



Maltraitance psychologique et maltraitance matérielle et financière envers les personnes âgées ayant des incapacités

23 janvier 2022

Rapport de recherche



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

RÉDACTION

Marie Beaulieu, Ph. D. – Chercheure principale [1 et 2]

Hélène Carbonneau, Ph. D. – Cochercheure [3]

Anabelle Rondeau-Leclaire, M.S.s – Coordinatrice du projet [2]

Lyson Marcoux, Ph. D. – Collaboratrice [3]

Maxime Hébert, B.A. – Collaborateur [3]

Marie Crevier, Ph. D. – Collaboratrice [2]

RÉVISION GÉNÉRALE

Julien Cadieux Genesse, M.S.s, Coordonnateur [2]

Julianne Vincent, B. Sc. Comm. [1]

MISE EN PAGE

Julianne Vincent, B. Sc. Comm. [1]

Marie-Chantal Falardeau, Ph. D. Comm. [1, 2]

Pour citer ce document :

Beaulieu, M., Carbonneau, H., Rondeau-Leclaire, A., avec la collaboration de Marcoux, L., Hébert, M. & Crevier, M. (2022). *Maltraitance psychologique et maltraitance matérielle et financière envers les personnes âgées ayant des incapacités*. Rapport de recherche partenariale entre la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées et le CIUSSS de l’Estrie-CHUS remis à l’OPHQ. Sherbrooke. 148 p.

ISBN : 978-2-9815178

[1] = Université de Sherbrooke

[2] = Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées

[3] = Université du Québec à Trois-Rivières

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Équipe de recherche

- Marie Beaulieu, Ph. D. – Chercheure principale (projet entier)
- Hélène Carbonneau, Ph. D. – Co-chercheure (projet entier)
- Julien Cadieux Genesse, M.S. s. – Coordonnateur du projet (novembre 2018 à juin 2019)
- Anabelle Rondeau-Leclaire, M.S. s. – Coordonnatrice du projet (septembre 2019 à la fin)
- Marie Crevier, Ph. D. – Collaboratrice (janvier 2019 à la fin)
- Lyson Marcoux, Ph. D. – Collaboratrice pour l'analyse complémentaire (été 2020 à la fin)

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

- Denis Beaulieu (janvier 2019 à mai 2020)
- Sophie Brisson (mai 2020 à la fin)

Direction Déficience intellectuelle (DI) – Trouble du spectre de l'autisme (TSA) et Déficience physique (DP) du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

- Alain Gagnon (février 2019 à novembre 2019)
- Chantal Richer (février 2020 à août 2020)
- Véronique Lévesque (septembre 2020 à la fin)

Direction de la coordination de la mission universitaire du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

- Stéphanie McMahon (janvier 2019 à la fin)

Direction Soutien à l'autonomie des personnes âgées du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

- Sylvie Moreault (mai 2019 à la fin)

Office des personnes handicapées du Québec

- Emmanuelle Bailly (janvier 2019 au septembre 2019)
- Patricia Lamothe (septembre 2019 au janvier 2020)
- Agathe Richard-Richard (janvier 2020 à la fin)

Étudiant(e)s associé(e)s au projet

Amélie Bernier-Girard, Bac travail social (Mai à août 2019)

Marie-Anne Genest-Roy, Bac. Psy. (Octobre 2019 à juin 2020)

Maxime Hébert, Bac. Psy. (Depuis juin 2020) – Étudiant au doctorat continuum d'études en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, profil recherche

Remerciements

Nous remercions chaleureusement chacune des personnes qui a participé au projet. À sa manière et en respect de qui elle est, chacune nous a accueillis et a accepté de relater des moments difficiles de sa vie. Cela a certes remué des sentiments et fait revisiter des périodes plus sombres. Quelle générosité et quelle ouverture nous avons senties de la part de chacune de vous.

Nous souhaitons, tel que les personnes participantes l'ont formulé, que ce rapport de recherche contribue activement à l'amélioration, tant en prévention, en repérage, en soutien et en coordination, de la réponse psychosociale aux situations de maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités.

C'est pour cela que votre recherche est si importante.
[...] Je sais à quel point c'est important [la recherche], puis...
Tu sais, (hésitation) votre recherche, elle...
J'espère juste qu'elle n'ira pas dans la filière numéro treize,
dans le fond du tiroir d'un ministre, comme ça arrive souvent.
Puis, qu'après cela, changement de gouvernement, le nouveau ministre trouve ça.
Puis il fait sa sortie publique, comme si c'était sa découverte.
Alors que ça ne l'est pas du tout.
(Participante 2).

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES.....	X
LISTE DES TABLEAUX.....	XI
LISTE DES FIGURES.....	XI
LISTE DES ENCADRÉS	XI
1. Introduction	1
2. Cadre théorique et principaux concepts	4
2.1 Cadre théorique.....	4
2.2 Principaux concepts	6
2.2.1 Personne handicapée ou personne ayant des incapacités.....	6
2.2.2 Maltraitance envers les personnes âgées	7
2.2.3 Résilience et <i>empowerment</i>	9
2.2.4 Intersectionnalité, âgisme, sexisme, racisme et capacitisme	10
3. Problématique et état des connaissances.....	12
3.1 Démarche de production de l'état des connaissances.....	12
3.2 Problématique générale	15
3.2.1 Maltraitance envers toute population adulte en situation de vulnérabilité.....	15
3.3 Maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités	16
3.3.1 Prévalence de la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités	16
3.3.2 Facteurs de vulnérabilité, de risque et de protection.....	18
3.3.2.1 Facteurs de vulnérabilité	18
3.3.2.2 Facteurs de risque.....	22
3.3.2.3 Facteurs de protection	23
3.3.4 Conséquences de la maltraitance	23
3.3.5 Demande d'aide et dénonciation.....	24
3.3.6 Prévention, repérage et intervention en contexte de maltraitance	25
3.3.6.1 Repérage.....	26
3.3.6.2 Intervention	26

3.3.7 Recommandations provenant de la recherche.....	27
3.3.7.1 Prévention.....	27
3.3.7.2 Repérage.....	28
3.3.7.3 Intervention	29
3.3.7.4 Coordination.....	29
3.3.7.5 Recherches futures	29
3.3.8 Synthèse et mise en perspective de l'état des connaissances.....	30
4. Méthodologie.....	33
4.1 Territoire de la recherche.....	33
4.2 Démarche participative et intersectorielle	33
4.3 Devis de recherche.....	34
4.4 Plan d'échantillonnage	34
4.5 Approbation éthique	36
4.6 Recrutement.....	36
4.6.1 Prise de contact	38
4.7 Collecte de données	38
4.8 Saisie et analyse des données de recherche	40
5. Résultats	41
5.1 Caractéristiques des participants	41
5.2 Situations de maltraitance.....	42
5.2.1 Description sommaire des situations de maltraitance.....	43
5.2.1.1 Situations de maltraitance dans le contexte d'organismes publics	43
5.2.1.2 Situations de maltraitance dans le contexte d'un organisme communautaire ou d'économie sociale.....	49
5.2.1.3 Situations de maltraitance dans le contexte d'entreprises privées	52
5.2.1.4 Situations de maltraitance en lien avec des membres de l'entourage	56
5.2.2 Synthèse des situations de maltraitance.....	60
5.2.3 Facteurs de vulnérabilité, de risque et de protection.....	64
5.3 Conséquences	66
5.3.1 Conséquences sur la personne	66

5.3.1.1 Conséquences à court terme	66
5.3.1.2 Conséquences à long terme	69
5.3.1.3 La résilience malgré les conséquences.....	74
5.3.2 Conséquences sur autrui	75
5.4 Freins et leviers à la demande d'aide ou à la dénonciation	76
5.4.1 Freins à la demande d'aide ou à la dénonciation	77
5.4.2 Leviers à la demande d'aide ou à la dénonciation	79
5.5 Trajectoires de services et leur appréciation.....	81
5.5.1 Quelques tendances communes dans les trajectoires de services	83
5.5.2 Appréciation des services	84
5.5.3 Coordination des services	88
5.6 Analyses secondaires liées à l' <i>empowerment</i> et à la résilience	89
6. Discussion.....	93
6.1 Discussion générale	93
6.1.1 Maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités.....	93
6.1.2 Conséquences de la maltraitance	96
6.1.3 Freins et leviers à la demande d'aide ou à la dénonciation.....	97
6.1.4 Trajectoires de services.....	98
6.2 Liens entre la maltraitance, les incapacités, le genre et le vieillissement.....	101
6.2.1 Maltraitance et présence d'incapacité	101
6.2.2 Maltraitance et genre.....	103
6.2.3 Maltraitance et avancée en âge	103
6.2.4 Maltraitance, présence d'incapacité et avancée en âge.....	103
6.3 Discussion en fonction du MDH-PPH.....	105
6.4 Discussion des aspects psychologiques en lien avec le MDH-PPH	106
6.5 Recherche émancipatoire.....	108
6.6 Limites	110
7. Recommandations	112
7.1 Conditions gagnantes pour des services satisfaisants en contexte de maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités	112

7.2 Recommandations en fonction du continuum de services pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées	113
7.2.1 Prévention	113
7.2.2 Repérage	115
7.2.3 Intervention	115
7.2.4 Coordination	116
7.3 Recommandations pour la recherche.....	117
8. Conclusion.....	119
9. Références	121
ANNEXE A : Outils de recrutement	134
ANNEXE B : Liste des organismes communautaires contactés pour le recrutement	137
ANNEXE C : Protocole d’entrevue	139
ANNEXE D : Figure PRISMA de la recension des écrits systématique	148

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES

ACEF	Association coopérative d'économie familiale
AQDR	Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées
CAAP	Centre d'accompagnement et d'assistance aux plaintes
CACSMV	Comité d'arrimage-clinique en santé mentale et vieillissement
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DI	Déficiência intellectuelle
DI-TSA-DP	Direction des programmes de la déficiência intellectuelle, des troubles du spectre de l'autisme et de la déficiência physique
DP	Déficiência physique
LAAA	Ligne Aide Abus Aînés
LIPPA	Laboratoire d'innovations par et pour les aînés
MDH-PPH	Modèle de développement humain – Processus de production du handicap
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
RLS	Réseau local de services
RI	Ressource intermédiaire
RIPPH	Réseau international sur le Processus de production du handicap
RPA	Résidence privée pour aînés
RTF	Ressource de type familiale
RRQ	Régie des rentes du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
TED	Trouble envahissant du développement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Types et formes de maltraitance reconnus au Québec	7
Tableau 2 : Banques de données consultées et mots-clés	13
Tableau 3 : Pays de provenance du premier auteur des écrits retenus dans la banque principale .	14
Tableau 4 : Facteurs de vulnérabilité selon le type de maltraitance.....	19
Tableau 5 : Facteurs de risque selon le type de maltraitance	22
Tableau 6 : Freins et leviers à la demande d'aide en situation de maltraitance (personnes âgées en général)	25
Tableau 7 : Nombre d'articles spécifiques aux personnes âgées ayant des incapacités en fonction du thème	31
Tableau 8 : Types d'incapacités et leur définition	35
Tableau 9 : Caractéristiques des participants	42
Tableau 10 : Nombre de cas en fonction du type de maltraitance	60
Tableau 11 : Formes de maltraitance vécues par les participants	61
Tableau 12 : Lieux de la maltraitance vécue par les participants.....	62
Tableau 13 : Auteurs de maltraitance dans les situations relatées par les participants	63
Tableau 14 : Lien entre la maltraitance vécue et la présence d'incapacité selon les participants..	63
Tableau 15 : Facteurs de vulnérabilité et de risque dans les situations vécues par les participants	64
Tableau 16 : Synthèse des freins et leviers à la demande d'aide ou à la dénonciation	77
Tableau 17 : Inventaire des services d'aide sollicités pour faire face aux situations de maltraitance vécues	82
Tableau 18 : Satisfactions et insatisfactions des participants face aux services reçus	85

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle de développement humain et processus du handicap (MDH-PPH)	5
--	---

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 : Stratégies de recrutement déployées	37
---	----

1. Introduction

Les premiers écrits sur la maltraitance envers les personnes âgées ont été produits dans les années 1970 aux États-Unis (dont Stannard, 1973). Ils traitaient essentiellement des préoccupations des intervenants quant aux conditions d'hébergement des personnes âgées, plus précisément, des personnes ayant des incapacités et vivant en institution. Avec cette tangente initiale, il aurait été attendu de voir se développer le champ de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités ou les personnes handicapées, mais ce ne fut pas le cas. Les limitations fonctionnelles de la personne âgée furent considérées dans un grand nombre de recherches sur la maltraitance envers les personnes âgées comme des facteurs de vulnérabilité à la maltraitance. Pourtant, aucune attention accrue n'a été accordée pour tenter de comprendre ou d'expliquer la maltraitance et ses dynamiques en tenant compte du type précis d'incapacité de la personne âgée. Autrement dit, rares sont les études qui lient clairement « maltraitance », « personnes âgées » et « incapacités ». Plus rarissimes encore sont celles qui donnent la parole aux personnes âgées ayant des incapacités qui ont vécu de la maltraitance.

La lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées a énormément progressé en 50 ans de pratique au Québec. Parmi les premiers faits marquants au milieu des années 1970, notons l'adoption de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec qui traite, dans l'article 48, de l'« exploitation des personnes âgées et handicapées » (Gouvernement du Québec, 2020). Depuis 2008, on assiste à une synergie entre les travaux en matière de politiques publiques, de pratiques et de recherches. Il est indéniable que l'adoption du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015* et de sa deuxième édition pour les années 2017-2022 (Gouvernement du Québec, 2010; Gouvernement du Québec, 2017) a été déterminante dans la structuration des démarches de prévention, de repérage, d'intervention et de coordination des services. Les approches intersectorielles et interministérielles, illustrées entre autres par le travail des coordonnateurs régionaux dédiés à la lutte contre la maltraitance, font en sorte que soient interpellés une variété d'acteurs sociaux dans cette lutte reposant sur une stratégie d'action qui se situe à l'opposé d'un morcellement par ministère, service ou secteur.

Le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022* prévoit, à la mesure 49, de « soutenir la réalisation d'une recherche sur la maltraitance psychologique et financière vécue par les personnes handicapées, au moyen du programme de subventions à l'expérimentation de l'Office des personnes handicapées du Québec » (Gouvernement du Québec, 2017). Le présent rapport de recherche expose le fruit des travaux menés dans ce cadre. Cette recherche fut possible grâce à la rencontre du secteur de la recherche universitaire et de la pratique dans le Réseau public de la santé et des services sociaux (RSSS) et des organismes communautaires, y compris des associations ou regroupements de personnes handicapées.

La volonté politique et la pertinence populationnelle de documenter cette maltraitance, encore occultée, s'inscrivent dans un contexte de vieillissement démographique marqué et d'accroissement de l'espérance de vie des Québécois (Institut de la statistique du Québec, 2012; Gouvernement du Québec, 2018). À l'instar de la population générale de personnes âgées, celle ayant des incapacités de longue date ou des incapacités apparues avec l'avancée en âge croîtra de manière significative dans les prochaines années.

Outre le vieillissement démographique, des progrès médicaux prolongent la vie de personnes qui avaient, jusqu'à tout récemment, une espérance de vie moindre en raison d'incapacités (Gabbai, 2004). C'est le cas, par exemple, des personnes ayant une trisomie 21. L'investissement dans les initiatives de développement de connaissances scientifiques, de rehaussement des pratiques professionnelles (Racic, Sebreška, Kozomara, & al., 2006), de renouvellement des politiques sociales et de santé en matière de vieillissement et de participation sociale des personnes vivant avec une incapacité s'en trouve ainsi décuplé (Ansello & O'Neil, 2010; Busby, 2010).

Faisant écho à cette préoccupation, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), s'appuyant sur un état des connaissances scientifiques produites entre 1990 et 2013 en matière de maltraitance envers les personnes ayant des incapacités de tout âge, conclut que :

Très peu de données concernant la maltraitance envers les adultes et les aînés handicapés sont disponibles. [...] [Ainsi], la maltraitance envers les personnes handicapées, particulièrement auprès des personnes aînées handicapées, n'a pas reçu une attention suffisante permettant de la documenter. De futures recherches et enquêtes sont nécessaires afin de mieux connaître la prévalence de cette problématique ainsi que ses conséquences dans le but de mieux planifier les interventions auprès de cette population. (Dugas & Lamotte, 2015 : 39).

La recherche a pour **but** de documenter de façon théorique et pratique la problématique de la maltraitance psychologique, matérielle et financière envers les personnes aînées ayant des incapacités les mettant en situation de handicap au Québec. Quatre objectifs sont poursuivis.

1. Dresser un **bilan des connaissances théoriques** sur la maltraitance psychologique, matérielle et financière envers les personnes aînées ayant des incapacités.
2. Documenter, au moyen de cas, la **maltraitance psychologique** envers les personnes aînées ayant des incapacités (maltraitance subie, types de relation avec la personne maltraitante, lieux de la maltraitance, facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité, demande d'aide, trajectoire de services, appréciation des services – dont prise en compte des besoins et du profil des intervenants –, conséquences à court, moyen et long terme, freins et leviers pour mettre fin à la situation de maltraitance). Au moyen d'analyses secondaires des verbatims, documenter les cas de maltraitance psychologique selon une perspective liée notamment à la résilience et à l'*empowerment* dans le champ de la psychologie clinique.
3. Documenter, au moyen de cas, la **maltraitance matérielle et financière** envers les personnes aînées ayant des incapacités (maltraitance subie, types de relation avec la personne maltraitante, lieux de la maltraitance, facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité, demande d'aide, trajectoire de services, appréciation des services – dont prise en compte des besoins et du profil des intervenants –, conséquences à court, moyen et long terme, freins et leviers pour mettre fin à la situation de maltraitance). Au moyen d'analyses secondaires des verbatims, documenter les cas de maltraitance matérielle et financière selon une perspective liée notamment à la résilience et l'*empowerment* dans le champ de la psychologie clinique.

4. À la lumière des trois premiers objectifs, **dégager des recommandations** en matière de prévention, de repérage (y compris la réception de la demande d'aide et l'accès aux services) et d'intervention (y compris son adaptation aux personnes ayant des incapacités) à l'intention de divers publics tels que des associations de personnes âgées et de personnes ayant des incapacités, le RSSS, des organismes communautaires, des décideurs publics (ministères et gouvernements), etc.

Ce rapport comprend neuf sections. Suivent cette introduction le cadre théorique et la définition des principaux concepts, la problématique et l'état des connaissances, la méthodologie de recherche, la présentation des résultats, la discussion, les recommandations, la conclusion ainsi que la liste des références. Quatre annexes complètent le tout. Y sont présentés les outils de recrutement, la liste des organismes communautaires qui furent sollicités dans le recrutement, le protocole d'entrevue ainsi que la figure PRISMA qui présente schématiquement les diverses étapes de la recherche d'articles scientifiques dans les banques de données pour constituer le corpus de textes qui furent analysés pour l'objectif 1. La recherche d'articles sur l'*empowerment* et la résilience n'est pas décrite car elle a été menée par un doctorant, une fois les données de terrain récoltées, afin d'apporter un approfondissement analytique aux objectifs 2 et 3.

2. Cadre théorique et principaux concepts

2.1 Cadre théorique

Le *Modèle de développement humain – Processus de production du handicap* (MDH-PPH), tel que mis de l'avant par *Le réseau international sur le Processus de production du handicap* (RIPPH), a été retenu pour cette recherche, car son usage facilite la compréhension globale des mécanismes limitant la participation sociale et l'exercice des droits des citoyens de tous âges.

Les assises conceptuelles du MDH-PPH s'appuient sur le modèle social du handicap (Dufour, 2013). Plus précisément, le modèle social a été développé au cours des années 1990 par des chercheurs et des activistes britanniques et a permis de considérer le handicap comme résultant des obstacles sociaux (Leduc & al., 2020; Baril, 2018). Le MDH-PPH s'est développé en réaction à un modèle médical et considère le handicap comme une pathologie inhérente à l'individu (Leduc & al., 2020; Baril, 2018).

Le modèle, exposé à la Figure 1, conceptualise en trois grandes catégories les éléments pouvant générer ou non une situation de handicap : les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie (RIPPH, 2021a).

Plus précisément, les facteurs personnels renvoient aux « systèmes organiques », aux « aptitudes » ainsi qu'aux « facteurs identitaires » de l'individu (RIPPH, 2021a). Les facteurs environnementaux réfèrent aux dimensions « sociales » ou « physiques » facilitant ou obstruant, lorsqu'interagissant avec les « facteurs personnels », la participation sociale de la personne (RIPPH, 2021a). Les « habitudes de vie », quant à elles, font échos aux « activités courantes » et aux « rôles sociaux » valorisés par la personne. La participation sociale s'évalue selon ces habitudes de vie : lorsque partiellement répondus ou lacunaires, il en résulte possiblement une situation de handicap (RIPPH, 2021a). La réalisation des habitudes de vie dépend de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux sur le plan microsystemique (entourage immédiat), mésosystemique (communauté au sein de laquelle l'individu évolue et liens entre ses différents réseaux sociaux) et macrosystemique (normes, politiques mises de l'avant dans la société).

