il y a lieu, pour une meilleure prise en charge des plaintes pour maltraitance et un meilleur suivi statistique de celles-ci.*

- b. Si oui, est-ce que des documents ou outils de travail doivent être mis à jour?

#### Précisez.

*« Politique de gestions des plaintes QA01 » : Ajouter une référence à la politique de l'établissement pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées à la section 2.2.*

*« Protocole de gestions des plaintes » : mise à jour selon les recommandations qui seront formulées par la personne mandatée, susmentionnée.*



- Allen, P. D., Kellett, K. et Gruman, C. (2004). Elder abuse in Connecticut's nursing homes. *Journal of elder Abuse and Neglect*, 15(1), 19-42.
- Association canadienne de soins et services à domicile (2013). Outil d'autoévaluation des politiques et programmes de soins à domicile.  
[http://www.homecarelens.ca/wp-content/uploads/2013/09/HomeCareLens\\_french\\_web\\_FINAL.pdf](http://www.homecarelens.ca/wp-content/uploads/2013/09/HomeCareLens_french_web_FINAL.pdf)
- Aubry, F., et Couturier, Y. (2012). L'habilitation des nouveaux préposés aux bénéficiaires par le groupe de pairs dans les organisations gériatriques de type CHSLD au Québec. *Revue Phronesis*, 1(2), 5-14.
- Baker, M., et Heitkemper, M. M. (2005). The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing Outlook*, 53, 253-259.
- Banerjee, A. (2009). Long term care in Canada: An overview. In Armstrong, P., Boscoe, M., Clow, B., Grant, K., Haworth-Brockman, M., Jackson, B., Perdeson, A., Seeley, M. et Springer, J. (eds), *A Place to Call Home: long term care in Canada*. Fernwood publishing, Nova Scotia
- Beaulieu, M, Bédard, M-E, et Leboeuf, R. (accepté août 2015). L'intimidation envers les personnes âgées : un problème social connexe à la maltraitance? *Revue Service social*
- Beaulieu, M., et Crevier, M. (2010). Contrer la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes âgées. *Regard Analytique sur les Politiques Publiques au Québec*. *Gérontologie et Société*, 133, 69-87
- Ben Natan, M., Lowenstein, A. et Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elder's maltreatment in long term care facilities. *International Nursing Review*, 57, 113-120
- Bigaouette, M. (2006). Le défi d'un hébergement de qualité. *Le Gérotoise*, 17(1).
- Burnes, D., Pillemer, K., Caccamise, P. L., Mason, A., Henderson, C. R., Berman, J., & Lachs, M. S. (2015). Prevalence of and Risk Factors for Elder Abuse and Neglect in the Community: A Population-Based Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. Buzgova, R. et Ivanova, K. (2011). Violation of ethical principles in institutional care for older adults. *Nursing Ethics*, 18(1), 64-78.
- Buzgova, R. et Ivanova, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16(1), 110-126.
- Castle, N. (2012). Resident-to-resident abuse in nursing homes as reported by nurses aides. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), 340-356.
- Castle, N. (2012). Nurses aides reports of resident abuse in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology*, 31(3), 402-422.
- Charpentier, M. (2004). De l'institution au marché: transformation de l'hébergement des personnes âgées et enjeux actuels. *Vie et Vieillesse*, 3(2), 2-8.
- Charpentier, M. et Soulière, M. (2007). Pouvoirs et fragilités du grand âge. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19(2), 128-143.
- Charpentier, M. et Soulière, M. (2012). Ligne téléphonique provinciale : Aide Abus Aînés : Analyse de l'implantation et de la pertinence clinique.
- Cohen, M., Halevy-Levin, S., Gugins, R., Priltusky, D. et Friedman, G. (2010). Elder abuse in long term care residences and the risk factors. *Aging and Society*, 30, 1027-1040.