En résumé :

Le fait de vivre des situations de participation sociale ou des situations de handicap témoigne du niveau d'adéquation entre l'environnement et les caractéristiques d'une personne ou d'une population. Lorsque des situations de handicap existent, cela veut dire que le milieu de vie des personnes ne leur permet pas de réaliser leurs habitudes de vie ou d'exercer leurs droits au même titre que les autres. (RIPPH, 2021a : s.p.).

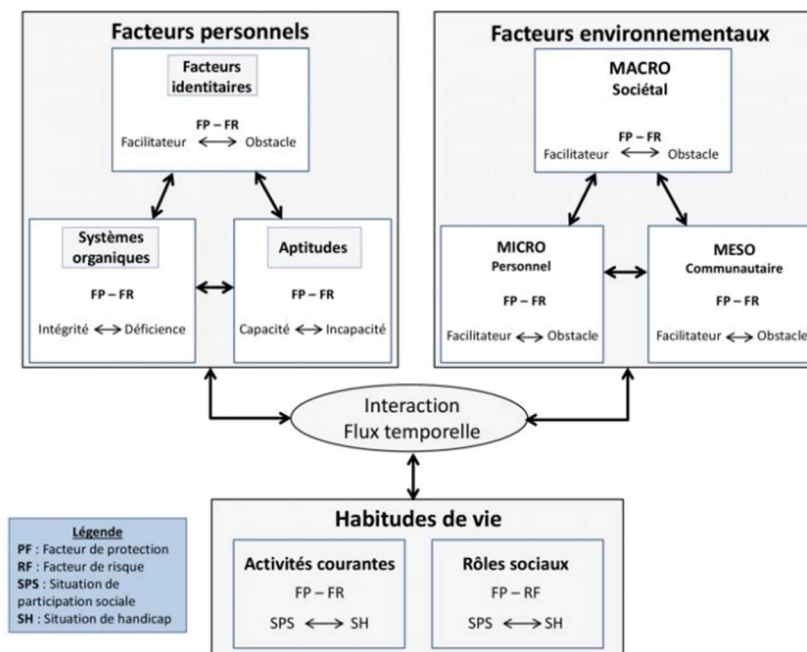


Figure 1 : Modèle de développement humain et processus du handicap (MDH-PPH) (Fougeryrollas, 2010)

Modèle conceptuel applicable à l'ensemble des institutions publiques (école, système de santé et de services sociaux, etc.), privées (milieux de travail, commerces, etc.) ou communautaires, le MDH-PPH permet de sensibiliser la population générale et les instances décisionnelles à leurs responsabilités dans la réduction des obstacles limitant la participation et l'exercice des droits fondamentaux de tout un chacun (RIPPH, 2021a). Cette vision du développement humain présuppose que la situation de handicap n'est pas de la responsabilité de la personne elle-même, mais elle découlerait plutôt de problèmes systémiques favorisant la négation de la différence, la stigmatisation et l'exclusion sociale (Fougeryrollas, 2010). Ce modèle pose que :

[...] la compréhension du handicap en termes d'activités courantes et de rôles sociaux permet à l'ensemble des acteurs concernés de mieux saisir la nature de leurs responsabilités quant à l'atteinte d'une participation sociale optimale par les personnes ayant des incapacités. Les dimensions de la compensation des déficiences et des incapacités, ainsi que la réduction des obstacles et la mise en place de facilitateurs environnementaux, apparaissent donc complémentaires. (RIPPH, 2021a : s.p.).

Le recours au MDH-PPH pour comprendre le contexte de la maltraitance envers les personnes ayant des incapacités permet une analyse systémique de la question par la mise en relation des facteurs liés à la personne et de ceux associés à l'environnement dans lequel elle évolue. Pour nos travaux, ce cadre permet de guider la réflexion autour de deux questions : Comment la maltraitance présente au sein de l'environnement de la personne nuit-elle aux habitudes de vie ? Et comment l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux influence-t-elle le rôle social de défense des droits ? Cela commande non seulement de comprendre les mécanismes sous-jacents

aux situations de maltraitance, mais aussi de considérer de quelle manière les conditions présentes dans l'environnement de la personne ont interagi dans ce contexte lui permettant ou non d'assurer un rôle social de défense de ses droits.

Dans une visée d'intégration du MDH-PPH à la terminologie adoptée par la *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées* et de cohérence avec la littérature à ce sujet, il est convenu d'utiliser les termes *facteurs de vulnérabilité* et *facteurs de risque* pour référer respectivement aux *facteurs personnels* et aux *facteurs environnementaux* du MDH-PPH. Sur le plan conceptuel, les facteurs de vulnérabilité réfèrent à des caractéristiques personnelles de la personne âgée (intrinsèques), tandis que les facteurs de risque de la maltraitance renvoient à des caractéristiques environnementales (extrinsèques) dans lesquelles la personne âgée évolue (Fulmer, Paveza, Vandeweerd, et al., 2005).

2.2 Principaux concepts

Les deux concepts centraux de cette recherche sont ceux de « personne handicapée ou de personne ayant des incapacités » (qui ne sont pas de parfaits synonymes) et de la « maltraitance envers les personnes âgées ». En plus de ces concepts principaux, l'analyse secondaire des données selon une perspective psychologique met de l'avant deux autres concepts, soit ceux de la « résilience » et de l'« *empowerment* ». Finalement, dans une visée d'enrichissement des analyses sont mobilisés les concepts d'« intersectionnalité », de « sexisme », d'« âgisme », de « racisme » et de « capacitisme ».

2.2.1 Personne handicapée ou personne ayant des incapacités

Selon la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*, une personne handicapée est définie comme : « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes » (Éditeur officiel du Québec, 2020, p. 3). En cohérence avec le cadre théorique retenu, est accolée à cette définition de personne handicapée, celle d'incapacités et celle de personne ayant des incapacités qui en découle. Ainsi, une incapacité renvoie aux :

[...] aptitudes [qui] s'apprécient sur une échelle allant de « capacité sans limite » à une « incapacité complète ». [...] Une situation de handicap correspond [donc] à la réduction de la réalisation ou à l'incapacité à réaliser des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux (RIPPH, 2021b : s.p.).

Ce faisant, il est possible de surmonter une « situation de handicap » en aménageant ou modifiant les éléments environnementaux, mais également en offrant un soutien psychosocial adapté aux personnes présentant des incapacités physiques ou mentales épisodiques ou cycliques limitant leur participation sociale et l'exercice de leurs droits fondamentaux (OPHQ, 2018). Le concept de personne ayant des incapacités est retenu dans le cadre de cette recherche.

2.2.2 Maltraitance envers les personnes âgées

La *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées* est l'une des organismes auteurs de la terminologie québécoise sur la maltraitance envers les personnes âgées définissant les formes et types de maltraitance. Cette terminologie a été publiée dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022* et est adoptée sans réserve dans le cadre de cette recherche. La définition de la maltraitance retenue par le Gouvernement du Québec est une traduction de la *Déclaration de Toronto sur la prévention globale des mauvais traitements envers les aînés* de l'Organisation mondiale de la Santé (2002), à laquelle la notion d'intention a été ajoutée et se lit comme suit :

Il y a maltraitance quand une absence d'action appropriée ou un geste singulier ou répétitif, intentionnel ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée (Gouvernement du Québec, 2017 : 15).

Le tableau suivant présente les sept types et les deux formes selon lesquelles la maltraitance peut se présenter.

Tableau 1 : Types et formes de maltraitance reconnus au Québec

Types de maltraitance	Formes de maltraitance
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.
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.
Maltraitance sexuelle Gestes, actions, paroles ou attitudes à connotation sexuelle non consentis, qui portent atteinte au bien-être, à l'intégrité sexuelle, à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre.	Violence : Propos ou attitudes suggestifs, blagues ou insultes à connotation sexuelle, propos homophobes, biphobes ou transphobes, promiscuité, comportements exhibitionnistes, agressions à caractère sexuel (attouchements non désirés, relation sexuelle imposée), etc.
	Négligence : Privation d'intimité, traiter la personne âgée comme un être asexuel et/ou l'empêcher d'exprimer sa

Types de maltraitance	Formes de maltraitance
	sexualité, non-respect de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, etc.
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, transactions 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 littératie financière, etc.
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.
Maltraitance organisationnelle Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes.	Violence : Conditions ou pratiques organisationnelles qui entraînent le non-respect des choix ou des droits des personnes (services offerts de façon brusque, etc.), etc.
	Négligence : Offre de services inadaptée aux besoins des personnes, directive absente ou mal comprise de la part du personnel, capacité organisationnelle réduite, procédure administrative complexe, formation inadéquate du personnel, personnel non mobilisé, etc.
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 à l'égard des pratiques ou des propos âgistes lorsque nous en sommes témoins, etc.

Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Ligne Aide Abus Aînés, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec (2017). *Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées*. 2 p.

Tel que libellé dans la mesure 49 du *Plan d'Action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*, cette recherche met l'accent sur deux types de maltraitance, soit la maltraitance psychologique et la maltraitance matérielle et financière, en les considérant tout autant sous l'angle de la négligence que de la violence.

2.2.3 Résilience et *empowerment*

La **résilience** est définie comme la capacité de rebondir et d'adaptation d'un individu à la suite d'une situation de crise ou d'adversité (Kralik, Van Loon, & Visentin, 2006). Telle que décrite par Jacelon (1997), la résilience peut être abordée comme un trait de personnalité de l'individu ou un processus. Michallet (2010) ajoute que la résilience est aussi vue comme « un état, une sorte de résultat ou de conséquence positive de la mise en œuvre de certaines stratégies adaptatives » (p.12). En outre, « cette distinction entre résilience-capacité, résilience-processus et résilience-résultat est en fait assez arbitraire, car plusieurs auteurs passent facilement de l'une à l'autre » (p.13).

Les auteurs qui définissent la résilience comme un trait de personnalité indiquent que les caractéristiques personnelles d'un individu permettent une meilleure adaptation et une diminution des effets négatifs du stress (Jacelon, 1997). Par exemple, la détermination, la persévérance et l'autonomie sont quelques caractéristiques de la personnalité qui correspondent aux individus résilients (Cyrułnik, 1999). Par ailleurs, la résilience est reconnue comme un processus lorsque l'humain est transformé à la suite d'une situation difficile et qu'il parvient malgré tout à conserver une bonne qualité de vie (Anault, 2015).

En lien avec le MDH-PPH présenté précédemment, le concept de résilience est, selon Anaut (2015), un processus qui résulte de l'interaction entre les caractéristiques personnelles de l'individu et les caractéristiques de son environnement, expliquant ainsi la multiplicité des conséquences positives et/ou négatives vécues par les personnes âgées vivant des situations de maltraitance.

Plus précisément, certaines personnes s'adaptent mieux que d'autres à une situation d'adversité, comme la maltraitance psychologique et financière, selon leur relation avec la personne qui est responsable de la maltraitance (famille, amis, intervenants de divers services) et les caractéristiques de leur environnement. La résilience comme résultat se révèle alors dans la façon de réagir aux événements et de ce qu'on en retire pour l'avenir (Michallet, 2010).

Tout comme la résilience, l'*empowerment* est conceptualisé de plusieurs façons (Brodsky, & Cattaneo, 2013). Dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022* l'*empowerment* est défini comme le « [p]rocessus par lequel l'individu devient capable d'influencer l'aménagement et le cours de sa vie en prenant des décisions qui le concernent directement ou qui concernent sa communauté. » (Gouvernement du Québec, 2017 : 40). Selon Nahmiash (2004), l'*empowerment* pourrait aider les personnes âgées à prendre des initiatives pour se sortir d'une situation de maltraitance et les aider à dépasser le processus d'impuissance qui a pu s'installer.

Somme toute, les concepts de résilience et d'*empowerment* sont proches parents (Brodsky, & Cattaneo, 2013; Michallet, 2010), mais aux fins de la présente étude on retiendra leur différence selon la modélisation de O'Leary et Bhaju (2006). Selon ces auteurs, face à l'adversité, certains individus auront une propension à reconnaître d'eux-mêmes les stratégies d'adaptation à utiliser et les ressources à mettre en place pour surmonter l'épreuve et faire preuve de résilience, voire s'émanciper. D'autres auront pour leur part besoin de stimulations externes, de conseils, ou encore d'interventions psychoéducatives pour améliorer leur *empowerment* et stimuler leur résilience (O'Leary & Bhaju, 2006). Dans cette perspective, l'*empowerment* favorise le processus de

résilience qui, en retour, encourage l'*empowerment*. (Michallet, 2010). En d'autres mots, plus un individu est résilient, plus il sent qu'il a du contrôle sur sa vie et vice-versa.

2.2.4 Intersectionnalité, âgisme, sexisme, racisme et capacitisme

Le parcours de vie de tout un chacun est marqué non seulement par le cumul, mais aussi par l'intersection de plusieurs types de différence et de marginalisation.

L'**intersectionnalité** consiste à reconnaître l'interaction de différents systèmes d'oppression, qu'il s'agisse du sexisme, du racisme, du colonialisme, de l'âgisme ou du capacitisme. Cela comprend notamment une attention aux rapports de pouvoir, au processus par lesquels certains groupes se trouvent marginalisés et aux effets de l'oppression (Harper, 2012), le tout idéalement structuré dans une visée d'actualisation des pratiques pour une plus grande justice sociale. Plus spécifiquement, comme le pose Bilge (2009) :

L'intersectionnalité renvoie à une théorie transdisciplinaire visant à appréhender la complexité des identités et des inégalités sociales par une approche intégrée. Elle réfute le cloisonnement et la hiérarchisation des grands axes de la différenciation sociale que sont les catégories de sexe/genre, classe, race, ethnicité, âge, handicap et orientation sexuelle. L'approche intersectionnelle va au-delà d'une simple reconnaissance de la multiplicité des systèmes d'oppression opérant à partir de ces catégories et postule leur interaction dans la production et la reproduction des inégalités sociales (Crenshaw, 1989; Collins, 2000; Brah & Phoenix, 2004). (p. 70).

Les personnes âgées ayant des incapacités sont exposées à une intersectionnalité de discriminations en raison de leurs caractéristiques personnelles et des préjugés sociétaux, dont : 1) le vieillissement; 2) l'incapacité ou le handicap; 3) le genre, puisque les femmes se trouvent surreprésentées (Dugas & Lamotte, 2015). À cela peut s'ajouter le racisme envers les gens des communautés ethnoculturelles et communautés des Premières Nations, inuites et métisses. Fortement liés à l'intersectionnalité, l'âgisme, le sexisme, le racisme et le capacitisme sont introduits dans cette recherche dans le but de porter une attention plus spécifique aux systèmes d'oppression qui peuvent interférer avec le processus au MDH-PPH. La définition de chacun de ces concepts suit.

L'**âgisme** est une construction complexe et souvent négative du grand âge qui s'ancre dans les dimensions individuelles, interpersonnelles et sociétales (Ayalon & Tesch-Römer, 2018 : 3). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2021), l'âgisme comprend des stéréotypes (mode de pensées), des préjugés (sentiments ou ressenti) et de la discrimination (comportements). Il est porté envers autrui à la fois par des institutions et des personnes et va même jusqu'à être auto-intégré (personne envers elle-même). Comme le précise Lagacé : « [l']âgisme est un processus d'exclusion complexe, sournois, ambigu et implicite. Plus encore, il reste peu dénoncé (par rapport à d'autres formes d'exclusion), ses répercussions étant souvent méconnues et donc banalisées. » (2015 : 1).

Le **sexisme** réfère à « l'ensemble des institutions (sociopolitiques, économiques, juridiques, symboliques) et des comportements, individuels ou collectifs, qui semblent perpétuer et légitimer la domination des hommes sur les femmes. » (Dhavernas, 2020 : s.p.)

Quant au **racisme**, il consiste à :

définir un ensemble humain par des attributs naturels, à en déduire des caractéristiques intellectuelles et morales qui valent pour chacun des membres de cet ensemble, quelles que soient leurs actions et leur volonté, et à éventuellement prolonger ces représentations par des pratiques d'infériorisation et/ou d'exclusion. (Wieviorka, 1999 : 437).

Finalement, le **capacitisme** désigne l'oppression à l'endroit des personnes handicapées. Il repose sur le postulat qu'une :

[...] personne handicapée est moins digne d'être traitée avec respect et égard, moins apte à contribuer et à participer à la société ou moins importante intrinsèquement que les autres. Le capacitisme peut s'exercer de façon consciente ou inconsciente et être inscrit dans les institutions, les systèmes ou la culture d'une société. Il peut restreindre les possibilités offertes aux personnes handicapées et réduire leur participation à la vie de leur collectivité (Commission ontarienne des droits de la personne, s.d., en ligne)

Les représentations négatives du handicap et les préjugés sociaux sont construits par différents facteurs sociétaux, historiques et économiques. Plus précisément, le modèle social du handicap conteste une conception individuelle du handicap, c'est-à-dire une analyse qui ne considère pas « le rôle des facteurs sociaux, politiques et économiques dans le processus de production du handicap et d'exclusion de la personne handicapée » (Boucher, 2003 : 6). Il en découle donc une nécessité d'analyse intersectionnelle de l'oppression vécue par les personnes en situation de handicap pour saisir la globalité des oppressions systémiques.

Dans le cadre de ce projet, ces différentes oppressions s'intègrent dans le MDH-PPH comme facteurs de risque macrosystémiques, en positionnant l'âgisme, le sexisme, le capacitisme ainsi que le racisme comme des oppressions systémiques. Ainsi, les données de cette recherche furent analysées en tenant compte de cette intersectionnalité de discriminations dans le but d'illustrer des facteurs sociétaux pouvant affecter l'expérience des personnes âgées ayant des incapacités.

3. Problématique et état des connaissances

Les personnes âgées résidant en milieu d'hébergement ou vivant avec des incapacités cognitives, mentales et/ou psychologiques sont fréquemment exclues des études de prévalence de la maltraitance en raison de certaines difficultés méthodologiques à les y intégrer (Ansello & O'Neil, 2010; Dalley et al., 2017) : difficultés à communiquer, peur de représailles à la suite d'un dévoilement de situation (Yon, Ramiro-Gonzales, Mikton, Huber, & Sethi, 2018) ou crainte liée au fait qu'elles ne soient pas légalement en mesure de consentir par elles-mêmes à leur participation aux travaux de recherche. Nous faisons écho aux questions posées par D'Huyteza, notamment en tentant de comprendre « comment lutter de manière efficace quand l'absence d'étude spécifique à ce public perpétue l'ignorance ou la confusion des idées? Comment prendre réellement la mesure la plus fine possible du phénomène? » (2000 : 38).

Cette section du rapport répond à l'objectif 1 de la recherche, soit de dresser un bilan des connaissances théoriques sur la maltraitance psychologique, matérielle et financière envers les personnes âgées ayant des incapacités.

3.1 Démarche de production de l'état des connaissances

Dans l'optique de dresser un état des connaissances exhaustif de la maltraitance psychologique et de la maltraitance matérielle et financière chez les personnes âgées ayant des incapacités, une recension de la littérature scientifique inspirée d'une démarche systématique a été effectuée. Les caractéristiques d'une recension des écrits, c'est-à-dire sa rigueur, son caractère protocolaire, sa transparence et son positionnement critique, assurent l'inclusion de recherches à devis qualitatif, quantitatif ou mixte. Qui plus est, ce type de recension permet de faire un état des connaissances approfondi et riche sur un sujet de recherche innovant, telle la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités (Grant & Booth, 2009).

Notre recension de la littérature prend appui sur la recherche documentaire menée pour l'OPHQ par Dugas et Lamotte (2015), et inclut les écrits scientifiques publiés depuis 2000. Le tableau suivant présente les banques de données et mots-clés qui y ont été mobilisés.

Une première exploration des banques de données, lors du dépôt de la proposition de projet en 2018, a permis de constater que peu de recherches abordent de manière spécifique les personnes âgées ayant des incapacités et vivant de la maltraitance psychologique ou de la maltraitance matérielle et financière. Ainsi, bien que cette recherche porte spécifiquement sur la maltraitance psychologique et la maltraitance matérielle et financière, il fut décidé de ne pas limiter la recherche de textes à ces deux seuls types de maltraitance afin de broser un portrait plus étendu des connaissances.

Tableau 2 : Banques de données consultées et mots-clés

Banques de données	Mots-clés francophones Catégorie (aînée)	Mots-clés anglophones Catégorie (aînée)
Abstracts in social gerontology (Gérontologie sociale)	Abus* Exploit* Maltrait* Mauvais traitements	Abus* Exploit* Maltreat* Mistreat* Violen*
AgeLine (Gérontologie et gériatrie)	Violen*	Violen*
	Et	And
CAIRN (Francophone) (Sciences humaines et sociales)	Mots-clés francophones Catégorie (incapacité ou handicap)	Mots-clés anglophones Catégorie (incapacité ou handicap)
CINAHL (Sciences infirmières)	Incapacité* Handicap* Déficienc*	*capacit* Handicap*/ Disab* Deficienc*/ Impair*
ÉRUDIT-Repère (Francophone) (Sciences humaines et sociales)	Et	And
	Mots-clés francophones Catégorie (aîné)	Mots-clés anglophones Catégorie (aîné)
Medline (Médecine)		
PsychArticles (Psychologie)	Aînés Personnes aînées Personnes âgées Seniors Retraités Adultes vulnérables Population vulnérable	Elder* Older adult* Older person* Senior* Retired person* Vulnerable adult* Vulnerable populat*
PsychINFO (Psychologie)		
Social Work Abstracts (Service social)		

Les écrits ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion suivants : publiés entre 2000 et 2020, article scientifique, rédigé en français ou anglais, incluant les mots-clés « maltraitance », « aînés » et « incapacités », ou des synonymes dans le titre, résumé ou liste des mots-clés et incluant à la fois des personnes de 65 ans et plus, ou des adultes ayant un profil gériatrique (18 ans et plus). Les écrits inclus exposent des méthodologies clairement détaillées (nombre de participants, type d'analyse de données, etc.). La littérature grise, les articles scientifiques de moins de trois pages ainsi que les articles scientifiques ne faisant pas état de leur méthodologie de recherche ont été exclus.

Les écrits retenus furent classés en deux banques. La banque principale comprend les articles correspondant à nos critères d'inclusion et portant spécifiquement sur les trois mots-clés ci-haut nommés, soit « maltraitance », « aînés » et « incapacités », dans le titre, les mots-clés ou le résumé.

La banque connexe regroupe des textes scientifiques couvrant deux des trois mots-clés; elle permet d'enrichir la problématique, les réflexions et les pistes de recommandations.

La sélection des textes a été faite selon une validation interjuges de deux membres de l'équipe pour l'ensemble des entrées générées par la recherche dans les banques de données en se basant sur la lecture du titre, du résumé et des mots-clés. Lorsque cette première étape ne menait pas à des résultats identiques de part et d'autre, un des deux juges procédait à la lecture du texte en entier et partageait ce qu'elle avait trouvé lors d'une discussion subséquente avec l'autre juge afin de décider du rejet ou non du document. Au total, 517 articles ont été identifiés (488 en anglais et 29 en français).

À la suite de la validation interjuges, 251 articles scientifiques ont été retenus et discutés par les deux juges. Cela a mené à la sélection de 54 textes dans la banque principale et de 111 dans la banque connexe. À la suite d'une mise à jour de la recension en décembre 2020, un total de 12 articles ont été ajoutés à notre banque principale, pour **un total de 66 articles**. Les textes rejetés le furent en raison de leur non-réponse aux critères d'inclusion, soit lorsqu'un des trois mots-clés est manquant ($n = 364$), lorsqu'il ne s'agit pas d'un article scientifique ($n = 70$), lorsque le groupe d'âge n'est pas précisé lors des analyses ($n = 16$), lorsque l'article contient moins de trois pages ($n = 12$) ou lorsque l'article n'est pas en français ni en anglais ($n = 2$). La figure PRISMA présentant les détails de la recension des écrits se trouve à l'*Annexe D*.

Les écrits retenus dans la banque principale ont pour premier auteur des chercheurs en provenance de 18 pays (Tableau 3).

Tableau 3 : Pays de provenance du premier auteur des écrits retenus dans la banque principale

Pays	Auteurs
Australie (4)	Bagshaw, Wendt, Zannettino, & Adams, 2013; Fileborn, 2017; Johannesen & LoGiudice, 2013; McCawley et al., 2006
Brésil (2)	Faustino, Gandolfi, & De Azevedo Moura, 2014; Warmling et al., 2017
Canada (4)	Del Bove, Stermac, & Bainbridge, 2005; Burnes et al., 2015; Burnes, Pillemer, & Lachs, 2016; Walsh et al., 2010
Chine (2)	Fang, Yan, Chan, & Ip, 2018; Fang, Yan, & Lai, 2019
Corée du Sud (3)	Lee, 2008; Lee & Kolomer, 2005; Park, 2019
Espagne (3)	Garre-Olmo, Planas-Pujol, Lopez-Pousa, Juvinyà, Vilà, & Vilalta-Franch, 2009; Rivera-Navarro & Contador, 2019; Serra et al., 2018
États-Unis (31)	Acierno et al., 2019; Ansello et al., 2010; Barker & Himchak, 2006; Burgess, Ramsey-Klawnsnik, & Gregorian, 2008; Campbell et al., 2019; Choi & Mayer, 2000; Conner, Prokhorov, Page, Fang, Xiao, & Post, 2011; Dong, 2015; Dong, Chen, & Simon, 2014; Dong, Simon, Rajan, & Evans, 2011; Dong, Simon, & Evans, 2012; Dong, Simon, & Evans, 2014; Dong, Chang, Wong, Wong, & Simon, 2014; Dong, Simon, Beck, & Evans, 2014; Dong & Simon, 2014; Ernst, 2019; Feltner et al., 2018; Fulmer et al., 2005; Fulmer, Rodgers, & Pelger, 2014; Gassoumis, Navarro, & Wilber, 2015; Ghesquiere et al., 2019; Lichtenberg, Flicker, & Rahman-Filipiak, 2016; Lin, 2020; Mouton et al., 2019; Peterson et al., 2014; Roberto, Teaster, & Duke, 2004; Schiamberg et al., 2012; Weerd & Paveza, 2006; Wiglesworth et al., 2010; Zhang et al., 2010; Weissberger et al., 2020

Pays	Auteurs
Finlande (1)	Välimäki et al., 2020
Hong Kong (1)	Yan & Tang, 2004
Inde (2)	Lalitha & Aswartha Reddy, 2017; Sathya & Premkumar, 2020
Irlande (1)	Taylor, Killick, O'Brien, Begley, & Carter-Anand, 2014
Japon (2)	Amne, McCall, & Toshio, 2005; Sasaki et al., 2007
Mexique (1)	Giraldo-Rodriguez, Rosas-Carrasco, & Mino-Leon, 2015
Portugal (2)	Frazao, Silva, Norton, & Magalhaes, 2014; Frazao, Correia, Norton & Magalhaes, 2015
Roumanie (1)	Alexa et al., 2020
Royaume-Uni (4)	Cooper, Manela, Katona, & Livingston, 2008; Davies, et al., 2011; Kamavarapu et al., 2017; Storey, 2020
Suède (1)	Olofsson, Lindqvist, & Danielsson, 2012
Turquie (1)	Şen & Meriç, 2020

Près de la moitié des travaux de recherche de la banque principale ont été produits par des chercheurs en provenance des États-Unis. Géographiquement, les travaux proviennent cinq régions du monde, soit par ordre du nombre d'écrits publiés : l'Amérique du Nord (Canada, États-Unis, Mexique), l'Europe (Espagne, Finlande, Irlande, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, Suède, Turquie), l'Asie (Chine, Corée du Sud, Hong Kong, Inde, Japon), l'Océanie (Australie) et l'Amérique du Sud (Brésil). Aucune recherche n'a été publiée par des chercheurs en provenance de l'Afrique.

L'état des connaissances qui suit s'appuie sur des articles tirés de la banque principale (portant sur nos trois thèmes principaux : maltraitance, aînés et incapacités), tout en incluant certains éléments pertinents tirés de la banque connexe (deux des trois thèmes) auxquels furent ajoutés des textes auxquels on fait largement référence dans le domaine de la maltraitance envers les personnes âgées. Ce choix d'élargir cet état des connaissances hors de la banque principale découle du nombre moyennement restreint d'articles qu'elle comprend et du constat à l'effet que peu d'articles exposent le point de vue des personnes âgées ayant des incapacités (soit deux articles). Chaque élément de l'état des connaissances est traité en deux temps. D'abord sont mis en évidence les constats tirés d'articles de synthèse des connaissances reposant sur une appréciation de la qualité méthodologique des recherches singulières, telles les recensions systématiques, les évaluations de la portée, les méta-analyses. Puis, les résultats tirés de recherches singulières sont exposés.

3.2 Problématique générale

3.2.1 Maltraitance envers toute population adulte en situation de vulnérabilité

Une méta-analyse de 26 recherches scientifiques menées à l'international conclut que, annuellement, 24,3 % des adultes, incluant les personnes âgées, vivant avec des incapacités mentales/psychologiques (troubles de santé mentale, troubles neurocognitifs, etc.) subissent de la violence, qu'elle soit physique, sexuelle ou conjugale. Chez les adultes ayant des limitations intellectuelles, ce sont 6,1 % qui subissent de la violence annuellement et 3,2 % chez les adultes dont le type d'incapacité n'est pas spécifié (comprend tout type d'incapacité sans faire de distinctions) (Hughes, Bellis, Jones, et al., 2012). Cette méta-analyse conclut que, non seulement

les adultes ayant des incapacités sont à risque d'être violentés, mais aussi, qu'ils y seraient plus à risque que les adultes sans incapacité. Il faut toutefois interpréter ces résultats avec prudence en raison de la diversité des méthodes de collectes de données employées dans les diverses recherches analysées. L'OPHQ tire un constat semblable : « Les adultes avec incapacité sont plus susceptibles que ceux sans incapacité de subir de la maltraitance. Il en est de même pour les aînés de 65 ans et plus avec incapacité comparativement à ceux sans incapacité » (Dugas & Lamotte, 2015 : 39).

Les personnes âgées ayant des incapacités ou les adultes en contexte de vulnérabilité sont plus susceptibles de subir une « cascade d'injustices » pouvant les maintenir à long terme dans une dynamique de maltraitance. Cette « cascade d'injustices » s'explique par le fait que ces personnes sont : 1) statistiquement plus à risque de vivre de la maltraitance ou de la négligence; 2) possiblement moins outillées pour distinguer les soins appropriés de ceux qui ne le sont pas; 3) disqualifiées ou non prises au sérieux lorsqu'elles dénoncent une situation de maltraitance, ce qui entraîne un faible nombre de démarches de validation de leurs dires; 4) laissées à elles-mêmes par manque d'interventions adaptées à leurs besoins (Ansello & O'Neil, 2010; Frazao, Santos Silva, Norton, & Magalhaes, 2014).

Les connaissances sur le sujet se doivent d'être bonifiées afin de mettre un terme aux préjugés limitatifs perpétués par l'intersectionnalité de discriminations, qui inclut l'âgisme, le sexisme, le racisme ainsi que le capacitisme, tels que définis préalablement. Cela permettra de sensibiliser la population générale, et plus spécifiquement les professionnels, en vue d'améliorer la détection et ainsi adapter et parfaire les stratégies d'intervention (Ansello & O'Neil, 2010 ; D'Huyteza, 2000 ; Racic, Sebrekna, Kozomara, et al., 2006).

3.3 Maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités

3.3.1 Prévalence de la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités

À l'international comme au Québec, il n'existe aucune mesure étalon de la maltraitance envers les personnes âgées. Nonobstant cet enjeu méthodologique de taille, une méta-analyse basée sur 52 recherches à travers le monde, dont les critères de scientificité ont été jugés satisfaisants, évalue que 15,7 % des personnes âgées vivant en communauté furent maltraitées dans les 12 mois précédant la collecte de données (Yon, Mikton, Gassoumis, & Wilber, 2017). Parmi ces personnes âgées, 11,6 % subissaient de la maltraitance psychologique, 6,8 % de la maltraitance financière, 4,2 % de la négligence, 2,6 % de la maltraitance physique et 0,9 % de la maltraitance sexuelle. Par l'exposition de l'ampleur du problème social et de santé publique, cette méta-analyse déconstruit l'idée prédominante selon laquelle la maltraitance envers les personnes âgées est un épiphénomène. Elle indique sans équivoque qu'une personne âgée sur six subit de la maltraitance chaque année.

Ces résultats ont quelque peu ébranlé la communauté de chercheurs internationaux, du moins ceux des pays dits développés, qui rapportaient des taux globaux de prévalence de la maltraitance nettement inférieurs à 10 %. Ce fut notamment le cas au Canada où les trois recherches de prévalence rapportaient des taux annuels de 4 % à la fin des années 1980 (Podnieks, Pillemer, Nicholson, Shillington, & Frizzel, 1990), de 7 % à la fin des années 1990 (Pottie Bunge, 2000) et de 8 % en 2016 (National Initiative for the Care of the Elderly (NICE), 2016). Au Québec, la

première enquête statistique sur le sujet, publiée en novembre 2020, révélait que 5,9 % des personnes âgées vivant à domicile ont subi de la maltraitance (tous types confondus) au cours des 12 mois précédant la collecte des données, soit 4,6 % de maltraitance psychologique, 0,8 % de maltraitance physique, 0,8 % de maltraitance matérielle ou financière, 0,4 % de négligence physique et 0,4 % de maltraitance sexuelle (Gingras, 2020).

L'estimation de la prévalence de la maltraitance envers les personnes âgées pose des défis méthodologiques qui sont exacerbés pour les personnes ayant des incapacités. La présence d'atteintes cognitives peut complexifier ou rendre impossible l'obtention d'un consentement libre et éclairé, ce qui a pour effet d'exclure des recherches certaines personnes vivant avec ce type d'incapacités. (Shiarnberg et al., 2012). Corollaire de ce constat, une recension systématique montre qu'il est difficile d'estimer la prévalence de maltraitance chez les personnes âgées ayant des incapacités de naissance, ce qui nuit à l'obtention d'un portrait global de la maltraitance qu'elles subissent (Ansello & O'Neil, 2010).

Une recherche mexicaine, comprenant un nombre important de participants (n = 1089) âgés de 60 ans et plus ayant des incapacités physiques à long terme (depuis plus de six mois), estime que 32,1 % d'entre eux ont été maltraités dans les douze mois précédant la collecte de données (Giraldo-Rodriguez, Rosas-Carrasco, & Mino-Leon, 2015). C'est la maltraitance de type psychologique (28,1 %) qui est la plus auto-rapportée, suivie de celles de type financier/matériel (11,9 %), de type physique (7,0 %) et de type sexuel (2,5 %). Ces résultats, en provenance du Mexique, concordent avec ceux rapportés dans la revue de la littérature de Dugas et Lamotte (2015) où des données canadiennes sont exposées : « les types de maltraitance les plus fréquemment subis par les aînés avec incapacité sont la maltraitance psychologique ou émotionnelle et la maltraitance financière (Analyse tirée des données de l'Enquête sociale générale de 2009) » (2015 : 39).

Élément notable de cette recherche mexicaine : la prévalence de la maltraitance envers les personnes ayant des incapacités liées au langage ou à la communication et à l'attention ou à l'apprentissage est plus élevée que celle envers les aînés ayant d'autres types d'incapacités (Giraldo-Rodriguez, Rosas-Carrasco, & Mino-Leon, 2015). D'ailleurs, la prévalence augmente lorsqu'une personne a plus d'une incapacité et cette augmentation est encore plus grande pour les femmes ayant trois incapacités ou plus (Giraldo-Rodriguez, Rosas-Carrasco, & Mino-Leon, 2015). Une recherche en Inde présente un constat similaire où la prévalence de maltraitance après l'âge de 60 ans est de 21,4 % chez les personnes âgées ayant deux incapacités ou plus, tandis qu'elle se situe à 11,4 % chez les personnes âgées en général (Sathya & Premkumar, 2020).

Une recherche américaine portant spécifiquement sur la maltraitance physique en centre d'hébergement estime que 24,3 % des personnes âgées ont subi ce type de maltraitance de la part d'un employé (Shiarnberg et al., 2012). Dans le même ordre d'idées, une recherche identifie une prévalence de 21 % des personnes âgées résidant en centre d'hébergement au Michigan qui auraient subi de la négligence au cours des douze derniers mois (Zhang et al., 2010). Il importe de rappeler qu'en milieu d'hébergement, tous les résidents présentent des limitations physiques, intellectuelles ou cognitives.

3.3.2 Facteurs de vulnérabilité, de risque et de protection

Sur le plan conceptuel, rappelons que les facteurs de risque de la maltraitance renvoient à des caractéristiques environnementales (extrinsèques) dans lesquelles la personne âgée évolue, tandis que les facteurs de vulnérabilité réfèrent à des caractéristiques personnelles de la personne âgée (intrinsèques) (Fulmer, Paveza, Vandeweerd, & al., 2005). Bien que ces éléments puissent s'influencer mutuellement ou se cumuler, leur présence dans le quotidien des personnes âgées ne signifie pas systématiquement qu'une situation de maltraitance se développera. Autrement dit, les situations de maltraitance et les facteurs de risque ou de vulnérabilité peuvent être mutuellement exclusifs ou modérés par des facteurs de protection déjà en place, tels le soutien social (Pillemer, Burnes, Riffin, & Lachs, 2016) ou, dans les cas de maltraitance de type matériel ou financier, une littératie financière adéquate (Tchotourian, 2016).

3.3.2.1 Facteurs de vulnérabilité

Une revue systématique de la littérature a permis d'identifier les déficits cognitifs, les problèmes de comportements, les troubles de santé mentale, la dépendance fonctionnelle ainsi qu'une faible santé physique comme étant des facteurs significatifs de vulnérabilité pour les personnes âgées vivant dans la communauté (Johannesen & LoGuidice, 2013).

Dans le même ordre d'idées, une revue de la littérature nomme les problèmes physiques (incluant les incapacités physiques et la dépendance fonctionnelle pour réaliser les activités de la vie quotidienne), les problèmes de santé mentale (incluant les troubles de santé mentale, les troubles de la personnalité et les déficits cognitifs) et la dépendance à la personne maltraitante comme des facteurs de vulnérabilité à la maltraitance (Storey, 2020). Le tableau 4 présente les différents facteurs de vulnérabilité identifiés dans la littérature en fonction du type de maltraitance, lorsque précisé. Dans le but d'alléger la lecture du tableau 4, les auteurs des références sont indiqués en note de bas de page.

Tableau 4 : Facteurs de vulnérabilité selon le type de maltraitance¹

Maltraitance globale	Maltraitance psychologique	Maltraitance financière	Maltraitance physique	Maltraitance sexuelle	Négligence
Incapacités physiques : Présence d'incapacité physique (42) Faible santé physique (26) Incapacités sensorielles (ouïe, vue ou mobilité) (2, 49) Incapacité de type mémoire : Présence de déficits cognitifs (1, 2, 6, 8, 9, 13, 16, 17, 18, 21, 26, 28, 29, 32, 35, 42, 45) Problèmes de comportement reliés aux déficits cognitifs (26, 30, 38, 40, 47, 50) Incapacités de type psychologique : Troubles de santé mentale (26, 42, 47)	Incapacités physiques : Diminution des capacités physiques (5, 9, 14, 15, 45) Nécessité d'aide technique pour les déplacements (23) Incapacités fonctionnelles (ouïe, vue ou mobilité) (23) Autres facteurs : Moins bonne perception de sa santé mentale ou physique (27)	Incapacités physiques : Diminution des capacités physiques (5, 9, 14, 15, 45) Nécessité d'aide technique pour les déplacements (23) Incapacités de type mémoire : Difficulté de gestion des biens et du patrimoine découlant de déficits cognitifs (45) Problèmes de mémoire (25)	Incapacités physiques : Diminution des capacités physiques (5, 9, 14, 15, 45) Nécessité d'aide technique pour les déplacements (23) Autres facteurs : Dépendance fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne (19, 23) Limitations fonctionnelles (ouïe, vue ou mobilité) (23)	Incapacités physiques : Nécessité d'aide technique pour les déplacements (23) Autres facteurs : Dépendance fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne (23) Limitations fonctionnelles (ouïe, vue ou mobilité) (23)	Incapacités physiques : Diminution des capacités physiques (5, 9, 14, 15, 45) Autres facteurs : Présence d'incapacité (20) Sévérité de l'incapacité (20) Moins bonne perception de sa santé mentale ou physique (27)

¹ (1) Alexa et al., 2010; (2) Anme, 2005; (3) Ansello & O'Neil, 2010; (4) Bagshaw, Wendt, Zannettino, & Adams, 2013; (5) Burnes et al, 2015; (6) Burgess, Ramsey-Klawnsnik, & Gregorian, 2008; (7) Chen & Dong, 2017; (8) Choi & Mayer, 2000; (9) Conner et al., 2011; (10) Del Bove, Stermac, & Bainbridge, 2005; (11) Dong, Chang, Wong, Wong, & Simon, 2014; (12) Dong, Chen, & Simon, 2014; (13) Dong, Simon, Beck, & Evans, 2014; (14) Dong, Simon, & Evans, 2012; (15) Dong, Simon, & Evans, 2014; (16) Dong, Simon, Rajan & Evans, 2011; (17) Ernst, 2019; (18) Fang et al., 2019; (19) Faustino et al., 2014; (20) Frazão, Correia, Norton, & Magalhães, 2015; (21) Fulmer et al., 2005; (22) Garre-Olmo et al., 2009; (23) Gingras, 2020; (24) Giraldo-Rodríguez, Rosas-Carrasco, & Mino-León, 2015; (25) Hansberry, Chen, & Gorbien, 2005; (26) Johannesen & LoGuidice, 2013; (27) Lalitha & Aswartha Reddy, 2017; (28) Lee, 2008; (29) Lee & Kolomer, 2005; (30) Lin, 2020; (31) McDonald, 2018; (32) Mouton et al., 2019; (33) Peterson et al., 2014; (34) Pillemmer et autres, 2016; (35) Racic et al., 2006; (36) Rivera-Navarro et Contador, 2019; (37) Roberto et al., 2004; (38) Sasaki et al., 2007; (39) Sathya & Premkumar, 2020; (40) Schiamberg et al., 2012; (41) Serra et al., 2018; (42) Storey, 2020; (43) Taylor et al., 2014; (44) Välimäki et al., 2020; (45) Walsh, Oslon, Ploeg, Lohfeld, & MacMillan, 2010; (46) Warmling et al., 2017; (47) Weerd & Payeza, 2006; (48) Wiglesworth et al., 2010; (49) Yan & Tang, 2004; (50) Zhang et al., 2010

Troubles de l'humeur (32) (dépression (31) et symptômes dépressifs (11, 21) Troubles de la personnalité (42) Autres facteurs : Dépendance fonctionnelle (3, 5, 21, 26, 40, 42,50) Dépendance à un proche aidant (37, 43, 49) Moins bonne perception de sa santé mentale ou physique (5, 7, 23, 26, 34) Intensité des incapacités (24, 39) Présence d'incapacité (24) Difficultés financières des personnes âgées ayant des incapacités de naissance (3)	Dépendance fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne (23)	Habiletés mentales (25) Incapacités de type psychologiques : Troubles de santé mentale (4) Autres facteurs : Dépendance fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne (23, 33) Limitations fonctionnelles (ouïe, vue ou mobilité) (23)			
--	---	---	--	--	--

La lecture de ce tableau révèle que plusieurs travaux posent les incapacités comme un facteur de vulnérabilité à la maltraitance. Ils présentent entre autres la présence d'incapacités et leur intensité comme des facteurs qui accroissent les risques de vivre de la négligence (Frazão, Correia, Norton, & Magalhães, 2015) ou de la maltraitance (Giraldo-Rodríguez, Rosas-Carrasco, & Mino-León, 2015). Une recherche en Inde indique également qu'une personne âgée ayant deux incapacités ou plus a 2,47 fois plus de chances de subir de la maltraitance que celles n'ayant qu'une seule incapacité ou n'en ayant aucune. (Sathya & Premkumar, 2020).