## RÉFÉRENCES

---

- Cohen, M., Havelly-Levin, S. H., Gagin, R., et Friedman, G. (2007). Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 1224–1230.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (2001). L'exploitation des personnes âgées : vers un filet de protection resserré. Rapport de consultation et recommandations. [http://www.cdpcj.qc.ca/publications/exploitation\\_age\\_rapport.pdf](http://www.cdpcj.qc.ca/publications/exploitation_age_rapport.pdf)
- Conner, T., Prokhorov, A., Page, C., Fang, Y., Xiao, Y. et Post, L. A. (2011). Impairment and abuse of elderly by staff in long-term care in Michigan : evidence from structural equation modeling. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(1), 21-33.
- Cooper, C., Selwood, A. et Livingston G. (2009). Knowledge, detection and reporting of abuse by health and social care professionals: a systemic review. *American Journal of Geriatrics Psychiatry*, 17(10), 826-838.
- Couture, M., Sasseville, M., & Israël, S. (2015). Validation et mise à l'essai d'un guide d'autoévaluation et de révision des politiques et mécanismes pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD. Montréal, QC : CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. 23 p. <http://www.creges.ca/wp-content/uploads/2016/02/Rapport-%C3%89valuation-du-guide-dauto%C3%A9valuation-Final-31-08-2015.pdf>
- Cready, C. M., Yeatts, D. E., Gosdin, M. M. et Potts, H. F. (2008). CNA Empowerment: Effects on job performance and work attitudes. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(3), 26-35.
- Daloz, L. (2007). Représentations des soignants négligents-maltraitants : étude préliminaire sur 21 sujets épuisés en gériatrie. *Revue de Gériatrie*, 32(9), 653-662.
- Daloz, L., Bénony, H., Frénisy, M.-Cl., Chahraoui, K. (2005). Burnout et maltraitance dans la relation soignante-Burnout and abuse in health care. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 156–160.
- Daly, J. M., et Jogerst, G. J. (2007). Nursing Home Abuse Report and Investigation Legislation. *Journal of Elder Abuse et Neglect*, 19(3-4), 119-131.
- Daly, J. M. et Jogerst, G. J. (2006). Nursing home statutes: Mistreatment definitions. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 18(1), 19-39,
- DeForge , R., Van Wyk, P., Hall, J. et Salmoni, A. (2011). Afraid to care; unable to care: a critical ethnography within a long-term care home. *Journal of Aging Studies*, 25, 415-426.
- Dehart, D., Webb, J., et Cornman, C. (2009). Prevention of elder mistreatment in nursing homes: competencies for direct-care staff. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(4), 360-378.
- Furness, S. (2006) Recognising and addressing elder abuse in care homes: views from residents and managers. *The Journal of Adult Protection*, 8(1), 33-49.
- Gibbs L. M. et Mosqueda, L. (2004). Confronting elder mistreatment in long term care. *Annals of Long Term care*, 12(4), 30-35.
- Goergen, T. (2004). A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. *The Journal of Adult Protection*, 6(3), 15-25.
- Goergen, T. (2001) Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: a pilot study among professional caregivers. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(1), 1-26.
- Habjanic, A. et Lahe, D. (2012). Are frail older people less exposed to abuse in nursing homes as compared to community-based settings Statistical analysis of Slovenian data. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, e261–e270.