Globalement, la diminution des capacités physiques et des capacités cognitives est aussi associée à un risque de vivre de multiples types de maltraitance simultanément (Dong, Simon, Rajan, & Evans, 2011; Dong, Simon, & Evans, 2012; Dong, Chen, & Simon, 2014). Plus spécifiquement, les problèmes de mobilité sont associés à une hausse de 46 % des risques de vivre de la maltraitance, selon une recherche canadienne (McDonald, 2018). Dans la même recherche provenant de l'Inde, on indique que les personnes âgées ayant deux dépendances fonctionnelles ou plus pour les activités quotidiennes ont 40 % plus de risque de vivre de la maltraitance (Sathya & Premkumar, 2020). À ces facteurs de vulnérabilité s'ajoutent la dépendance physique et émotionnelle à autrui ainsi que les difficultés financières auxquelles les personnes âgées ayant des incapacités de naissance sont confrontées quotidiennement (Ansello & O'Neil, 2010). Par ailleurs, les troubles de santé mentale, la dépression, ainsi que les déficits cognitifs augmentent les risques de maltraitance sexuelle chez les femmes âgées (Del Bove, Stermac, & Bainbridge, 2005).

Une revue systématique associe le fait d'avoir des limitations fonctionnelles à la violence conjugale (Warmling, Rubia Liner, & Coelho, 2017). Souffrir de dépression augmenterait aussi le risque de vivre de la violence conjugale (Warmling et al., 2017).

En centre d'hébergement, les personnes âgées présentant une ou plusieurs limitations fonctionnelles dans les activités quotidiennes sont considérées comme plus à risque de subir de la maltraitance par un employé (Schiamberg et al., 2012; Zhang et al., 2010). Plus précisément, le fait de nécessiter de l'aide au déplacement augmenterait les risques de 89 % (Schiamberg et al., 2012).

Dans le contexte spécifique de la dyade *proche aidant – personne aidée*, la dépendance au proche aidant est identifiée comme facteur de vulnérabilité à la maltraitance (Yan & Tang, 2004), entre autres lorsqu'il est question d'une personne âgée ayant une incapacité cognitive ou physique (Taylor et al., 2014) ou d'une femme âgée ayant des incapacités (Roberto, Teaster, & Duke, 2004). En outre, des recherches provenant de la Corée du Sud indiquent que la sévérité de la maltraitance perpétrée par un proche aidant augmente selon la sévérité des pertes cognitives de la personne âgée (Lee, 2008; Lee & Kolomer, 2005). De plus, les troubles de comportement reliés aux déficits cognitifs augmentent les risques de vivre de la maltraitance de la part d'un proche aidant (Lin, 2020; Sasaki, et al., 2007; Weerd & Paveza, 2006).

Une recherche canadienne s'intéresse plus spécifiquement à la notion d'oppression et ses impacts sur la maltraitance vécue par les personnes âgées marginalisées, dont celles ayant des incapacités. L'âgisme, le capacitisme, le sexisme, le racisme et l'hétérosexisme sont identifiés comme des oppressions complexes, omniprésentes et interreliées qui ont des impacts sur la présence et l'invisibilité de maltraitance envers ces personnes (Walsh et al., 2010).

3.3.2.2 Facteurs de risque

Nombre de recherches sur les facteurs de risque de la maltraitance des personnes âgées ayant des incapacités s'attardent particulièrement à la dynamique relationnelle entre proche aidant et personne aidée. Néanmoins, la maltraitance se produit dans diverses dynamiques relationnelles autres que celle-là, tel entre membres d'une famille, avec des dispensateurs de soins et de services et avec des amis (Dong, Chen & Simon, 2014). Le tableau 5 présente les facteurs de risque identifiés dans la littérature. Pour en alléger la lecture, les noms des auteurs sont indiqués en note de bas de page.

Tableau 5 : Facteurs de risque selon le type de maltraitance²

Maltraitance globale	Maltraitance psychologique	Maltraitance financière
Relations entre la personne maltraitée et celle qui pose les gestes de maltraitance (7, 11) : - Conflits familiaux - Relations interpersonnelles conflictuelles Caractéristiques du proche aidant : - Problèmes de santé (7) - Manque de connaissances des conditions de santé de la personne âgée (7) - Capacité limitée pour aider la personne âgée (7) - Traumatismes d'enfance du proche aidant (7) - Traits de personnalité (7) - Fardeau du proche aidant (7) - Stress (1, 3, 4, 2, 9, 10, 12) - Dépression (1, 2, 3, 4, 9, 12) - Anxiété (1, 2, 3, 4, 9, 12) - Abus de substance (1, 2, 3, 4, 9, 12) - Isolement social (1, 2, 3, 4, 9, 12) - Relations conflictuelles préalables à la proche aidance (1, 2, 3, 4, 9, 12) - Acceptation des problèmes cognitifs (8) Caractéristiques du proche aidant ou du type de soutien reçu pour jouer son rôle : - Capacité à subvenir aux besoins de la personne aidée (6)	Faible niveau de soutien social (5) Recevoir des services à domicile (5)	Faible niveau de soutien social (5) Recevoir des services à domicile (5)

Deux recensions systématiques indiquent que les relations entre la personne maltraitée et celle qui pose les gestes de maltraitance, tels les conflits familiaux ou les relations interpersonnelles conflictuelles (Johannesen & LoGiudice, 2013; Välimäki, Mäki-Petäjä-Leinonen, & Vaismoradi, 2020), ainsi que les caractéristiques du proche aidant sont considérées comme des facteurs de risque significatifs de maltraitance (Johannesen & LoGiudice, 2013). Ces résultats concordent avec une

² (1) Anme, 2005; (2) Dong, Chen, & Simon, 2014; (3) Fang et al., 2019 ; (4) Fulmer et al., 2005; (5) Gingras, 2020; (6) Hansberry, Chen, & Gorbien, 2005; (7) Johannesen & LoGiudice, 2013; (8) Rivera-Navarro & Contador, 2019 ; (9) Serra et al., 2018; (10) Storey, 2020; (11) Välimäki et al., 2020 ; (12) Wigglesworth et al., 2010

revue de la littérature, qui identifie aussi les difficultés de gestion du stress comme facteur de risque à la maltraitance dans la dyade *proche aidant – personne âgée* (Storey, 2020).

Autant en contexte de proche aidance à domicile que dans les centres d'hébergement, le niveau de soins nécessaires peut dépasser le temps et la capacité des soignants informels (souvent des membres de la famille) ou des employés, augmentant les risques de maltraitance envers une personne âgée ayant des déficits cognitifs (Hansberry, Chen, & Gorbien, 2005). Plusieurs recherches suggèrent que les personnes posant les gestes de maltraitance financière tirent avantage des difficultés de la personne âgée à gérer ses finances et de ses incapacités (Chane & Adamek, 2015; Choi & Mayer, 2000; Hansberry, Chen, & Gorbien, 2005).

3.3.2.3 Facteurs de protection

Peu de travaux furent consacrés aux facteurs de protection. Un niveau de scolarité plus élevé constitue un facteur de protection pour les personnes âgées ayant des symptômes dépressifs, diminuant ainsi les risques de vivre de la maltraitance (Dong, Chang, Wong, Wong & Simon, 2014). De plus, l'*empowerment* (Nahmias, 2004) et la résilience (Hamby, Smith, Mitchell, & Turner, 2016) peuvent agir comme facteurs de protection et ainsi possiblement diminuer les conséquences psychologiques à la suite de maltraitance. Finalement, la présence d'aide formelle (soins et services) agit comme facteur de protection en diminuant la sévérité de la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités (Lee, 2008), mais aussi en diminuant les risques de maltraitance de la part d'un proche aidant (Serra et al., 2018).

3.3.4 Conséquences de la maltraitance

Plusieurs articles abordent les incapacités sous l'angle des conséquences de la maltraitance. Par exemple, la dépression (Acierno et al., 2019; Fulmer, Terry, Rodgers, & Pelger, 2014; Park, 2019; Şen & Meriç, 2020) et les symptômes d'anxiété (Weissberger et al., 2020) sont identifiés comme étant des conséquences possibles de la maltraitance psychologique. De plus, une conséquence de la maltraitance peut se transposer en facteur de vulnérabilité par la suite, (Fulmer et al., 2014) et ainsi entraîner un processus cyclique vers une nouvelle situation de maltraitance. Ce faisant, la distinction entre conséquences et facteurs de risque et de vulnérabilité pose un défi en recherche, puisqu'il peut parfois être difficile de distinguer clairement ce qui se situe en amont d'une situation de maltraitance de ce qui en découle.

Une recherche menée en Chine, portant sur les conséquences médicales de la maltraitance chez les personnes âgées ayant des déficits cognitifs et physiques, associe les maladies cardiovasculaires, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), les troubles digestifs et les maladies métaboliques (Fang, Yan, Chan & Ip, 2018) à la maltraitance.

Certaines conséquences de la maltraitance sont spécifiques aux personnes âgées vivant avec des incapacités de naissance, telles que l'intensification du sentiment d'être stigmatisé ou d'une faible estime de soi. Leurs difficultés communicationnelles peuvent entraver la compréhension et l'identification des conséquences par autrui (Ansello & O'Neil, 2010). De plus, la dépendance à des services essentiels fournis par la personne posant les gestes de maltraitance diminue les chances que

la personne maltraitée réagisse et peut ainsi rendre difficile l'identification des conséquences de ces gestes (Ansello & O'Neil, 2010).

En contexte de violence conjugale, il est rapporté que la violence psychologique entraîne des symptômes d'anxiété, d'angoisse ou de peur, alors que la violence physique entraîne des blessures mineures ou de la douleur physique (Frazão, Santos Silva, Norton & Magalhães, 2014).

À ce jour, les écrits portant sur les conséquences de la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités se concentrent principalement sur les conséquences médicales et psychologiques, et plus spécifiquement, sur la santé mentale. Toutefois, la littérature portant sur la maltraitance envers les personnes âgées en général rapporte aussi des conséquences de nature financière, physique et sociale, telles la perte de ressources financières et de biens, l'endettement, la faillite, les séquelles physiques temporaires ou permanentes, la détérioration de l'état de santé, le déclin des capacités fonctionnelles, le décès, la solitude, la perte de contact avec l'entourage, etc. (Beaulieu, Leboeuf, Pelletier, & Cadieux Genesse, 2018). Il serait surprenant que ces constats ne s'appliquent pas aux personnes âgées ayant des incapacités. De plus, bien que des écrits traitant d'intervention incitent à porter une attention aux conséquences à court, moyen et long terme (Beaulieu, Leboeuf, Pelletier, & Cadieux Genesse, 2018), peu, voire pas de résultats de recherche sont exposés selon ces trois temps. Bref, c'est un champ encore peu exploré.

3.3.5 Demande d'aide et dénonciation

La demande d'aide comporte souvent une dimension informelle, soit le dévoilement à une tierce personne, mais elle peut aussi être formulée de façon plus explicite comme par un désir d'être entendu ou un besoin d'assistance. La dénonciation comprend aussi souvent une dimension plus formelle où on rapporte une situation précise à une instance donnée comme un supérieur immédiat. Un signalement ou une plainte peuvent également être déposés à un service de plainte, au bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du RSCS, à la police, ou autre. Dans le cas d'une dénonciation, les tiers peuvent être des parties prenantes, voire les initiateurs. Ces nuances sont peu introduites dans la littérature générale examinant la maltraitance envers les personnes âgées. Il n'est pas étonnant de constater que peu de recherches portent sur la demande d'aide ou la dénonciation en contexte de maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités. Il est toutefois démontré que la présence de déficits cognitifs et de déficience intellectuelle augmente la possibilité que la personne âgée ne reconnaisse pas les gestes de maltraitance, qu'elle ne sache pas où ni comment demander de l'aide ou faire une dénonciation et qu'elle ne soit pas crue si elle dénonce la situation (Frazão, Silva, Norton & Magalhães, 2014; Frazão, Correia, Norton & Magalhães, 2015; Kamavarapu, Ferriter, Morton, & Völm, 2017).

Lorsque maltraitées sur le plan sexuel, les femmes âgées ayant des déficits cognitifs ou des incapacités physiques voient le processus de dénonciation freiné et l'accès au système de justice plus complexe. (Fileborn, 2017). Dans un contexte de maltraitance sexuelle par le proche aidant, la dénonciation par les femmes âgées ayant des déficits cognitifs est aussi influencée par le type de relation et la dépendance de la femme âgée à son proche aidant (Roberto et al., 2004). Effectivement, ces éléments augmentent les risques de non-reconnaissance de l'expérience de maltraitance sexuelle et diminuent possiblement la capacité à communiquer ce qui a été subi.

Devant le peu de travaux sur les freins et leviers spécifiques à la demande d'aide et à la dénonciation chez les personnes âgées maltraitées ayant des incapacités, le tableau 6 expose une synthèse de ceux qui ont été identifiés chez les personnes âgées en général, en presumant qu'ils sont aussi présents chez les personnes âgées ayant des incapacités.

Tableau 6 : Freins et leviers à la demande d'aide en situation de maltraitance (personnes âgées en général)

Freins à la demande d'aide	- Protection des liens familiaux (lien de dépendance; crainte des conflits, d'une rupture de liens ou de causer du tort à la personne maltraitante). - Peur des représailles et des conséquences (peur que la situation s'aggrave). - Sentiments de honte, de gêne et de culpabilité (honte d'être maltraitée; peur du jugement; se sentir coupable de la situation). - Manque de capacités (manque de capacités physiques, psychologiques, sociales ou financières). - Méconnaissance de la maltraitance et des ressources ou méfiance à les utiliser.
Leviers à la demande d'aide	- Atteinte de ses limites personnelles (situation intolérable). - Connaissance de la maltraitance et des ressources d'aide (capacité de reconnaître la maltraitance; connaissance de ses droits, des recours et des services d'aide). - Accès à des services de soutien et d'accompagnement de qualité (services professionnels, confidentiels et respectueux du rythme; lien de confiance). - Caractéristiques personnelles (capacités et niveau d'énergie pour demander de l'aide). - Désir de retrouver du pouvoir sur sa vie.

Inspiré de Beaulieu, M., Pelletier, C. et Dubuc, M.-P. (2018). Maximiser les activités de sensibilisation sur la maltraitance et l'intimidation envers les personnes âgées : Guide de pratique DAMIA. Pour personnes administratrices et coordonnatrices. Québec. 78 p.

3.3.6 Prévention, repérage et intervention en contexte de maltraitance

Étonnamment, aucune recherche s'intéressant spécifiquement à la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités n'a été repérée. La majorité des recherches recensées s'attardent au repérage de la maltraitance financière, plus particulièrement envers les personnes âgées ayant des déficits cognitifs. De plus, très peu de recherches ont approfondi la question de l'intervention directe (ou autre forme de suivi). Bref, le champ des pratiques est largement sous-documenté en ce qui concerne les personnes âgées ayant des incapacités.

3.3.6.1 Repérage

Le repérage de la maltraitance est notamment l'apanage des professionnels de la santé et des services sociaux au moyen, entre autres, de facteurs de vulnérabilité pour identifier les personnes âgées à risque de vivre ou ayant vécu de la maltraitance (Dong & Simon, 2014). Notamment, un outil sous forme d'index de vulnérabilité permet l'identification de personnes âgées à risque de maltraitance grâce à une liste de facteurs de vulnérabilité, tels les capacités cognitives, le fonctionnement physique, les symptômes dépressifs, etc. Bien que prometteur, cet index doit faire l'objet de validations supplémentaires auprès de différentes populations (Dong & Simon, 2014).

Des travaux s'attardent spécifiquement à l'évaluation de la faculté d'une personne ayant des incapacités à prendre des décisions financières dans le but d'établir le risque de maltraitance financière (Davies, Harries, Cairns, Stanley, Gilhooly, & Gilhooly, 2011). En effet, l'évaluation de la capacité financière, tout comme celle des déficits cognitifs, peut mettre en lumière certains indices de maltraitance financière qui devront par la suite être approfondis ou pourront guider la mise en place de mesures de protection afin d'en éviter la survenue (Flint, Sudore, & Widera, 2012). Par exemple, le *Lichtenberg Financial Decision Making Rating Scale* (LFDRS) (Lichtenberg, Stoltman, Ficker, Iris, & Mast, 2015) est un outil qui permet d'évaluer la capacité d'une personne âgée à prendre des décisions financières dans le but de faciliter le repérage de personnes à risque de maltraitance ou en situation de maltraitance (Campbell, Lichtenberg, Hall, Teresi, & Ocepek-Welikson, 2019). Bien qu'une recherche primaire établisse la validité du LFDRS pour quelques populations (Lichtenberg, Ficker, & Rahman-Filipiak, 2016), des travaux à plus grande échelle sont nécessaires afin d'en mesurer la validité (Ghesquiere, McAfee & Burnett, 2019).

Dans une autre approche, quelques recherches documentent le repérage de la maltraitance en amassant des informations auprès des proches de personnes âgées ayant des déficits cognitifs. Par exemple, le fait d'échanger régulièrement sur le sujet avec ces proches aidants peut favoriser le repérage de situations à risque (Cooper et al., 2008). Les proches ne sont cependant pas seulement considérés comme de potentielles personnes maltraitantes. Ils jouent également un rôle essentiel dans le repérage de diverses situations potentielles ou avérées de maltraitance, sachant que les personnes âgées ayant des incapacités sévères dénoncent plus rarement elles-mêmes la maltraitance vécue, en particulier celles ayant des déficits cognitifs (Frazão, Silva, Norton, & Magalhães, 2014).

3.3.6.2 Intervention

À notre connaissance, aucune recherche n'a porté spécifiquement sur les interventions auprès des personnes âgées maltraitées ayant des incapacités. Une revue systématique portant sur le dépistage de la violence conjugale ainsi que sur la maltraitance envers les personnes âgées et les adultes vulnérables mentionne n'avoir relevé aucun outil de dépistage ni d'intervention spécifique à cette population ayant été validé de façon randomisée (Feltner et al., 2018). Cependant, une recherche traitant de la maltraitance sexuelle envers les personnes âgées identifie les déficits cognitifs comme un défi pour l'intervention et les démarches judiciaires (Burgess et al., 2008).

Néanmoins, si les difficultés de mémoire et de communication complexifient le tout, il n'y a aucune raison de croire que les personnes ayant des déficits cognitifs ressentent moins de détresse que celles qui n'en ont pas. Cela souligne l'importance des interventions auprès de cette population, d'autant

plus si des signes de détresse ont été identifiés à la suite de maltraitance sexuelle (Burgess et al., 2008). De plus, une recherche australienne indique qu'en contexte de maltraitance financière envers les personnes âgées ayant une incapacité à gérer leurs biens et leur patrimoine, les délais dans l'enclenchement des recours légaux sont susceptibles de prolonger la situation de maltraitance (McCawley, Tilse, Wilson, Rosenman, & Setterlund, 2006).

D'ailleurs, autant dans la littérature spécifique à la maltraitance envers les personnes ayant des incapacités que dans celle concernant les personnes âgées en général, la trajectoire de services et l'appréciation de ces derniers ont rarement été étudiées. Effectivement, un seul article identifié dans le cadre de cette recension aborde la notion de trajectoire de services, traitant de celle des personnes âgées nécessitant un régime de protection en contexte de maltraitance financière aux États-Unis (Gassoumis, Navarro, & Wilber, 2015). Selon cette étude, la présence de déficits cognitifs chez une personne âgée subissant de la maltraitance financière et l'intervention du *Elder Abuse Forensic Center* constituent les deux principaux prédicteurs de référencement pour la mise en place d'un régime de protection. En comparant le nombre de référencement nettement plus élevé dans ce service constitué d'une équipe multidisciplinaire de professionnels spécialisés en maltraitance (*Elder Abuse Forensic Center*) que dans le service de l'*Adult Protective Services*, il a été constaté que ce dernier pose des actions plus tard dans le processus de maltraitance. Il met notamment en place des mesures de protection de dernier recours, tels les régimes de protection pour les personnes âgées n'ayant pas la capacité à protéger leurs biens et leur patrimoine.

3.3.7 Recommandations provenant de la recherche

Plusieurs articles recensés émettent des recommandations de pratique, d'organisation des services ou de recherche découlant de leurs travaux. La synthèse qui suit sert à étayer la réponse à l'objectif 4 de ce rapport, soit nos propres recommandations, qui sont exposées en fin de rapport. De façon générale, sans considération pour l'âge de la personne vivant de la maltraitance, les actions de prévention, de repérage et d'intervention, ainsi que la recherche devraient toujours reconnaître le slogan « Rien sur nous sans nous », incluant ainsi les personnes ayant des incapacités à tous les niveaux (Lightfoot & Williams, 2009a). Ce faisant, le continuum de services en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités, tout comme la recherche sur le sujet, doit être établi en collaboration avec des personnes âgées ayant des incapacités, et ce, en incluant des représentants de la diversité.

3.3.7.1 Prévention

Les recommandations traitant de prévention abordent la pertinence des campagnes publicitaires, des activités de prévention et de sensibilisation, des interventions préventives auprès des proches aidants et d'éducation des personnes âgées, de leurs proches et des intervenants.

Une recherche provenant de l'Irlande souligne l'importance de combiner diverses actions en prévention. Par exemple, il est suggéré de combiner une campagne publicitaire générale et l'éducation spécifique aux personnes âgées avec le recours aux services communautaires. Cette diversification des moyens permet de rejoindre toute population de personnes âgées et, plus spécifiquement, celles à risque de vivre de la maltraitance (Naughton, Drennan, & Lafferty, 2014).

Dans le but d'augmenter la participation des personnes ayant des incapacités développementales, les démarches de prévention peuvent comprendre des activités visant l'identification de situations de maltraitance, la participation à des saynètes et à des exercices interactifs, ainsi que des discussions avec des personnes de confiance (Lund & Hammond, 2014). Lors de ces activités, il importe que soit remise une liste de ressources indiquant où et par quel moyen dénoncer la maltraitance vécue, en plus de se montrer disponible auprès des participants par la suite.

Des interventions préventives visant à atténuer les facteurs de risque modulables, tels le fardeau des proches aidants et les relations entre la personne âgée et la personne posant les gestes de maltraitance, sont conseillées (Johannesen & LoGiudice, 2013). Plusieurs stratégies de prévention sont identifiées pour rejoindre les proches aidants, comme l'éducation sur les spécificités de la maladie (ou de l'incapacité) de la personne aidée et les soins à prodiguer (Anme, McCall, & Tatara, 2005, Hansberry, Chen, & Gorbien, 2005), des rencontres individuelles ou de la médiation familiale dans le but de diminuer le stress et les risques de maltraitance (Fang et al., 2019; Lee & Kolomer, 2005).

De plus, il est suggéré de faciliter l'accessibilité des proches aidants au répit et à des groupes de soutien (Anme et al., 2005; Lee & Kolomer, 2005). Les employés en centre d'hébergement doivent être formés afin d'offrir des soins à une personne âgée résistante en raison de déficits cognitifs (Conner et al., 2011), mais aussi d'être sensibiliser à la négligence envers les personnes âgées (Zhang et al., 2010). Finalement, l'éducation à la planification financière pour les personnes âgées et leur famille pourrait permettre de diminuer les risques de problèmes (y compris de maltraitance) advenant des déficits cognitifs (Flint, Sudore, & Widera, 2012).

3.3.7.2 Repérage

L'augmentation de la sensibilité clinique, soit la vigilance aux indices de maltraitance, est recommandée afin de faciliter le repérage de situation de maltraitance (Dong, Simon, Rajan, & Evans, 2011; Dong, Simon, & Evans, 2012; Dong, Simon, Beck, & Evans, 2014). Le repérage s'apprend par l'entremise de formations détaillées offertes aux professionnels de la santé qui abordent les particularités de la pratique auprès des personnes âgées ayant des déficits cognitifs (Fang et al., 2018; Hansberry, Chen, & Gorbien, 2005, Frazão et al., 2015) et auprès des personnes âgées en centre d'hébergement (Kamavarapu et al., 2017). Ces formations doivent être données systématiquement aux nouveaux employés et faire l'objet d'une mise à jour régulière afin de faciliter le repérage de la maltraitance, mais aussi, d'en diminuer les risques de situations préjudiciables (Kamavarapu et al., 2017).

Le repérage de la maltraitance des personnes âgées ayant des déficits cognitifs a fait l'objet de quelques recommandations. D'abord, les informations obtenues en entrevue doivent être triangulées, entre autres lors de visites à domicile (Hansberry, Chen, & Gorbien, 2005). De plus, les professionnels de la santé sont encouragés à soulever fréquemment la question de la maltraitance avec les proches aidants (Cooper et al., 2008). À cela s'ajoutent des ajustements fréquents pour composer avec le manque de compréhension face à la maltraitance vécue, les problèmes de mémoire, etc. Quelques conseils pour maximiser la collecte des données sont offerts, dont le fait de procéder à une discussion dans une pièce calme et fermée quand la personne est plus lucide, de faire preuve de patience, d'utiliser des phrases courtes et des questions simples, etc. (Tronetti, 2014).

Après avoir brossé un portrait plus juste de la maltraitance envers les personnes ayant des incapacités de naissance, et sachant que les professionnels sont inconfortables à l'idée d'aborder ces situations, il est possible de constater que l'éducation et la formation permettent d'enrichir la pratique, notamment en facilitant le repérage d'indices de maltraitance (Ansello & O'Neil, 2010).

En vue de repérer la maltraitance financière, il est recommandé que les employés des institutions financières soient formés sur la diminution des capacités financières liée aux déficits cognitifs et aux défis que cela représente. À cela s'ajoute l'établissement de protocoles clairs d'intervention à appliquer lorsqu'un client est à risque de maltraitance financière (Karp, 2012). Dans le même ordre d'idées, la création d'un guide de référence rapide pour les cliniciens serait utile pour aider au repérage de situations de maltraitance financière, en permettant notamment un accès facilité à une liste de facteurs de risque et de vulnérabilité (Mills et al., 2012).

3.3.7.3 Intervention

En matière d'intervention, les deux seules recherches comprenant des recommandations sont spécifiques au contexte de violence conjugale. En plus de la formation des intervenants en violence conjugale au sujet des incapacités, il importe de s'assurer de l'accessibilité physique des lieux (Lightfoot & Williams, 2009b) et de la possibilité de s'y déplacer en fauteuil roulant ou en déambulateur (Lundy & Grossman, 2009). Comme dans les autres services en matière de violence conjugale, la médiation doit être offerte (Lundy & Grossman, 2009), tout comme la mise en place de suivis individualisés prenant en compte l'hétérogénéité et la spécificité de chaque situation de violence conjugale (Lightfoot & Williams, 2009b).

3.3.7.4 Coordination

Une méta-analyse américaine suggère l'importance de la collaboration intersectorielle sur les plans locaux, étatiques et fédéraux, pour soutenir les personnes âgées maltraitées ayant des déficits cognitifs (Dong, Chen, & Simon, 2014). La connaissance des rôles de chaque acteur et la coordination entre ceux-ci s'avèrent des éléments essentiels en intervention en situation de maltraitance, particulièrement dans un contexte où des procédures judiciaires sont en cours (Reeves & Wysong, 2010). D'ailleurs, sans nier l'importance des interventions de nature légale en contexte de maltraitance financière, elles doivent être combinées à différentes approches préventives (McCawley et al., 2006), car peu de situations de maltraitance sont judiciairisées.

3.3.7.5 Recherches futures

Les travaux répertoriés dans cette recension des écrits permettent d'identifier plusieurs aspects peu ou pas explorés dans le domaine de la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités. Tout d'abord, des recherches plus spécifiques aux personnes âgées ayant des déficits cognitifs doivent être faites afin de documenter les types de maltraitance vécus selon une incapacité spécifique, mais aussi, l'ampleur et les facteurs de risque et de vulnérabilité associés à cette population (Dong, Chen, & Simon, 2014). Toujours auprès de cette population, rares sont les interventions basées sur les données probantes, d'où la nécessité de faire l'évaluation de leur implantation, tout comme de

leurs effets et impacts (Dong, Chen, & Simon, 2014). Dans le même ordre d'idées, les outils d'évaluation de la capacité financière déjà créés doivent faire l'objet d'une évaluation plus approfondie et dans une variété de contextes (Ghesquiere et al., 2019). Il est recommandé que soient créés des outils de repérage, à l'usage des professionnels de la santé et des services sociaux, qui s'appuient sur des facteurs de risques et de vulnérabilité (Johannesen & LoGiudice, 2013). De plus, le fait que de nombreux outils de repérage soient considérés comme des pratiques émergentes et non comme des pratiques appuyées sur des données probantes plaide pour la poursuite de recherches évaluatives (Moore & Browne, 2017). Ce faisant, la création, la validation scientifique et l'utilisation d'outils d'évaluation de la capacité à prendre des décisions financières sont recommandées afin de faciliter le repérage de personnes âgées à risque de maltraitance financière (Campbell et al., 2019; Lichtenberg, 2016).

Il est suggéré de porter attention à la relation entre une situation de maltraitance et le moment de survenue de l'incapacité (de naissance ou acquise) afin d'approfondir les connaissances spécifiques à chacune de ces deux populations (Giraldo-Rodriguez et al., 2015).

De plus, des recherches sont attendues pour mieux comprendre la nature du lien entre la présence d'incapacités (cognitives et physiques) et la maltraitance. Effectivement, la présence ou l'aggravation d'une incapacité est parfois un facteur de vulnérabilité à la maltraitance et parfois une conséquence de la maltraitance, sans distinction claire sur la direction de ce lien (Dong, Simon, & Evans, 2012; Dong, Simon, Beck, & Evans, 2014; Dong, Simon, & Evans, 2014). De plus, les divers contextes de maltraitance et les caractéristiques des personnes maltraitantes doivent être documentés afin d'enrichir la compréhension de la maltraitance envers les personnes âgées ayant des déficits cognitifs (Dong, Simon, Rajan, & Evans, 2011).

3.3.8 Synthèse et mise en perspective de l'état des connaissances

Cet état des connaissances sur la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités permet de conclure à un manque général d'informations sur le sujet. Seuls cinq articles sont considérés comme étant de très haut niveau de scientificité (revue systématique, méta-analyse, etc.). Les deux tiers des 66 articles retenus, soit 44, portent spécifiquement sur les personnes ayant des incapacités; les 22 autres les abordent tout en traitant aussi des personnes sans incapacité. Parmi l'ensemble des 66 articles, la notion d'incapacité est uniquement traitée comme un facteur de vulnérabilité ($n = 33$) ou comme une conséquence de la maltraitance ($n = 7$), sans être le sujet principal de l'étude.

Dans le but de mettre en exergue ce qui a été abordé, mais aussi d'identifier ce qui est peu ou pas couvert dans la littérature spécifique à la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités, le tableau suivant présente les différents thèmes abordés et le nombre d'articles portant sur le sujet parmi les 44 articles **spécifiques aux personnes ayant des incapacités**. Certains articles abordent plus d'un thème (par exemple : facteurs de risque et de vulnérabilité au sein de la dyade proche aidant – personne âgée), ce qui explique que l'addition du nombre d'articles référés au tableau 7 dépasse le nombre d'articles total.

Tableau 7 : Nombre d'articles spécifiques aux personnes âgées ayant des incapacités en fonction du thème

Thèmes abordés	Nombres d'articles spécifiques aux personnes âgées ayant des incapacités
Facteurs de risque et de vulnérabilité	25
Dyade proche aidant – personne âgée	11
Prévalence	4
Incapacité comme conséquence de la maltraitance	4
Maltraitance en centre d'hébergement	4
Évaluation d'outils	4
Type et forme de maltraitance	2
Trajectoire de services	1
Facteurs de protection	1
Oppression (âgisme, capacitisme, sexisme, racisme)	1
Conséquences	1

Tel qu'indiqué au tableau 7, la majorité des articles (n = 25) traitent des facteurs de risque et de vulnérabilité. Deux approches, non illustrées dans le tableau 7, se distinguent dans la façon d'aborder ces facteurs : neuf articles abordent la notion d'incapacité comme facteurs de vulnérabilité à la maltraitance, tandis que 16 articles s'intéressent plutôt aux facteurs de risque et vulnérabilité spécifiques aux personnes âgées ayant des incapacités.

Ensuite, 11 articles abordent la dyade proche aidant – personne âgée recevant de l'aide et 4 articles traitent de la maltraitance en centre d'hébergement. Ainsi, il serait important de documenter d'autres dynamiques de maltraitance, telle la maltraitance provenant de la famille ou d'un proche hors d'une dyade de proche aidance, de dispensateurs de services, de voisins, etc.

Pour ce qui est des conséquences, un seul article s'est intéressé spécifiquement aux conséquences de la maltraitance vécue par des personnes âgées ayant des incapacités. La plupart abordent plutôt la présence d'incapacités comme une conséquence de la maltraitance (n = 4).

Une seule recherche présente les trajectoires de services chez les personnes âgées ayant des incapacités via l'analyse de dossiers. Ainsi, la parole des personnes âgées sur leurs trajectoires de services et leur appréciation de celles-ci n'y est pas prise en compte.

Quelques constats se dégagent de cet état des connaissances. Les informations sont parcellaires au sujet de la prévalence de la maltraitance selon les types et formes, mais aussi, selon les types d'incapacités, leurs conséquences, les caractéristiques des personnes maltraitantes et leur dynamique relationnelle avec la personne maltraitée (hors de la relation de proche aidance), les principaux lieux où se produisent les situations de maltraitance, la demande d'aide, les activités de prévention, de repérage et d'intervention tant auprès de la personne maltraitée que de la personne maltraitante (ce qui comprend la trajectoire de services) et l'appréciation des divers services reçus par la personne âgée maltraitée et ayant des incapacités. Plusieurs de ces thèmes sont abordés dans le cadre de la présente recherche.

Autre fait, peu d'articles à devis qualitatif donnent la parole aux personnes âgées ayant des incapacités. Seulement deux articles ont été relevés à cet effet (Fulmer et al., 2005; Walsh et al., 2010), illustrant la quasi-absence de cette perspective alors qu'il s'agit bien de la stratégie retenue pour produire les données dans la présente recherche.

Ces constats tirés de l'état de la recherche contribuent à renforcer la pertinence de cette recherche exploratoire qui constitue un premier tour d'horizon sur la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités au Québec. Le tout, en se basant sur la parole et les expériences des personnes les ayant vécues. L'objectif est donc de contribuer à la compréhension d'un problème en s'appuyant sur un matériau expérientiel.

4. Méthodologie

Cette section consacrée à la méthodologie comprend un exposé détaillé en huit points de l'ensemble des étapes et décisions prises pour mener à bien ce projet de recherche.

4.1 Territoire de la recherche

Cette recherche a été menée sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Il s'agit du second plus grand territoire desservi par un CIUSSS au Québec, comprenant plus de 101 points de services répartis dans neuf réseaux locaux de services (RLS), soit la RLS du Granit, du Haut-St-François, du Val-St-François, de Sherbrooke, de Coaticook, de Memphrémagog, d'Asbestos, de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie. Il inclut des centres hospitaliers (CH), des centres d'hébergement (CHSLD, RTF, RI) et des centres de réadaptation (DP, DI, TSA, Dépendance). Vaste région socio-sanitaire, les limites de son territoire s'étendent de la municipalité de Lac-Mégantic à celle de Ange-Gardien. Parmi la population de plus de 500 000 personnes (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2018), 20 % sont des personnes âgées de 65 ans et plus; il est estimé qu'elles atteindront 27 % en 2027 (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2016).

4.2 Démarche participative et intersectorielle

Ce projet de recherche participatif laisse une large place à la parole des personnes âgées ayant des incapacités. Il s'appuie sur le slogan précédemment cité « Rien sur nous sans nous » (Lightfoot & Williams, 2009a). Les personnes ayant des incapacités sont ainsi incluses dans le comité scientifique, dans le comité consultatif ainsi que dans la rédaction de ce rapport. De plus, ce projet s'inscrit dans une démarche intersectorielle de coconstruction entre divers types d'acteurs : chercheurs, décideurs et administrateurs du RSSS, organismes communautaires, associations de personnes âgées ou de personnes ayant des incapacités et personnes âgées ayant des incapacités.

Pour mener les travaux, les deux chercheuses, Marie Beaulieu (Université de Sherbrooke) et Hélène Carbonneau (Université du Québec à Trois-Rivières - UQTR) ont été entourées de deux coordonnateurs qui se sont succédé (Julien Cadieux Genesse et Anabelle Rondeau-Leclaire), ainsi que de trois étudiants qui ont participé à tour de rôle au projet (Amélie Bernier-Girard, Marie-Anne Genest-Roy et Maxime Hébert). Aux trois quarts du projet, la professeure Lyson Marcoux de l'UQTR s'est jointe au projet en tant que chercheuse collaboratrice dans la perspective d'enrichir les analyses sur l'*empowerment* et la résilience.

Deux comités de travail ont été actifs tout au long du projet. D'abord un **comité scientifique**, composé de neuf personnes soit trois directeurs de programmes du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (Direction administrative de la recherche, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées et Direction du programme Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique), du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, d'une personne représentant l'OPHQ, des deux chercheuses et de deux membres de la *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les âgées* (dont la coordonnatrice du projet et une doctorante en gérontologie, ayant elle-même des incapacités, engagée de façon soutenue dans le champ des incapacités). Le comité scientifique avait pour mandat de valider les diverses étapes du projet en tenant compte des réalités et des contraintes variées du terrain, en plus d'appuyer le

recrutement dans le but de faciliter l'atteinte des objectifs du projet. Ce comité s'est réuni sept fois au cours des deux années qu'a duré le projet. En raison du contexte de la COVID-19, certaines rencontres ont été remplacées par des informations partagées par courriel.

Ensuite, **un comité consultatif** a été constitué, regroupant des représentants de six organismes communautaires de l'Estrie, soit La Cordée, Handi Apte, Action Handicap Estrie, DIRA-Estrie, Promotion Handicap Estrie, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, ainsi que le Laboratoire d'innovations par et pour les aînés (LIPPA). Cette façon de mener la recherche par l'inclusion de divers points de vue, dont le regard citoyen des personnes aînées, est en synergie avec l'approche du LIPPA au Centre de recherche sur le vieillissement dans lequel la *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées* est active. Chaque organisme présent au sein de ce comité avait l'opportunité d'y déléguer deux personnes, soit une personne salariée et une personne aînée ayant des incapacités. Les membres de ce comité ont eu comme mandat de partager leur expertise, leur analyse critique et leurs recommandations sur le projet. Ils furent aussi invités à offrir un appui pour le recrutement des participants (en respectant les règles émises par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS) et à permettre à l'équipe de recherche de mener des activités de recrutement ou de collecte de données dans leurs installations, si nécessaire. Les membres de ce comité se sont réunis quatre fois et ont été tenus au courant des avancées du projet au moyen de courriels informatifs en raison du contexte de la COVID-19.

4.3 Devis de recherche

Afin d'atteindre les objectifs prévus, l'approche narrative (Creswell & Poth, 2018) sous la forme de récits d'expérience fut retenue. Cette approche met l'accent sur le récit biographique ou expérientiel d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité (Desmarais, Fortier, & Rhéaume, 2012). Dans le cadre de cette recherche, l'approche a une visée à la fois exploratoire (l'expérience vécue de la maltraitance – sujet non étudié au Québec à notre connaissance) et descriptive (la trajectoire de services). Elle repose sur deux sources de données (Yin, 2014) : un bref questionnaire sociodémographique suivi par une entrevue semi-dirigée. En plus de ces deux sources de données, un dessin de la trajectoire de services a été fait par une des personnes intervieweuses lors des entrevues. Cela a permis à chaque participant de visualiser sa trajectoire de services, d'ajouter des éléments ou d'en rectifier certains afin d'assurer une meilleure compréhension pour l'équipe de recherche. Ce dessin a été laissé à chaque participant à la fin de l'entrevue et les chercheurs en ont gardé une photo.