- Habjanic, A., Elo, S., Isola, A. et Mecitic-Turk, D. (2011). Activities to prevent common types of maltreatment of Slovenian nursing home residents: the nursing staff viewpoint. *HealthMED*, 5(6), suppl. 1
- Hawes, C. (2003). Elder abuse in residential long term care setting : What is known and what information is needed. In Bonnie, R.J. (ed), *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect and Exploitations in an Aging America* (pp. 446-500). National Academic Press.
- Hirst, S. P. (2002). Defining Resident Abuse Within the Culture of Long-Term Care Institutions. *Clinical Nursing Research*, 11(3), 267-284.
- Hsieh, H.-F., Wang, J.-J., Yen, M., et Liu, T.-T. (2009). Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behaviour toward caring for institutionalized elders. *Advances in Health Sciences Education*, 14(3), 377-386.
- Institute for Life course and Aging, Université de Toronto (2011). Un portrait national: prévention de la maltraitance (abus et négligence) envers les aînés en milieu d'hébergement. *Les Cahiers de Plaidoyer-Victimes*, 7, 135-138.
- Jogerst, G. J., Daly, J. M., Dawson, J. D., Peek-Asa, C. et Schmuch, G. (2006). Iowa nursing home characteristics associated with reported abuse. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(4), 203-207.
- Jogerst, G., Daly, J., et Hartz, A. (2005). Ombudsman Program Characteristics Related to Nursing Home Abuse Reporting. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(1), 85-98.
- Johannesen, M., & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and ageing*, afs195
- Joshi, S. et Flaherty, J. (2005). Elder abuse and neglect in long term care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21, 333-354
- Kazdin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C., Kupfer, D. J., & Offord, D. R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17(4), 375-406.
- Lachs, M., Bachman, R., Williams, C. et O'Leary, J. R. (2007) Resident-to-resident elder mistreatment and police contact in nursing home: findings from a population-based cohort. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 840-845.
- Lagacé, M., Tanguay, A., Lavallée, M.-L., Laplante, J., et Robichaud, S. (2012). The silent impact of ageist communication in long term care facilities: Elders' perspectives on quality of life and coping strategies. *Journal of Aging Studies*, 26, 335-342.
- Lebel, É. (2011). Maltraitance dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée. *Les Cahiers de Plaidoyer-Victimes*, 7, 125-127.
- Ligne Aide Abus Aînés et CSSS Cavendish-CAU. (2013). Formation sur la maltraitance : Former les formateurs. Document inédit.
- Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D., et Meadows, S. E. (2007). Elder mistreatment in the nursing home: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 610-616.
- Lowenstein, A. (2009). Elder abuse and neglect 'old phenomenon': New direction for research, legislation and service developments. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3), 278-287.
- Lowenstein, A. (1999). Elder Abuse in Residential Settings in Israel-Myth or Reality? *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10(1-2), 133-151.

## RÉFÉRENCES

---

- Maas, M. L., Specht, J. P., Buckwalter, K. C., Gittler, J., et Bechen, K. (2008). Nursing Home Staffing and Training Recommendations for Promoting Older Adults' Quality of Care and Life. Part 1. Deficits in the Quality of Care Due to Understaffing and Undertraining. *Research in Gerontological Nursing*, 1(2), 123-133.
- Maas, M. L., Specht, J. P., Buckwalter, K. C., Gittler, J., et Bechen, K. (2008). Nursing Home Staffing and Training Recommendations for Promoting Older Adults' Quality of Care and Life. Part 2. Increasing Nurse Staffing and Training. *Research in Gerontological Nursing*, 1(2), 134-152.
- Marciano, J. (2001) Mandatory criminal background checks of those caring for elders: preventing and eliminating abuse in nursing homes. *The Elder Law Journal*, 9(2).
- McCool, J. J., Jogerst, G., Daly, J. M. et Xu, Y. (2009). Multidisciplinary reports of nursing home mistreatment, *Journal of the American Medical Association*, 10(3), 174-180.
- McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison J., Hirst, S., Lowenstein, A., Podnieks, E., et Wahl, J. (2012). Institutional abuse of older adults: What we know, what we need to know. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(2), 138-160.
- Menio, D. et Hudson Keller, B (2000). CARIE: A multifaceted approach to abuse prevention in nursing homes. *Generations*, 24(2).
- Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec (2002). Contention, isolement et substances chimiques, Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-812-02.pdf>
- Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec (2013). Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées.  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-830-10F.pdf>
- Ministère de la Famille et des Aînés (2010). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées : 2010 – 2015.  
[https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/plan\\_action\\_maltraitance.pdf](https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/plan_action_maltraitance.pdf)
- Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec (2003). Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, Orientations ministérielles.
- Natan, B., Lowenstein, A., et Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social Factors Affecting Elders Maltreatment in Long-term Care Facilities. *International Nursing Review*, 57, 113–120.
- Nolan, M. (1999). Enhancing the Quality of Care in Residential and Nursing Homes: More than Just a Professional Responsibility. *Journal of Elder Abuse et Neglect*, 10(1-2), 61-77.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2015). The world report on ageing and health 2015. World Health Organization.
- Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, Y., et Post, L. (2009). The Effect of Care Setting on Elder Abuse: Results from a Michigan Survey. *Journal of Elder Abuse et Neglect*, 21(3), 239-252.
- Payne, B. K., et Appel, J. K. (2007). Workplace Violence and Worker Injury in Elderly Care Settings. *Journal of Aggression, Maltreatment et Trauma*, 14(4), 43-56.
- Payne, B. K. et Fletcher, L. B. (2005): Elder abuse in nursing homes: prevention and resolution strategies and barriers. *Journal of Criminal Justice*, 33, 119-125.
- Payne, B. K. et Gray, C. (2002) Theoretical Orientation and responses to abuse in nursing homes : a survey of ombudsmen from across the Unites States. *Journal of Social Work in Long Term care*, 1(4).