4.4 Plan d'échantillonnage

Puisque la maltraitance envers les personnes aînées ayant des incapacités est méconnue, un devis exploratoire large a été appliqué, soit la recherche d'une grande diversité de cas afin de brosser un premier portrait général de la situation. Le plan d'échantillonnage comprend cinq éléments :

- Une variété d'incapacités
- Une diversité dans les types de maltraitance vécue
- Un équilibre dans le nombre de participants selon le genre
- Des entrevues dans le plus de RLS différents
- Des entrevues dans des milieux ruraux ou urbains

L'échantillon visé était de 20 à 22 participants représentant une diversité d'incapacités provenant des travaux de Fournier, Godbout et Cazale (2013) que l'on retrouve dans le tableau 8.

Tableau 8 : Types d'incapacités et leur définition

Incapacités	Définitions et caractéristiques
Audition	Difficulté à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes, au cours d'une conversation avec une autre personne ou au cours d'une conversation téléphonique.
Vision	Difficulté à voir les caractères ordinaires d'un journal ou à voir clairement le visage d'une personne éloignée de quatre mètres.
Parole	Difficulté à parler et à se faire comprendre.
Mobilité	Difficulté à marcher sur une distance de 400 mètres, à monter et à descendre un escalier d'environ 12 marches, à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres, à se tenir debout pendant plus de 20 minutes ou à se déplacer d'une pièce à l'autre.
Agilité	Difficulté à se pencher, à se couper les ongles d'orteils, à se servir de ses doigts pour saisir ou manier des objets, à tendre les bras dans n'importe quelle direction, à se mettre au lit ou à en sortir, à s'habiller et à se déshabiller ou à couper sa nourriture.
Apprentissage	Troubles d'apprentissage ou de perception, difficultés d'attention ou hyperactivité diagnostiquée.
Mémoire	Difficultés de mémoire ou périodes de confusion tous les jours ou presque.
DI/TED	Déficiência intellectuelle ou trouble envahissant de développement diagnostiqué.
Psychologique	Limitation dans la quantité ou le genre d'activités qu'une personne peut faire en raison de troubles émotifs, psychologiques ou psychiatriques d'une durée de six mois ou plus, comme les phobies, l'anxiété, la dépression, les problèmes d'alcool, de drogue ou de jeu, la schizophrénie et autres.
Indéterminée	Limitation dans la quantité ou le genre d'activités qu'une personne peut faire en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité susmentionné.

Tiré de Fournier, C., Godbout, M. & Cazale, L. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*. Méthodologie et description de la population visée, Volume 1. Québec, Institut de la statistique du Québec, 71 p.

L'objectif souhaité était de recruter un ou deux participants par type d'incapacité. Cet idéal a été maintenu tout au long du recrutement en dépit des difficultés à l'atteindre, ce qui a mené au déploiement de nombreux efforts de recrutement qui seront relatés ultérieurement. Il était visé d'avoir autant de cas de maltraitance psychologique que de maltraitance matérielle et financière. Il était souhaité que le tiers de l'échantillon soit composé d'hommes, prenant ainsi en compte le poids démographique plus grand des femmes à l'âge avancé au Québec (Gouvernement du Québec, 2018) et du fait que les femmes âgées ayant des incapacités se trouvent surreprésentées comparativement aux hommes (Dugas & Lamotte, 2015).

Le recrutement a été activement fait dans les neuf RLS visés afin d'obtenir une diversité de milieux de vie allant des milieux urbains aux milieux ruraux. Concernant les milieux urbains, il importe de préciser que bien qu'elles comprennent chacune un hôpital sur leur territoire, les villes de Sherbrooke, Granby, Magog et Cowansville diffèrent largement en termes de population (respectivement :

169 136, 68 599, 27 154 et 14 727) (Gouvernement du Québec, s.d.) et de services, ajoutant ainsi à la diversité de l'échantillon.

4.5 Approbation éthique

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS le 23 avril 2019. Il a fait l'objet de quelques amendements au cours du projet. Tout d'abord, le 19 novembre, l'approbation de la demande de modification éthique a été reçue pour assurer l'intégration des personnes sous régime de protection homologuée à l'échantillonnage en autant qu'elles soient en mesure de consentir à contribuer au projet et de participer à une entrevue où elles étaient accompagnées d'une personne de leur choix. Ensuite, le 22 mai 2020, un amendement au protocole de recherche a été approuvé pour autoriser l'ajout au projet d'une chercheure associée et d'un étudiant afin de mener des analyses secondaires sous un angle psychologique.

4.6 Recrutement

Deux stratégies de recrutement furent initialement déployées. Le recrutement a d'abord été amorcé en sollicitant le concours des employés des divers services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et des organismes communautaires de la région de l'Estrie. Tout intervenant était invité à présenter le projet à des participants éventuels et à leur remettre un dépliant. Ces participants potentiels pouvaient prendre contact directement avec la coordonnatrice du projet ou accepter que leurs coordonnées lui soient remises afin qu'elle les contacte. Pour minimiser un biais de désirabilité sociale (soit de ne pas oser critiquer le service ou l'organisme qui recrute), le recrutement a été effectué en contactant de nombreux services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et organismes de son territoire. L'autre stratégie a été d'apposer des affichettes avec numéros de téléphones détachables dans les divers services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et divers organismes partenaires du projet.

Le recrutement fut sans contredit l'aspect ayant posé le plus de défis dans cette recherche, ce qui a mené au déploiement de stratégies supplémentaires à celles envisagées initialement. Malgré la présence de directeurs de divers services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et l'engagement de nombreux organismes communautaires dans le comité consultatif, de nombreux efforts ont dû être déployés par l'équipe de recherche. En plus des demandes de collaborations faites à plusieurs reprises aux membres du comité scientifique et à chacun des membres du comité consultatif, il y eu treize exposés donnés à des équipes de direction ou d'intervenants du CIUSSS de l'Estrie-CHUS ou d'organismes communautaires, six animations à des membres d'associations ou lors d'événements (clinique de vaccination, Salon annuel de la FADOQ).

Les affichettes ont mené au recrutement d'un participant, alors qu'un recrutement a été facilité par une intervenante du RSSS et un autre par un organisme communautaire qui offre du soutien à des personnes ayant des incapacités. Un merci particulier est adressé au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et à DIRA-Estrie qui a joué un rôle actif dans la recherche de participants, en acheminant à l'équipe de recherche neuf références (dont huit participants à l'étude).

En date du 13 mars 2020, toutes activités reliées au recrutement ont cessé en raison de la COVID-19. L'encadré 1 expose le détail des activités de recrutement.

Encadré 1 : Stratégies de recrutement déployées

Demande de soutien dans le recrutement et relance	Présentations effectuées par différents membres de l'équipe de recherche
Demande de soutien dans le recrutement aux membres du comité scientifique et du comité consultatif (mai et juin 2019) Appel à une multitude d'organismes communautaires de la région de l'Estrie œuvrant auprès des personnes âgées ou auprès des personnes ayant des incapacités (septembre et octobre 2019) (voir tableau des organismes rejoints à l'Annexe B) Relance des différents partenaires du comité consultatif pour le recrutement (18 septembre 2019) Relance des partenaires du comité scientifique pour le recrutement (18 septembre 2019) Relance des différents partenaires du comité scientifique pour le recrutement (14 novembre 2019) Relance des différents partenaires du comité scientifique et du comité consultatif pour le recrutement (24 février 2020)	Dépliants et affiches transmis à la FADOQ Estrie et la Société d'Alzheimer de l'Estrie (sans date) Direction Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (23 septembre 2019) Équipe d'ergothérapeutes SAPA de Granby (CIUSSS de l'Estrie-CHUS) (4 octobre 2019) Équipe psychosociale du SAPA Memphrémagog (CIUSSS de l'Estrie-CHUS) (23 octobre 2019) Équipe de travail social du SAPA de l'Hôpital de Granby (CIUSSS de l'Estrie-CHUS) (30 octobre 2019) Comité d'arrimage-clinique en santé mentale et vieillissement (CACSMV) (14 novembre 2019) Clinique de vaccination au Centre de foire de Sherbrooke (15 novembre 2019) Salon annuel du Réseau de la FADOQ (16 novembre 2019) Équipe de travail social au CLSC Cowansville (CIUSSS de l'Estrie-CHUS) (19 novembre 2019) (annulée vue condition météorologique, mais documentation envoyée à la chef de service) Équipe SAPA de Coaticook (CIUSSS de l'Estrie-CHUS) (21 novembre 2019) Forum des gestionnaires SAPA (direction du programme SAPA du CIUSSS de l'Estrie-CHUS) (28 novembre 2019) Équipe d'ergothérapeutes CLSC de Magog (CIUSSS de l'Estrie-CHUS) (11 décembre 2019) Rencontre régionale – Concertation estrienne contre la maltraitance des personnes âgées (18 décembre 2019) Équipe Déficience visuelle (16 janvier 2020) et Déficience auditive (21 janvier 2020) du Centre de réadaptation de l'Estrie (CIUSSS de l'Estrie-CHUS) Activité « Oser en parler... un premier pas vers le mieux-être » et recrutement chez Handi-Apte (27 janvier 2020)

Demande de soutien dans le recrutement et relance	Présentations effectuées par différents membres de l'équipe de recherche
	Équipe de direction DI-TSA (CIUSSS de l'Estrie-CHUS) (17 janvier 2020) Activité « Oser en parler... un premier pas vers le mieux-être » et recrutement à la Résidence Principale à Cowansville (24 février 2020) Activité « Oser en parler... un premier pas vers le mieux-être » et recrutement à la Résidence La Seigneurie (prévue le 6 avril 2020 : annulée – COVID 19) Activité « Oser en parler... un premier pas vers le mieux-être » et recrutement à la Résidence Villa de l'Estrie (en planification : annulée – COVID 19)

4.6.1 Prise de contact

L'équipe de recherche a été en contact avec 20 participants potentiels. Parmi eux, neuf n'ont pas participé, soit parce qu'ils ne satisfaisaient pas les critères d'inclusion ($n = 6$), parce qu'ils ont décliné notre invitation une fois la démarche de recherche exposée ($n = 2$) ou parce qu'il a été impossible de maintenir un contact avec eux ($n = 1$). Ce faisant, le projet compte onze participants. La composition de l'échantillon final est exposée à la section 5.

Toutes les prises de contact ont eu lieu par téléphone, soit dans neuf cas directement auprès du participant et, dans deux cas par un tiers (soit une sœur et une intervenante auprès de la personne). Ces prises de contact ont mené à une première prise de notes, car plusieurs interlocuteurs ont spontanément abordé bon nombre d'informations pertinentes à notre recherche. Ces notes ont permis de se doter d'un cadre à explorer plus en profondeur dans l'entrevue, notamment une première esquisse de la maltraitance vécue et de la trajectoire de services. Dans tous les cas, un rendez-vous a été pris pour la réalisation de l'entrevue en privilégiant le choix du moment le plus opportun, dans un espace-temps rapproché, convenant au participant.

4.7 Collecte de données

Les entrevues de collectes de données ont eu lieu entre juillet 2019 et février 2020 dans un lieu choisi par chaque participant, soit huit entrevues au domicile des participants (une dans une maison, quatre en appartement, deux en appartement dans une résidence privée pour aînés (RPA) et une en CHSLD) et trois au Centre de recherche sur le vieillissement.

Chaque entrevue a débuté par le recueil du consentement libre et éclairé du participant. Considérant les incapacités de certains participants, avec l'aval du Comité d'éthique de la recherche, un consentement verbal a été recueilli et enregistré. Trois personnes ont été accompagnées lors de l'entrevue, soit les participants ayant des incapacités de mémoire, de déficience intellectuelle, et une ayant une incapacité de type mobilité. Les personnes accompagnantes étaient la sœur, une travailleuse

sociale et un fils. Dans ces cas particuliers, il nous a fallu nous assurer de deux éléments : la compréhension de la nature de la recherche (en d'autres mots, l'aptitude à participer) et le consentement à la présence d'autrui.

Par aptitude à participer à une entrevue, il a été entendu que le participant soit en mesure de raconter les événements par lui-même, ou bien, s'il est accompagné, de corroborer et ajouter des éléments au récit de l'accompagnateur. L'équipe a validé l'aptitude à consentir à chaque contact avec les participants (appel pré-entrevue, lors de l'entrevue et appel post-entrevue). Avant de débiter l'entrevue, un bref questionnaire sociodémographique fut administré verbalement, comprenant des questions fermées sur l'âge, le genre, le type d'incapacité, le milieu de vie, l'état civil, le moment de déclaration de l'incapacité, etc.

L'entrevue enregistrée couvrait les thèmes suivants (voir le protocole à l'Annexe C) : maltraitance subie, types de relation avec la personne maltraitante, lieux de la maltraitance, facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité, demande d'aide, trajectoire de services, appréciation des services – dont prise en compte des besoins et du profil des intervenants, conséquences à court, moyen et long terme, freins et leviers pour mettre fin à la situation de maltraitance, etc. La durée moyenne des entrevues est de 101 minutes, la plus courte étant de 54 et la plus longue de 149 minutes.

Plusieurs particularités émergent des entrevues, qui ont été d'une grande richesse, telle l'immense générosité des participants, autant dans le partage d'expériences vécues que dans leur accueil au lieu de l'entrevue (domicile ou autre). Ces entrevues se sont avérées chargées en émotions, étant ainsi très exigeantes pour les participants et les personnes menant l'entrevue. D'ailleurs, dès la première entrevue, il fut décidé que chacune d'entre elles devait être réalisée à deux intervieweurs en raison de l'intensité des informations et émotions suscitées.

Tout au long de l'entrevue, un des intervieweurs dessinait la trajectoire de services afin d'avoir un référent visuel et de valider à la fois la compréhension des événements et leur chronologie. À la fin de l'entrevue, ce dessin était remis au participant, avec sa permission de le prendre en photo pour les dossiers de recherche. Ces dossiers de recherche comprennent de la documentation donnée spontanément (car rien ne leur était demandé) par les participants eux-mêmes, tels des copies de factures, des états des démarches, des documents de plaintes, etc. En plus de ce dessin, une liste de ressources d'aide et d'accompagnement de l'Estrée a été remise aux personnes participantes à titre de document de référence. Cette liste a généré des réactions positives, certains participants indiquant qu'il serait important que toutes personnes âgées y aient accès, ajoutant même qu'ils auraient aimé en avoir un exemplaire au moment de la survenue de la maltraitance.

Un montant de 100 \$ a été remis à chaque participant en guise de compensation à la suite de l'entrevue. Les participants n'apprenaient qu'en début d'entrevue qu'ils recevraient cette somme, ce qui permet d'affirmer que l'argent n'a jamais été une motivation à participer à la recherche. D'ailleurs, les participants ont réagi très positivement à la compensation, mentionnant clairement que leur participation à l'entrevue n'y était pas liée. Plusieurs ont ajouté avoir accepté de participer afin d'éviter que d'autres personnes âgées ayant des incapacités n'aient à subir ce qu'ils ont vécu.

Finalement, dans les minutes suivant l'entrevue, les deux intervieweurs faisaient un débriefing sur le contenu et le contexte de l'entrevue. Les échanges, enregistrés, contiennent des informations sur les

faits, sur le ressenti et identifient des pistes d'analyse. Au fur et à mesure que le recrutement progressait, ces discussions permettaient de mettre en exergue des points communs, tout comme des différences entre les récits.

Dans un délai de 7 à 14 jours après l'entrevue, la personne à la coordination du projet appelait chaque participant afin de s'enquérir de son état à la suite de l'entrevue, de discuter de la liste des ressources d'aide et de revenir, à l'initiative de certains participants, sur du contenu abordé en entrevue. Lors de ces appels, aucune référence spécifique n'a été faite aux ressources d'aide en lien avec la maltraitance vécue, puisqu'aucun participant n'en a exprimé le besoin. Quelques participants ont ajouté des éléments aux expériences de maltraitance relatées lors de l'entrevue, afin de compléter les informations. Certains participants ont formulé, comme ç'a été souvent le cas en entrevue, le désir de changement pour les personnes âgées ayant des incapacités, en espérant que leur participation au projet de recherche diminue les risques de vivre de la maltraitance pour autrui. La participation à l'entrevue a aussi été nommée comme une démarche libératrice, les participants partageant une expérience vécue difficile et chargée en émotion. Dans un cas, cet appel a aussi permis de transmettre des informations en lien avec des loisirs, en guise de complément à une discussion initiée en entrevue.

4.8 Saisie et analyse des données de recherche

Les notes recueillies lors de la prise de contact, les informations sociodémographiques, les verbatims des entrevues, les verbatims des discussions de débriefing entre intervieweurs et les notes du contact post-entrevue furent saisis dans NVivo pour en faire une analyse qualitative.

L'analyse est de type thématique, soit un repérage systématique, un regroupement et un examen discursif des thèmes (Paillé et Mucchielli, 2012) abordés dans les différents documents nommés ci-haut. L'analyse thématique en continu a permis la production d'un arbre de code évolutif tout au long du projet, permettant de regrouper des thèmes associés, complémentaires ou divergents aux thèmes centraux. Une attention spécifique fut accordée au genre, tel que proposé dans *le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. Chaque situation a été analysée individuellement pour ensuite être comparée aux autres. Fidèles au cadre théorique du MDH-PPH, nos analyses portent aussi une attention particulière aux facteurs personnels, aux facteurs environnementaux et aux habitudes de vie.

Des analyses secondaires des données ont été faites par deux personnes selon une perspective liée à l'*empowerment* et la résilience. Suivant une démarche d'analyse inductive générale telle que décrite par Blais et Martineau (2006), ces deux chercheurs ont pris connaissance des verbatims de manière indépendante avant de mettre leurs analyses en commun.

5. Résultats

Ce chapitre répond aux objectifs 2 et 3 de cette recherche, qui consistent à documenter respectivement la maltraitance psychologique et la maltraitance matérielle et financière envers les personnes âgées ayant des incapacités. Tout d'abord, les caractéristiques des participants sont présentées, elles sont suivies d'une description sommaire de chaque situation de maltraitance, puis d'une synthèse comparée de ces situations. Ensuite, les conséquences de la maltraitance envers la personne et envers autrui sont explicitées, suivies par les freins et leviers à la demande d'aide. Les trajectoires de services des 11 participants, qui comprennent 18 situations de maltraitance (car certains participants ont vécu plus d'une situation de maltraitance au cours des cinq dernières années), ainsi que leurs appréciations sont ensuite décrites. La coordination des services est également discutée. Finalement, les résultats des analyses secondaires en lien avec la résilience et l'*empowerment* sont présentés.

5.1 Caractéristiques des participants

Les principales caractéristiques des participants ($n = 11$) sont regroupées dans le tableau 9. Ce tableau permet de constater la grande diversité de l'échantillon. Il est composé de huit femmes et trois hommes. La moyenne d'âge est de 73,5 ans, la plus jeune participante étant âgée de 62 ans et la plus âgée de 90 ans. Les types d'incapacité sont variés : mobilité, agilité, déficience intellectuelle, audition, psychologique et mémoire. Les deux types d'incapacité les plus fréquents ($n = 7$), d'ailleurs combinés dans plusieurs cas, sont la mobilité et l'agilité. Il n'a pas été possible de recruter des participants ayant des incapacités de vision, de langage, d'apprentissage ou de nature indéterminée. La diversité des incapacités représentée dans notre échantillon est vaste et permet d'illustrer l'expérience de maltraitance à travers diverses trajectoires de personnes ayant des incapacités variées. De plus, les incapacités sont survenues à différents moments de la vie, dont deux de naissance, quatre comme jeune adulte (moins de 30 ans), un dans la cinquantaine, une dans la soixantaine et trois à 80 ans et plus. Les participants proviennent de cinq des neuf RLS de l'Estrie, majoritairement de la RLS Memphrémagog ($n = 3$) et la RLS de Sherbrooke ($n = 5$), ce qui a permis de rejoindre des gens provenant en majorité de milieu urbain de diverses tailles, mais aussi un participant de milieu semi-rural et un autre de milieu rural.

Les participants habitent en domicile traditionnel ($n = 6$), en RPA ($n = 3$), en CHSLD ($n = 1$) et en résidence intermédiaire ($n = 1$), ce qui présente une grande diversité de milieu de vie et de niveau de soins. Finalement, l'état civil des participants est varié : veuf ($n = 4$), célibataire ($n = 3$), marié(e) ou conjoint(e) de fait ($n = 3$) ou divorcé(e) ($n = 1$).

L'appartenance ethnoculturelle n'est pas exposée puisque l'ensemble des participants sont des francophones issus de famille installées au Québec depuis plusieurs générations. Ce faisant, dans une perspective d'intersectionnalité, soit une attention donnée à l'intersection de divers systèmes d'oppression (voir section 2.2.4), il a été impossible de considérer le racisme.

Tableau 9 : Caractéristiques des participants

Âge moyen		73,5 ans	
Âge moyen d'acquisition de l'incapacité		41,7 ans	
Caractéristiques personnelles		Nombre	%
Genre	Homme	3	27,0 %
	Femme	8	73,0 %
Type d'incapacité	Agilité-Mobilité	3	27,3 %
	Audition	1	9,1 %
	Déficiência intellectuelle	1	9,1 %
	Mémoire	1	9,1 %
	Mobilité	4	36,3 %
	Psychologique	1	9,1 %
Moment de la déclaration de l'incapacité	À la naissance	2	18,1 %
	Acquise à l'âge adulte	6	54,5 %
	Acquise après l'âge de 65 ans	3	27,3 %
Milieu de vie	CHSLD	1	9,1 %
	Domicile traditionnel	6	54,5 %
	Ressource de type familiale	1	9,1 %
	Résidence privée pour aînés	3	27,3 %
Territoire	Urbain	9	81,8 %
	Semi-rural	1	9,1 %
	Rural	1	9,1 %
RLS	De la Pommeraie	1	9,1 %
	Haute-Yamaska	1	9,1 %
	Haut-St-François	1	9,1 %
	Memphrémagog	3	27,3 %
	Sherbrooke	5	45,5 %
Statut civil	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	3	27,3 %
	Divorcé(e)	1	9,1 %
	Veuf (veuve)	4	36,3 %
	Célibataire (jamais marié)	3	27,3 %

5.2 Situations de maltraitance

Cette section, qui fait l'exposé des situations de maltraitance et leur analyse, comprend trois parties. D'abord, pour chaque participant, les diverses situations sont relatées l'une après l'autre, dans une visée descriptive et chronologique. Ces descriptions comprennent des informations sur le participant ayant subi de la maltraitance, sur la personne maltraitante, sur le contexte ainsi que les gestes de maltraitance posés. Les réactions et conséquences immédiates des participants sont ensuite décrites. Des tableaux de synthèse sont présentés, portant sur différents éléments illustrés dans les situations de maltraitance décrites (lieux de maltraitance, auteurs de maltraitance, lien avec l'incapacité). Finalement, les facteurs de risque, de vulnérabilité et de protection sont exposés sous forme de tableau. Dans ces descriptions, les types de maltraitance sont inscrits en gras et certains passages sont surlignés, mettant en exergue les gestes singuliers ou répétitifs ou les absences d'action appropriées qui constituent de la maltraitance.

5.2.1 Description sommaire des situations de maltraitance

La description des histoires des divers participants révèlent quatre principaux contextes de maltraitance soit des situations liées: 1) à des organismes publics, 2) à des organismes communautaire ou d'économie sociale, 3) à des entreprises privées et 4) à des membres de l'entourage. Les prochaines sections font une synthèse des situations de maltraitance décrites par les participants en regard de ces quatre contextes.

5.2.1.1 Situations de maltraitance dans le contexte d'organismes publics

Plusieurs situations de maltraitance relatées par les participants se sont déroulées dans le contexte d'une offre de services par un organisme public (CLSC, municipalité, centre hospitalier ou autres). Les situations de maltraitance relevées sont diverses, incluant de la maltraitance psychologique, financière, physique et organisationnelle.

Certaines situations de maltraitance sont de **type psychologique liée aux attitudes des intervenants** envers les participants. Pour certaines participantes, la maltraitance se produit lors de plusieurs rencontres échelonnées sur une période de plusieurs semaines ou mois. La maltraitance est alors marquée par des attitudes et comportements, décrits comme manquant de professionnalisme et de considération envers les besoins des participantes. Les stratégies communicationnelles, le manque de respect et l'exercice du pouvoir de l'intervenant marquent ces situations.

Par exemple, une participante se voit imposée le choix d'une compagnie pour lui dispenser un service sans explication plutôt que de pouvoir faire appel au fournisseur en qui elle a confiance et avec lequel elle est habituée de faire affaire depuis plusieurs années. La participante n'a pas senti avoir de l'espace pour s'exprimer et encore moins pour être entendue.

Elle dit : « Vous savez, ce n'est pas [nom d'une ville au Québec] qui va venir ici. » Bien moi, j'étais tellement habituée, ça faisait des années que j'étais avec eux autres, à [nom d'une ville]. Ça m'a vraiment déçue, parce que là, je suis avec [nom d'une autre ville]. (Participante 1).

Deux **situations de maltraitance de type psychologique** de la part d'un intervenant du RSSS se sont produites dans un contexte d'évaluation. Ayant à finaliser une évaluation clinique amorcée par un collègue, un intervenant reprend des évaluations faites récemment sans prendre en compte les conditions médicales inscrites au dossier de la patiente ni de ses besoins :

Pourquoi me faire subir cela, là. [...] Puis en plus, c'est marqué dans mon dossier, depuis 2008, que le matin, comme j'ai de la misère à dormir, c'est le répondeur. Si je m'endors à quatre heures [...] Il faut bien que je récupère. Qu'on m'appelle dans l'après-midi. Il appelait toujours le matin. Déjà, c'est un manque de respect. (Participante 2).

La participante décrit l'intervenant comme étant arrogant et méprisant. Il impose son rythme dès sa première visite au domicile :

Oh, lui, il ne voulait rien savoir. Il fallait que ça suive selon sa tête à lui, puis... Il ne savait pas comment prioriser. Puis, en plus, d'une arrogance, d'un mépris, condescendant. [...] En rouvrant la bouche, il m'a dit : « Écoutez madame, là. On va procéder à ma façon, c'est moi le professionnel. » *Woh!* (Participante 2).

La participante ressent de la culpabilité face à la situation :

Bien, croyez-le, ne le croyez pas, je me suis laissée faire, parce que je ne savais plus quoi faire. J'avais juste envie de pleurer, ou le *crisser* dehors de mon appartement. Mais, je me disais : « Ça doit être moi qui ne comprends pas, là. Ça doit être moi qui est trop souffrante, qui a trop de douleurs aujourd'hui, là. Puis qui... » Alors là, je me mettais tout le blâme sur le dos. (Participante 2).

Une autre situation, de **maltraitance psychologique**, est commise par une nouvelle intervenante dans un contexte de soins à domicile. Encore ici, le transfert de dossier à la nouvelle intervenante du RSSS a été difficile :

Et [nom de l'ancienne intervenante en soins à domicile] s'en allait, elle aussi, travailler ailleurs. Elle a assumé le transfert de dossier à cette nouvelle [intervenante RSSS]. Elle était supposée venir ici me présenter l'[intervenante du RSSS] en question. Mais cette [intervenante du RSSS] en question, elle n'était jamais disponible quand c'était le temps. (Participante 2).

Bien qu'elle ait été avisée par l'ancienne intervenante qu'elle devait appeler la participante durant l'après-midi, car celle-ci se levait tard en raison de difficultés de sommeil, la nouvelle intervenante ne respectait pas ce besoin, effectuant plusieurs appels le matin sans se nommer clairement, malgré les demandes répétées de la participante, laissées sur le répondeur de l'[intervenante du RSSS], d'appeler en après-midi seulement. Quelques jours plus tard, le même scénario se reproduit, avec plusieurs appels de la part de l'[intervenante du RSSS] en soins à domicile le matin lorsque la participante tente de se reposer. En fin d'avant-midi, l'[intervenante du RSSS] en soins à domicile se présente au domicile sans annoncer sa venue, cogne et sonne à multiples reprises :

Tous *débrailletés*, tous les papiers, quasiment, tombaient à terre, là. « C'est quoi, une vendeuse? ». Là, j'ai dit : « Oui, c'est quoi?! C'est vous qui sonniez de même? Vous êtes qui, vous? ». Elle dit : « Madame, je n'accepte pas que vous me parliez de même ». Je dis : « *Woh*, un instant, vous là, là! ». Elle dit : « Je suis l'[intervenante du RSSS], je suis ici pour vous évaluer pour vos douleurs ». J'ai dit : « Puis tu n'acceptes pas que je te parle de même quand toi tu me maltraites de même avec ton téléphone puis ton harcèlement avec ta sonnette? Puis tu n'as même pas pris la peine d'appeler avant pour prendre rendez-vous! Puis, tu te pointes ici chez moi? ». (Participante 2).

Cette participante ressent de la peur, ne sachant pas qui est cette intervenante en soins à domicile, qui ne s'est pas présentée et n'a pas d'identification permettant de confirmer qu'elle est bien à l'emploi de [nom de l'institution du RSSS]. Elle explique : Moi, je ne savais pas à qui j'avais affaire. (Participante 2). Elle vit un grand stress face à la venue de cette [intervenante du RSSS] non identifiée, allant même jusqu'à penser à appeler les services policiers :

Oui, c'est un coup de masse, sa façon qu'elle a agi, mais, étant donné que j'étais pour tomber, là... Puis que, tu sais, j'avais assez de misère, là, à me tenir debout, je n'avais pas de temps à perdre avec elle, puis surtout pas la laisser rentrer dans la maison! Moi, il fallait que je retourne dans mon lit. Je voulais juste qu'elle me *crisse* patience. Puis, si elle avait continué, j'aurais appelé les polices! J'étais à un cheveu d'appeler les polices! Hey, non, mais je ne savais pas, moi, c'était qui, là! (Participante 2).

Une autre participante vit de la violence verbale et des limitations d'action alors qu'elle vit dans une famille d'accueil:

Se faire enfermer, la deuxième [famille d'accueil, elle l'enfermait avec un crochet dans sa... sa chambre. Elle l'agressait verbalement. Elle lui disait qu'elle était pour être placée dans un asile... si elle n'écoutait pas... Et puis... Moi, je suis arrivée là, à un moment donné sur l'heure de repas, puis il y avait juste des patates pilées dans une assiette, pour manger. Elle accusait [Participante 4] d'aller voler des choses dans le frigidaire. (Sœur de la participante 4).

Certaines situations comportent aussi des éléments de **maltraitance financière**. À l'occasion d'une révision de l'aménagement, incluant l'installation d'une plateforme élévatrice (forme d'ascenseur extérieur), le fils d'une participante, qui était propriétaire de l'immeuble, a vécu des difficultés avec un employé de la ville, qui refusait de lui laisser une copie de l'entente pour les travaux. Non seulement il dû entreprendre plusieurs démarches pour obtenir la copie de cette entente, mais il a aussi reçu un avertissement de mise en demeure :

Le problème avec l'intervenante (du RSSS) et l'[employé de la ville], c'est qu'ils ont avisé celui qui faisait l'installation de cela, de m'envoyer une mise en demeure pour mettre une hypothèque légale si je ne payais pas. Mais c'était garantie, j'avais signé un document comme de quoi que le chèque serait fait en mon nom, et au nom du fabricant. Aux deux noms. Pourquoi mettre une hypothèque légale sur ma propriété quand le chèque est fait aux deux noms? Savez-vous qu'est-ce que j'ai eu comme réponse? « Oh, on a peur que vous partiez en Floride. » Eh! (Fils de la participante 1).

Devant les problèmes occasionnés par cette éventuelle mise en demeure et hypothèque légale, le fils aurait pu décider de suspendre les travaux, ce qui aurait eu des effets directs sur le bien-être de sa mère : « Ça là, c'est de la maltraitance financière, là, faire peur, là. Parce que là, si j'avais une hypothèque légale, moi, je ne faisais plus installer ça, [plateforme élévatrice]. Là, ma mère aurait été toute à l'envers, là, il y aurait des problèmes. » (Fils de la participante 1).

Dans un autre cas, de la maltraitance financière est aussi observée dans la gestion des biens d'une participante avec un déficit à son compte bancaire sous la gestion du représentant légal public. Lors d'un déménagement, les vêtements d'hiver de cette participante hébergée en famille d'accueil sont perdus et jamais récupérés : « Puis, on était rendu en hiver, puis elle n'avait pas de linge d'hiver. Alors, l'[organisme public] là, moi, je téléphonais... Puis, j'ai dit « ça va lui prendre un manteau, ça va lui prendre des pantalons... d'hiver ». Son linge était tout resté encore à l'ancienne – [Famille d'accueil] (Sœur de la participante 4). Plus tard pour une seconde fois, ses vêtements d'hiver sont à nouveau perdus. Le représentant légal public doit donc acheter à nouveau des vêtements, faisant ainsi une nouvelle ponction au budget personnel de la participante. Ce manque d'argent fait en sorte que toutes les activités sont cessées, le transport adapté est annulé et le téléphone débranché :

Et puis... au point de vue argent, bien disons qu'elle a été mise... son compte est tombé dans le rouge deux ans de file. Et puis, à cause, parce qu'ils ont autorisé un montant plus haut que ce qu'elle avait droit. Que ce qu'elle gagnait. [...] Quand elle est tombée dans le rouge, là... Elle habitait à [nom d'une ville]. Elle avait droit au transport... adapté. Mais il faut que tu paies (hésitation) c'est une carte d'autobus. Couper le transport adapté. Couper les sorties ! Elle allait au bingo une fois par mois dans l'association des handicapés. Elle allait une fois par mois, elle allait danser avec les handicapés, mais il fallait que ce soit payé, ça. (Hésitation) Plus de sorties ! Plus rien ! Plus de coiffeuse !... Plus de coiffeuse, plus rien ! Plus de teinture, « Ah, ce n'est pas grave (hésitation) ». Son estime de soi, elle a fait ça de même, là [Signe de dégringolade] ! Rien ! Alors, c'était ça les conséquences, là. Alors... Puis plus de téléphone, alors c'est pour ça que je lui ai acheté un téléphone cellulaire. Privée de tout. (Sœur de la participante 4).

Par ailleurs, une participante décrit de la **maltraitance physique** de la part d'un intervenant du RSSS :

Hey, là, il fallait qu'il me fasse marcher dehors. Il m'a occasionné des souffrances ! Tout était dans mon dossier, c'est dégénératif. C'est clair qu'au bout de deux ou trois ans, la madame, elle n'allait pas mieux. Pourquoi me faire subir cela, là. Alors, là, il n'avait pas fini, là. Alors, là, quand j'ai vu qu'il voulait (hésitation). C'était clair, parce que lui, il (hésitation). Oh mon Dieu, seigneur. [...] après m'avoir occasionné toutes les souffrances à me faire marcher dehors, risquer que je tombe, puis que je me blesse. (Participante 2).

Toujours en lien avec la maltraitance physique, des problèmes de santé émergent chez une participante sous régime de protection, sans qu'aucune action ne soit prise par les intervenants ni la famille d'accueil, malgré des signalements de la part de la sœur de cette participante. De plus, il y aurait eu des manquements reliés à la médication par la famille d'accueil.

Parmi les autres situations répertoriées³, on note de la **maltraitance organisationnelle** chez une participante sous régime de protection public. Celle-ci qui habite en famille d'accueil supervisée par un [organisme public] a connu six milieux de vie différents en sept ans.

Oui... Puis, c'était d'une famille d'accueil à l'autre, qui ne marchait pas, puis qui ont été fermées d'ailleurs. Il y en a deux là-dessus qui ont été fermées, parce que j'ai signalé. [...] Puis, la dernière famille d'accueil, là... ça a été terrible avec [le représentant légal public]. Terrible, terrible, terrible, terrible, terrible. J'ai placé combien de signalements. Elle restait chez une folle. (Sœur de la participante 4).

La participante vit différents types de maltraitance au fil de ces changements de milieu de vie. Après avoir été déménagée en urgence, la participante est relocalisée temporairement. Quelques mois plus tard, la participante déménage dans une troisième famille d'accueil, dans laquelle elle subit des menaces et des confrontations avec les responsables. Puis elle est relocalisée dans une quatrième famille d'accueil, où elle subit de la maltraitance matérielle et financière et de la manipulation émotive. Informé de la situation, le [organisme public] agit rapidement pour la changer de milieu. Toutefois, quelques années plus tard, la participante déménage dans une cinquième famille d'accueil. Sa chambre y est petite et intégrée à la salle de lavage. Des restrictions d'activités sont faites par manque d'argent de la participante, puis la famille d'accueil coupe les liens avec la famille biologique et lui refuse des droits de visites, ce qui est accepté par le [organisme public] et le représentant légal public : « J'en ai braillé des fins de semaine. [...] Terrible! Je voulais voir ma famille, puis elle [la famille d'accueil] ne voulait pas » (Participante 4). Au bout d'un an, la participante 4 vit beaucoup de frustrations chez sa famille d'accueil, ne pouvant pas voir ni parler à sa famille, vivant des crises et ayant peur des représailles par la responsable. Dans les mois suivants, la famille d'accueil indique qu'elle ne veut plus héberger la participante 4. Toutefois, aucune démarche n'est entamée pour la relocaliser. La sœur réalise qu'aucune visite n'a été faite par le représentant légal public ni l'intervenante du [organisme public] depuis plusieurs mois. Elle ne pouvait donc pas comprendre l'ampleur de la maltraitance vécue.

Selon la sœur de cette participante, il y aurait eu plusieurs manquements autant de la part du représentant légal public que du [organisme public] pour la protection de la participante 4 et la gestion de ses biens :

Non. Elle, elle se remettait au [organisme public]. Puis le [organisme public], vu qu'ils n'ont pas beaucoup de familles d'accueil, qu'il en démissionne à tout bout de champ, là maintenant, vu que les familles d'accueil sont syndiquées, le [centre de réadaptation] ne peut pas avoir le dernier bout. Donc, les familles d'accueil font tout à leur tête, puis ils savent qu'ils vont les défendre. [...] En sens que, si une famille d'accueil décide de donner un bain, au lieu de deux, ils vont en donner juste un, ou des fois pas pantoute.

³ Bien que les questions d'entrevues aient porté exclusivement sur la maltraitance de type psychologique ou la maltraitance matérielle et financière, spontanément quelques répondants ont relaté des situations en lien avec d'autres types de maltraitance. Un choix a été fait de les documenter, tout en sachant que cet inventaire de situations ne peut être considéré comme exhaustif puisqu'il a été produit à partir de libres propos et non d'une réponse à une interrogation que nous aurions formulée.

Puis ce n'est pas grave. Si vous n'êtes pas contents, sortez-les d'ici. (Sœur de la participante 4).

Une autre situation de maltraitance a lieu dans un contexte hospitalier, où une participante vit de la **maltraitance organisationnelle, de la violation des droits et de l'âgisme** de la part de certains employés de l'hôpital :

J'arrive au [hôpital], ils m'installent sur le long d'un mur, là. Une civière, là. Je suis restée là de 13 heures, jusqu'au souper, 17 heures. La fille passait et je voyais que les gens avaient leur souper. J'ai dit « Est-ce que je peux avoir un souper, s'il vous plaît? », elle dit « Oui, ça ne sera pas long ». J'attends. Cinq heures et demie, pas de souper. Six heures moins quart, pas de souper. Elle repasse. J'ai dit « As-tu oublié mon souper? » « Ah, oui ce ne sera pas long! ». Je n'en ai pas eu. Je n'en ai pas eu. Là... Une autre qui arrive. Elle dit, elle dit « Votre départ », elle dit « L'ambulance », elle dit « Le transport au foyer va venir vous chercher ». (Participante 6).

En plus du manque de services reçus, la participante 6 relate avoir attendu son transport alors que vêtue d'une robe de chambre, et ce, en plein hiver : « Au mois de février. En robe de chambre. Je lui ai dit tout le long en descendant "Tu vas me connaître, plus tard". Elle était allée "Ferme ta gueule, ta, ta, ta!". Elle m'obstinait, elle. Elle m'obstinait à part de ça. Cette petite fraîche-là! » (Participante 6).

Selon la participante, le transport n'a pas été appelé pour la ramener à la RPA où elle habite et elle a attendu longtemps à l'entrée de l'hôpital, soit jusqu'à ce qu'elle ait de l'aide de la part d'un employé du stationnement. De plus, concernant le transport, la participante mentionne que son choix de transport n'est pas respecté. Elle souhaite prendre le transport au foyer, mais se voit obligée de prendre un taxi :

Les taxis à l'hôpital, savez-vous ce qu'ils ont fait? [...] Ils ont appelé à la résidence... Il y en a qui traînent le soir, hein? Les [intervenant du RSSS]. Ils ont appelé... Ils ont eu le cœur d'appeler à la résidence demander si je marchais. Elle, [nom de l'employée], qu'elle s'appelle. Elle dit « Mais là, elle marche avec une marchette ». « Bien si elle marche... Qu'elle prenne le taxi! » (Participante 6).

Selon la participante 6, il y aurait une tension entre les services de taxis et ceux du transport au foyer, complexifiant son retour au domicile (RPA) à la suite de son hospitalisation. La participante 6 mentionne avoir perdu ses droits à l'hôpital, dans ces situations : « Ils ne nous donnent pas de soins qu'on aurait le droit d'avoir. Nos droits, là... Nos droits à l'hôpital madame, là (hésitation) « Faites de l'air ». On perd tous nos droits, à l'hôpital » (Participante 6).