- Payne, B.K., et Strasser, S. M. (2012). Financial Exploitation of Older Persons in Adult Care Settings: Comparisons to Physical Abuse and the Justice System's Response. *Journal of Elder Abuse et Neglect*, 24(3), 231-250.
- Phillips, L. R. et Guo, G. (2011): Mistreatment in assisted living facilities: complaints, substantiation and risk factors, *The Gerontologist*, 51(3), 343-353.
- Pillemer, K., Chen, E. K., Van Haitsma K. S., Teresi, J., Ramirez, M., Silver, S., Sukha, G. et Lachs, M. S. (2011). Resident-to-resident aggression in nursing homes : result from a qualitative event reconstruction study. *The Gerontologist*, 52 (1), 24-33.
- Pillemer, K., Breckman, R., Sweeney, C., Brownell, P., Fulmer, T., Berman, J., Brown, E., Laureano, E., et Lachs, M. (2011). Practitioner's Views on Elder Mistreatment research priorities: recommendations from a Research-to-Practice Consensus conference. *Journal of Elder Abuse et Neglect*, 23(2), 115-126.
- Pillemer, K., et Moore, D. W. (1989). Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *The Gerontologist*, 29, 314-320.
- Pillemer, K., Suito, J.J., Henderson, C. R., Meador, R., Schultz, J., Robison, J. et Hegeman, C. (2003). A cooperative communication intervention for nursing home staff and family members of residents, *The Gerontologist*, 43(II), 96-106.
- Ploeg, J., Hutchison, B., MacMillan, H., et Bolan, G. (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3), 187-210.
- Post, L., Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, Y. et Biroscak, B. J. (2010). Elder abuse in long term care: types, patterns and risk factors. *Research on Aging*, 32(3), 323-348.
- Protecteur du citoyen (2014). Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée – mandat d'initiative, Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux.  
[http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/Memoire\\_projet\\_de\\_loi/2014/2014-02-17\\_Memoire\\_conditions\\_vie\\_CHSLD.pdf](http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/Memoire_projet_de_loi/2014/2014-02-17_Memoire_conditions_vie_CHSLD.pdf)
- Richardson, B., Kitchen, G. et Livingston, G. (2003). Developing the KAMA instrument (knowledge and management of abuse). *Age and Ageing*, 32, 286-291.
- Richardson, B., Kitchen, G. et Livingston, G. (2002). The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 31, 335-341.
- Rosen, T., Lachs, M. S. et Pillemer, K. (2010). Sexual aggression between residents in Nursing home: Literature synthesis of an underrecognized problem. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 1070-1079.
- Rosen, T., Lachs, M., Bharucha, A. J., Stevens, S. M., Teressi, J. A., Nebres, F. et Pillemer, K. (2008). Resident-to-resident aggression in long term care facilities: Insights from focus groups of nursing home residents and staff. *The American Geriatrics Society*, 56, 8, 1398-1408.
- Rosen, T., Pillemer, K. et Lachs, M. (2007) Resident-to-resident aggression in long term care facilities: an unstudied problem. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 77-87.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. et McCormack, B. (2003). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced nursing*, 47(1), 81-90.
- Sandvide, A., Aström, S., Norberg, A., et Saveman, B.-I (2004). Violence in institutional care for elderly people from the perspective of involved care providers. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 351-357.

## RÉFÉRENCES

---

- Sandvide, A., Fahlgren, S., Norberg, A., et Savemana, B.-I. (2006). From perpetrator to victim in a violent situation in institutional care for elderly persons: exploring a narrative from one involved care provider. *Nursing Inquiry*, 13(3), 194–202.
- Saveman, B.-I., Åström, S., Bucht, G., et Norberg, A. (1999). Elder Abuse in Residential Settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse et Neglect*, 10(1-2), 43-60.
- Schiemberg, L. B., Oekmke, J., Zhang, Z., Barborza G. E., Griffore, R. J., Von Heydrich, L., Post, L. A., Weatherill, R. et Mastin, T. (2012). Physical abuse of older adults in nursing homes: A random, sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(1), 65-83.
- Schiemberg, L. B., Barboza, G. G., Oehmke, J., Zhang, Z., Griffore R.J., Weatherill, R. P., Von Heydrich, L. et Post, L. A. (2011). Elder Abuse in Nursing Homes: An ecological perspective, *Journal of Elder Abuse et Neglect*, 23(2), 190-211.
- Stolee, P., Hiller, L. M., Etkin, M. et McLeod, J. (2012). "Flying by the Seat of Our Pants": current processes to share best practices to deal with elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(2), 179-194.
- Sheppard, L. (2009). Privacy within aged care facilities. *Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(2).
- Shinan-Altman, S. et Cohen, M. (2009). Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: The effect of work stressors and burnout. *Gerontologist*, 49(5), 674-684.
- Teaser, P. B. et Roberto, K. A. (2004) Chapter 7 Sexual abuse of older women living in nursing homes. *Journal of Gerontological Social Work*, 40(4), 105-119
- Teaster, P. B., Ramsey-Klawnsnik, H., Mendiondo, M. S., Abner, E., Cecil, K. et Tooms, M. (2007): From Behind the Shadows: A Profile of the Sexual Abuse of Older Men Residing in Nursing Homes. *Journal of Elder Abuse et Neglect*, 19 (1-2), 29-45
- Terreau, C. (2007). Épuisement professionnel et maltraitance des personnes âgées en institution. *Soins Gériatrie*, 12(65), 37-40.
- Tremblay, G. (2011). Les commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services et les droits et recours des personnes âgées dans les résidences privées. *Les Cahiers de Plaidoyer-Victimes*, 7, 128-134.
- Van Wyk, J. A., Benson, M. L., et Harris, D. K. (2000). A Test of Strain and Self-Control Theories: Occupational Crime in Nursing Homes. *Journal of Crime and Justice*, 23(2), 27-44.
- Voyer, P., Verreault, R., Azizah, G.M., Desrosiers, J., Champoux, N., et Bédard, A. (2005). Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatrics*, 5, 1-13.
- Vron, V. (2003). Using RICO to fight understaffing in nursing homes: how federal prosecution using RICO can reduce abuse and neglect of the elderly. *The George Washington Law Review*, 1025-1054.
- Wang, J. J., Lin, M. F., Tseng, H. F. et Chang, W. Y. (2009). Caregiver factors contributing to psychological elder abuse behavior in long term care facilities: a structural equation model approach. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 314-320.
- Wang, J. J. (2005). Psychological abuse behavior exhibited by caregivers in the care of the elderly and correlates factors in long term care facilities in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 13(4).
- Wiersma, E. et Dupuis, S. L. (2010). Becoming institutional bodies: Sociolization into a long term care home. *Journal of Aging Studies*, 24, 278-291
- Zhang, N. J., Unruh, L., Liu, R. et Wan, T. H. T. (2006). Minimum nurse staffing ratios for nursing homes. *Nursing Economic*, 24(2), 78-93.

Zhang, Z., Page, C., Conner, T. Post, L., (2012). Family reports of non-staff abuse in Michigan nursing homes. *Journal of Abuse and Neglect*, 24 (4), 357-369.

Zhang, Z., Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Barboza, G. E., Griffore, R. J., Post, L. A., Weatherill, R. P. et Mastin, T. (2010). Neglect of Older Adults in Michigan Nursing Homes. *Journal of Elder Abuse et Neglect*, 23(1), 58-74.





> TERMINOLOGIE  
SUR LA MALTRAITANCE  
ENVERS LES  
PERSONNES AÎNÉES



### Définition de la maltraitance envers les personnes âgées

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

(Traduction libre de OMS, 2002, dans MFA, 2010. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, p. 17)

### FORMES DE MALTRAITANCE (manifestations)

**Violence** : Malmener une personne âgée ou la faire agir contre sa volonté, en employant la force et/ou l'intimidation\*.

**Négligence** : Ne pas se soucier de la personne âgée, notamment par une absence d'action appropriée afin de répondre à ses besoins.

### L'intention de la personne maltraitante

**Maltraitance intentionnelle** : La personne maltraitante veut causer du tort à la personne âgée.

**Maltraitance non intentionnelle** : La personne maltraitante ne veut pas causer du tort ou ne comprend pas le tort qu'elle cause.

**Attention** : Il faut toujours évaluer les indices et la situation pour ne pas tirer de conclusions hâtives ou attribuer des étiquettes.

### TYPES DE MALTRAITANCE (catégories)

#### Maltraitance psychologique

Gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique.

**Violence** : Chantage affectif, manipulation, humiliation, insultes, infantilisation, dénigrement, menaces verbales et non-verbales, privation de pouvoir, surveillance exagérée des activités, etc.

**Négligence** : Rejet, indifférence, isolement social, etc.

**Indices** : Peur, anxiété, dépression, repli sur soi, hésitation à parler ouvertement, méfiance, interaction craintive avec une ou plusieurs personnes, idéations suicidaires, déclin rapide des capacités cognitives, suicide, etc.

**Attention** : La maltraitance psychologique est sans doute la plus fréquente et la moins visible :

- Accompagne souvent les autres types de maltraitance.
- Peut avoir des conséquences tout aussi importantes que les autres types de maltraitance.

#### Maltraitance physique

Gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique.

**Violence** : Bousculade, rudolement, coup, brûlure, alimentation forcée, administration inadéquate de la médication, utilisation inappropriée de contentions (physiques ou chimiques), etc.

**Négligence** : Privation des conditions raisonnables de confort ou de sécurité; non-assistance à l'alimentation, l'habillement, l'hygiène ou la médication lorsqu'on est responsable d'une personne en situation de dépendance, etc.

**Indices** : 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.

**Attention** : Les indices de maltraitance physique peuvent être liés à des symptômes découlant de certaines conditions de santé. Il est donc préférable de demander une évaluation médicale.

#### Maltraitance sexuelle

Gestes, actions, paroles ou attitudes à connotation sexuelle non consentis, qui portent atteinte au bien-être, à l'intégrité ou à l'identité sexuelle.

**Violence** : Propos ou attitudes suggestifs, blagues ou insultes à connotation sexuelle, promiscuité, comportements exhibitionnistes, agressions à caractère sexuel (attouchements non désirés, relation sexuelle imposée), etc.

**Négligence** : Privation d'intimité, non reconnaissance ou déni de la sexualité et de l'orientation sexuelle, etc.

**Indices** : Infections, plaies génitales, plaies anales, 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.

**Attention** : 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 la sexualité des aînés nuit au repérage et au signalement de la maltraitance sexuelle. L'attirance sexuelle pathologique envers les personnes âgées (gérontophilie) doit aussi être repérée.

\* « 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. » (Beaulieu, M, Bédard, M-E, et Leboeuf, R. (sous presse). « L'intimidation envers les personnes âgées : un problème social connexe à la maltraitance? ». *Revue Service social*)

### Maltraitance matérielle ou financière

Obtention ou utilisation frauduleuse, illégale, non autorisée ou malhonnête des biens ou des documents légaux de la personne, absence d'information ou mésinformation financière ou légale.

**Violence** : Pression à modifier un testament, transaction bancaire sans consentement (utilisation d'une carte bancaire, d'internet, etc.), détournement de fonds ou de biens, prix excessif demandé pour des services rendus, usurpation d'identité, etc.

**Négligence** : 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 littéracie financière, etc.

**Indices** : 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.

**Attention** : Les aînés qui présentent une forme de dépendance envers quelqu'un (p. ex. 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 l'aîné en influençant sa capacité à assumer ses responsabilités ou à combler ses besoins.

### Violation des droits

Toute atteinte aux droits et libertés individuels et sociaux.

**Violence** : 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.

**Négligence** : Non-information ou mésinformation sur ses droits, ne pas porter assistance dans l'exercice de ses droits, non reconnaissance de ses capacités, etc.

**Indices** : Entrave à la participation de la personne aînée dans les choix et les décisions qui la concernent, non-respect des décisions prises par l'aîné, réponses données par un proche à des questions qui s'adressent à l'aîné, restriction des visites ou d'accès à l'information, isolement, plaintes, etc.

**Attention** : 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. La personne inapte conserve tout de même des droits, qu'elle peut exercer dans la mesure de ses capacités.

### Maltraitance organisationnelle (soins et services)

Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures des établissements responsables d'offrir des soins et des services, qui compromet l'exercice des droits et libertés des usagers.

**Violence** : Conditions ou pratiques organisationnelles qui entraînent le non-respect des choix ou des droits des usagers, manque de personnalisation des soins, manque d'adaptation de l'institution et des services à l'individu, etc.

**Négligence** : Manque de ressources (budget, temps, personnel) et de services, formation inadéquate du personnel, etc.

**Indices** : Réduction de la personne à un numéro, horaires de soins plus ou moins rigides, besoins non comblés, défaillance dans l'aide au repas ou les soins d'hygiène, attente induue pour le changement de la culotte d'aisance, plaies, détérioration de l'état de santé, soins inadéquats, plaintes, etc.

**Attention** : Nous devons être critiques face aux lacunes du système qui peuvent brimer les droits des usagers et entraîner des conditions qui nuisent au travail du personnel de soins. Il peut être nécessaire de faire de la défense des droits.

### Âgisme

Discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale.

**Violence** : Imposition de restrictions ou normes sociales en raison de l'âge, réduction de l'accessibilité à certaines ressources, préjugés, infantilisation, mépris, etc.

**Négligence** : Indifférence envers les pratiques ou les propos âgistes lorsque nous en sommes témoins, etc.

**Indices** : Non-reconnaissance des droits, des compétences ou des connaissances, « ma petite madame », etc.

**Attention** : Nous sommes tous influencés, à divers degrés, par les stéréotypes négatifs et les discours qui sont véhiculés au sujet des personnes âgées. Ces « prêt-à-penser » fournissent des raccourcis erronés à propos de diverses réalités sociales, qui peuvent mener à des comportements maltraitants.



**Centre affilié universitaire en gérontologie sociale  
du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal**

5800, boulevard Cavendish  
Côte Saint-Luc QC H4W 2T5

[www.ciuuss-centreouestmtl.gouv.qc.ca](http://www.ciuuss-centreouestmtl.gouv.qc.ca)

**Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale**

[www.creges.ca](http://www.creges.ca)

**Pratique de pointe pour contrer la maltraitance  
envers les personnes âgées**

[www.creges.ca/contrer-la-maltraitance-envers-les-personnes-aines](http://www.creges.ca/contrer-la-maltraitance-envers-les-personnes-aines)

**Ligne AIDE ABUS AÎNÉS**

[www.aideabusaines.ca](http://www.aideabusaines.ca)