5.2.1.2 Situations de maltraitance dans le contexte d'un organisme communautaire ou d'économie sociale

Une situation de **maltraitance de type sexuel** a été relevée de la part d'un bénévole d'un organisme communautaire de soins et services à domicile offrant des transports médicaux. Les gestes sont posés avant d'entrer dans la voiture et à sa sortie. Lors de deux transports différents, le bénévole effectuant le transport embrasse, sans consentement, la participante :

Oui, je suis déjà assise. Alors, lui, il fait le tour, il débarque du char, il fait le tour de même, puis là, bien, avant de venir me mener dans mon ascenseur, il me prend, puis il m'embrasse. C'est le seul homme que je peux dire, depuis trente années, que j'ai eu des becs de lui. (Participante 1).

La participante contacte une responsable de l'organisme pour mettre fin aux transports avec ce bénévole, exprimant ainsi rapidement ses limites.

Une situation de maltraitance **de type psychologique** est commise par une accompagnatrice d'une entreprise d'économie sociale avec qui la participante 1 fait affaire depuis plusieurs années pour effectuer des courses. Bien que la participante reçoive les services de cette accompagnatrice depuis longtemps, elle constate que ses comportements changent peu à peu, menant à une situation de maltraitance. Cela a lieu à différents endroits, tels que l'épicerie, la pharmacie, dans la voiture de l'accompagnatrice, et cela débute lorsque cette dernière fait des commentaires jugés inappropriés par la participante :

Et puis, mon accompagnatrice, bien là, je suis rendue à la pharmacie, mais je tousse creux, très creux. Là, elle me regarde tout, mais elle dit, là, elle dit : « Arrête, ne meurs pas dans mon char, là! Il ne faut pas que tu meures dans mon char! » Alors, je continue, je m'en vais au [épicerie de grande surface], je fais tout, mais je tousse creux, je tousse. On est rendue à la caisse, elle est encore pareille. Elle dit : « Meurs pas dans mon char, là! » (Participante 1).

L'accompagnatrice dit ces mots fréquemment et à différents endroits lors de l'accompagnement, ce qui incommode la participante à plusieurs reprises.

Une autre situation de **maltraitance psychologique** a lieu au domicile d'une participante dans un contexte d'entretien ménager avec une employée d'un organisme communautaire de soins et services à domicile. Ici aussi, la situation est subséquente à un changement d'employée. Au départ, la participante affirme se sentir nerveuse (expression de la participante) du fait que l'employée ne respecte pas ses demandes au sujet de la façon de faire le ménage :

On a tous notre technique pour faire le ménage, alors, je ne vais pas me fourrer le nez dans leurs affaires. Alors, là, il fallait que je lui dise c'est quoi qui est important. Là, elle me répondait : « Mais là », elle dit : « J'ai ma méthode », puis elle dit : « Je vais faire ça à ma manière ». *Ark*, ça, ça ne passait pas avec moi. Mais, je ne disais rien. La semaine d'après, j'ai dit : « Je respecte ta manière, mais ta manière, il faut qu'elle respecte mes besoins. »

Mais, ça empirait tout le temps, puis à un moment donné, j'ai commencé à me sentir nerveuse. » (Participante 2).

De la **maltraitance matérielle et financière** émerge dans ce contexte alors que l'employée d'un organisme communautaire en soutien à domicile s'ingère dans les paiements d'une participante, générant un sentiment de peur chez la participante :

Alors, là, j'étais en train de remplir... La [paperasse pour la payer], puis, j'étais souffrante, puis j'étais assise [...]. Puis, elle dit : « Je vais vous aider ». Je dis : « Non, c'est correct. Mon petit coin, je te l'ai déjà dit. Je suis capable ». Puis, elle est en arrière de moi. Puis, là, je la sens trop proche, elle est dans ma bulle, là. Là, elle me dit : « Non, non, ce n'est pas cela qu'il faut que vous marquiez. C'est cette ligne-là qu'il faut que vous marquiez. » Je me revire de bord, je dis : « Qu'est-ce que je t'ai déjà dit, toi? Recule! ». Là, j'ai changé de ton. Là, j'ai eu peur ! (Participante 2).

À ce moment, la participante 2 indique sa volonté de mettre fin à la situation et demande à l'employée de quitter son domicile rapidement, menaçant de contacter la police si cette dernière n'obtempère pas :

Elle s'est choquée. J'ai dit : « Regarde, tu n'as pas fini tes heures? Bien ce n'est pas grave, prends la porte. Prends là, puis ça presse, sinon j'appelle la police! » Je me suis sentie prise en otage dans ma propre maison. Alors, j'ai ramassé ses clics, j'ai mis ça dans le corridor, je lui ai tenu la porte et j'ai dit « Sors, puis ça presse! » Parce qu'elle était en train de se choquer, là, j'ai eu vraiment peur ! (Participante 2).

Une autre situation de maltraitance matérielle et financière se dégage aussi dans le contexte d'une offre de service par un organisme communautaire de maintien à domicile. Une participante a pris une entente de versement de 20 \$ supplémentaire par accompagnement, alors que ce dernier est payé à un prix préétabli par une entreprise d'économie sociale. Toutefois, après un certain temps, l'accompagnatrice se fait insistante :

Oh oui, elle me disait ça, oh oui, dans la pharmacie : « N'oublie pas de me payer, là, n'oublie pas de me payer! ». Bien là, j'ai mon portefeuille : « N'oublie pas de me payer ». Là, ça me... : « Arrête, tu le dis devant le monde, là. Si je te disais ça devant le monde, tu vas... ». « N'oublie pas de me payer. » (Participante 1).

La participante dit ressentir un malaise face aux commentaires de son accompagnatrice en public (épicerie, pharmacie), mais aussi en privé (voiture). Après avoir discuté avec son fils qui l'encourage à contacter l'entreprise d'économie sociale, la participante met ses limites et refuse de futurs accompagnements de la part de cette dame.

Un autre participant rapporte une situation qu'il qualifie de **maltraitance financière**. Au cours des dernières années de leur vie à deux, son épouse et lui, éprouvaient d'importants problèmes de santé

et certains enjeux financiers. Ensemble, ils s'étaient dotés d'une assurance vie dont l'un était le bénéficiaire de l'autre et vice-versa. Alors que sa conjointe combat un cancer qui lui a fait perdre la parole et qu'elle prend depuis plusieurs années une médication qui l'affecte sur le plan cognitif, elle aurait signé un changement de bénéficiaire de la police d'assurance vie. Le participant remet en question la capacité de sa femme à procéder à un tel changement assurantiel. Il s'interroge : l'a-t-elle fait en pleine connaissance de cause? Le médecin a-t-il bien évalué sa capacité décisionnelle?

Mais, il y avait certains médicaments qui l'affectaient. [...] docteur [nom du médecin de conjointe], pour s'assurer qu'elle ait les bons médicaments, il l'a appelée. Il l'a fait rencontrer un... (Hésitation) Un pharmacien spécialiste dans les médicaments à son bureau, puis il a analysé tous les médicaments. Puis, il a fait un rapport qui est très important, à mon avis. Il y avait un certain médicament qu'il disait... (Hésitation) Qui l'affectait de façon cognitive. [...] Oui... Puis c'est compréhensif. 12 ans, sur toutes sortes de médicaments. Elle n'était pas folle, là! Ce n'est pas ce que j'essaie de dire. (Pleurs) (Participant 11).

Dans les derniers mois de sa vie, le fils de la conjointe, avec qui elle avait peu de fréquentations auparavant, fait plusieurs activités avec sa mère, sans que le participant ne puisse y participer, en raison de ses propres problèmes de santé :

J'étais supposé y aller, mais je n'étais pas capable d'y aller. Parce que j'avais de la misère à marcher, puis je pense que ça faisait une journée que je venais de sortir de l'hôpital. Je n'étais pas capable. Alors... Mais j'ai dit « [Nom de la conjointe], tu y vas. Vas-y ». Alors, elle est allée. Elle a aimé ça! Hein, avec les trois petits-enfants, puis [Fils de conjointe]. Elle est allée. Elle est revenue et elle était contente. Elle dit qu'elle a fait un beau voyage et tout ça. Bon. Alors là, [Fils de conjointe], il avait un chalet de pêche je ne sais pas où, là. En montant [Nom d'une ville]. Alors, il... Je pense que c'est la semaine suivante, il est venu la chercher, puis il voulait que j'y aille encore. Je ne suis pas capable! (Participant 11).

Après plusieurs années de combat contre la maladie, la conjointe du participant décède dans les locaux d'un organisme communautaire spécialisé en soins de fin de vie. À la suite de son décès, le participant 11 contacte les assurances et se fait dire qu'il ne peut accéder aux dossiers, puisque le nom du bénéficiaire a été changé :

Mais, ce qui est arrivé, c'est que, dans la police d'assurance – moi, je l'ai su, elle était morte – il y avait une clause qu'ils n'avaient pas cochée. C'était « irréversible ». Il y avait (hésitation) Le gars qui m'avait vendu l'assurance, il avait oublié de marquer « irréversible ». [...] Alors l'histoire, c'est ça. C'est que... Elle a signé en fonction de la police d'assurance de 50 000. Elle était à l'hôpital... Elle était... [...] Elle l'a donnée à son fils. Et sans que moi je sois au courant de rien, rien. Parce que je l'ai appris en appelant après qu'elle ait été morte. J'ai appelé la compagnie d'assurance... (Participant 11).

Le participant se questionne sur les évaluations faites de l'aptitude de sa conjointe par les médecins de l'organisme communautaire avant qu'elle ne procède à la modification de documents d'assurance, considérant son incapacité à parler, ce qui l'amenait à s'exprimer par écrit :

Elle n'écrivait pas de la même façon. Elle mélangeait des mots, puis tout ça... Hey! Elle n'était pas folle, là... Il n'y a pas personne... Jamais ne ma vie je ne vais dire ça ! Ce n'est pas vrai... (Pleurs). Mais elle n'avait pas aucune résistance. Puis, elle mélangeait des mots en écrivant... Elle fait (silence) Puis elle [médecin de l'organisme communautaire de fin de vie], elle a fait un rapport à l'assurance de son fils, comme quoi elle était en santé. (Participant 11).

Encore au moment de l'entrevue, monsieur ne sait pas si madame a changé son bénéficiaire d'assurance sous la pression de son fils ou de son plein gré. Il exprime aussi des doutes sur l'évaluation cognitive qui aurait été faite de sa conjointe par le médecin de l'organisme communautaire attestant que madame était en mesure de signer des documents assuranciers au moment où elle l'a fait. Il n'a pas eu l'argent qu'il s'attendait à recevoir, ce qui lui a occasionné des conséquences économiques importantes.

Une situation de **maltraitance organisationnelle** est aussi soulignée de la part d'un organisme communautaire. Dans le but de comprendre la situation à la suite du décès de sa conjointe, le participant tente de discuter avec du personnel de l'organisme communautaire en soins de fin de vie. Il relate que les employés de cet organisme n'ont pas été respectueux :

Le médecin et la gérante, là – celle qui était en charge et que je n'ai jamais rencontrée avant... Elle n'a même pas pris la décence de me dire... de me souhaiter (hésitation). [...] Les sympathies, rien de ça. Puis, le médecin non plus, rien de ça. Il dit « Qu'est-ce que vous voulez, qu'est-ce que vous venez faire ici? ». [...] On a eu une discussion avec aucune, aucune empathie. (Participant 11).

Face à la situation, le participant ressent beaucoup d'incompréhension et de colère : « Alors, j'ai dit « Qu'est-ce qui s'est passé? ». Ah, là j'étais tout viré à l'envers. Ah, complètement. J'étais choqué. J'ai... Au début, c'est de la rage que tu as, hein? Puis là, tu ne comprends pas. » (Participant 11).

5.2.1.3 Situations de maltraitance dans le contexte d'entreprises privées

Parmi les situations de maltraitance dans le contexte d'entreprises privées, un participant relate avoir vécu **une maltraitance de type financière avec des aspects de maltraitance psychologique** de la part d'une compagnie de systèmes d'alarme et d'une agence de recouvrement. Ce système d'alarme est un élément central de la sécurité du participant, puisqu'il ne peut se déplacer rapidement advenant un événement malheureux. La maltraitance a lieu au domicile du participant et par téléphone.

Le tout débute à la suite d'une modification du système d'alarme au domicile du participant. Dès le début des démarches, des difficultés sont rencontrées et les parties n'arrivent pas à trouver une entente satisfaisante, les coûts des changements étant très élevés. Toutefois, le participant 3 arrive à un accord avec la compagnie, qui lui mentionne la possibilité d'un contrat de 24 mois. Rapidement, le

participant reçoit plusieurs appels de la centrale, car le nouveau système d'alarme s'active sans raison. Pour tenter de résoudre le problème, la compagnie modifie une partie du système d'alarme, mais le problème persiste. Les appels de la compagnie de système d'alarme se poursuivent. Le participant indique en avoir reçu environ 40 :

Bien, moi, j'ai été patient là! J'ai été patient, parce que, là, je dis, je rappelle, je rappelle. Ils me retournent le technicien, il revient. Là, ça continue, bang, les téléphones. Même que j'en ai eu un quand j'étais... Quand je suis tombé là (participant désigne l'endroit d'une chute importante qui lui a occasionné d'autres problèmes de santé), j'étais à l'hôpital, j'avais mon cellulaire, j'ai eu un téléphone pour un bris. [...] Puis il n'y en avait pas de système, il n'y en avait pas de bris! C'est eux autres, ça faisait un *fail* dans leur système, puis là, eux autres ils interprétaient qu'il y avait quelque chose chez moi. (Participant 3).

Le participant 3 n'arrive pas à régler la situation avec la compagnie, malgré de multiples appels à cette fin, se voyant même couper le service pour lequel il paie :

Parce qu'ils me *dépluggaient* à un moment donné pour ne pas que j'aie d'autres appels dans les prochains jours! [...] Bien là, ils me disaient : « Vous n'aurez pas d'appels pour la prochaine semaine », parce que moi, je disais toujours : « Il y a quelqu'un qui est supposé venir! » Alors la semaine prochaine, prochaine deux semaines, on vous rappellera. Après ça, ça repartait. (Participant 3).

Après plusieurs tentatives de discussions avec la compagnie de système d'alarme pour régler la situation, le participant 3 décide de mettre un terme aux services. S'en suivent une mise en demeure ainsi que plusieurs appels d'une compagnie de recouvrement. C'est à ce moment qu'il dit apprendre que la durée de son contrat avec la compagnie est de 60 mois et non de 24 mois :

Alors, quelques jours après, j'ai reçu une lettre comme quoi que je devais 800 quelques dollars, parce qu'ils disent que j'étais engagé avec eux autres pour cinq ans, alors, eux autres ont mis le prix de l'appareil sur cinq ans. Ils font un calcul résiduel qu'ils appellent. (Participant 3).

Il relate ne pas avoir été avisé de la signature d'un contrat, ne pas avoir reçu de copie de ce dernier, et s'être fait harceler au téléphone par la compagnie de recouvrement pour obtenir le paiement, à défaut de l'ajout de frais supplémentaires.

Le participant 3 dit ressentir un manque de respect de la part des employés lors des appels pour régler les problèmes :

Mais, elle dit, là, c'est la *shot*, c'est probablement ce qui l'a insulté. Elle dit : « Mais monsieur, si on vous a appelé tant de fois, c'est la preuve que votre système fonctionne très bien! » Là, là, je dis... Je dis : « Madame », je dis : « Vous, riez-vous, là? Voulez-vous rire de moi en me disant ça? ». Elle dit :

« Ah ! C'est comme ça que vous prenez ça? C'est correct. » Là, elle m'a dit ça sur ce ton-là, en voulant dire « Mon *Ostie*, tu vas saigner du nez. ». C'est ça que j'ai ressenti. (Participant 3).

Deux situations indépendantes l'une de l'autre concernent de **la maltraitance financière et psychologique** de la part d'un directeur de service dans une RPA dans le contexte d'un renouvellement de bail. Les deux situations se sont produites dans la même RPA où un nouveau directeur de services est entré en poste depuis quelques mois. Une participante mentionne que les ambitions financières du grand directeur de la RPA étaient connues et qu'elle n'a pas de surprise quant à l'embauche du nouveau directeur de service :

Le directeur (grand directeur de la résidence) a engagé, ça, et ça fait ça... Bien, c'est parce qu'il était là pour faire de l'argent... Et le directeur, bien... Ça faisait son affaire. Parce que monsieur le directeur (grand directeur de la résidence), ce n'est pas un gars droit, là. (Participante 8).

Les participantes concernées se voient avisées par le directeur de service d'une augmentation du coût du loyer pour l'appartement qu'elles occupent. Chacune d'elle perçoit que l'augmentation est déraisonnable, sans en comprendre les motifs et encore moins le montant demandé. Ce dernier dépasse leur capacité de payer. Une participante explique que son loyer passe sans raison de 1 210 \$ à 2 135\$ par mois.

Les deux participantes posent des questions et n'obtiennent pas de réponse satisfaisante quant aux fondements de cette augmentation. Selon une participante, le directeur n'indiquait pas les coûts reliés à chacun des services indiqués au bail. Une participante demande la liste de prix des services à la résidence, sans succès : « Non! Absolument, absolument rien. Là, je ne savais pas où il prenait ça. Là, on lui a demandé de sortir ces prix-là, d'où est-ce qu'ils venaient, et il ne les a jamais sortis. Et à l'heure actuelle, j'ai vu qu'il ne les avait pas sortis encore. » (Participante 9).

Les deux participantes insistent sans succès en posant de multiples questions pour comprendre les changements au montant de leur bail. Sans réponse claire quant au coût du bail, elles se font suggérer de couper dans leurs dépenses usuelles :

Ça, ça m'a choqué, là. Là, c'était... Tu sais? « J'ai beau calculer, mais je ne sais pas où tu prends tes chiffres. » [...] Bien, il dit : « Faites votre budget, là... Puis. » Là, il disait : « Ça, vous n'avez pas besoin de ça, ça vous n'avez pas besoin de ça. » Mais de quoi tu te mêles toi? J'ai des assurances vie, penses-tu que je vais annuler mes assurances vie à l'âge que j'ai? ... Il n'en est pas question. (Participante 8).

Je sentais que c'était un (hésitation) il avait de la facilité sur le crayon, là, tu sais. « Ça, ça, ça, ça. » Je ne comprenais rien là. Il était tellement vite sur le crayon, je ne comprenais absolument rien. J'ai dit « vous, vous vous comprenez, mais moi, je ne comprends pas. » Là, il commence à analyser : « Ça, ça, ça, ça. » Hey, j'ai dit : « Je suis entrée ici, moi, j'ai payé 1 210. Je prenais trois repas par jour. », j'ai dit : « Ça n'a pas changé là! » J'ai dit

« Pourquoi je pars de 1 210 et je suis rendue à 2135? » C'est un non-sens!
Puis, j'avais une chambre, une toute petite chambre... (Participante 9).

Une participante a l'impression d'être contrôlée par le directeur de service : « Il voulait *runner* ma vie. *Runner* mon budget. » (Participante 8). La participante mentionne que le directeur de service l'empêche d'aller chercher son mari pour discuter des augmentations : « Il ne voulait pas que mon mari vienne avec moi pour aller le voir. Tu sais, il... Hey! Mon mari, il paie le loyer pareil comme moi. Alors... Il a le droit d'être présent. » (Participante 8). L'autre participante va dans le même sens en racontant que le directeur de service lui suggère de se débarrasser de sa voiture : « Parce que lui, ce qui arrivait là, si je n'étais pas contente, il dit : "Vous savez vous trouvez ça cher", il dit : "Ici, vous avez votre auto et vous pouvez vous en débarrasser." Pardon? » (Participante 9).

Malgré les difficultés rencontrées, la participante 9 signe le bail, car le directeur de service, en réponse à ses demandes, en a légèrement diminué le coût. Cette signature du bail ne diminue pas pour autant ses frustrations, ce qui l'amène à aller de l'avant pour effectuer une plainte :

Mais j'étais tellement dans (hésitation) tellement fâchée, qu'à un moment donné, tu n'arrêtes pas, là. Tu sais, je l'ai signé, mais j'ai dit « Ça va me donner quoi? ». Mais, il l'a baissé un peu, étant donné que j'étais très fâchée. Puis il s'est aperçu aussi que j'avais fait une plainte. (Participante 9).

De plus, elle relate que le directeur de service se rapproche trop d'elle en lui parlant, ce qui la rend mal à l'aise : « Je l'ai pris en grippe et ce que je n'aimais pas, c'est qu'à chaque fois – un grand, grand, grand monsieur, là. Grand six pieds quelques – ce que je n'aimais pas, c'est qu'à chaque fois qu'il me rencontrait, il me disait des petits secrets à l'oreille. » (Participante 9).

L'autre participante relate l'atmosphère tendu lors de chacune des discussions pour comprendre les motifs de l'augmentation du montant du bail :

Il dit : « Ça fait trois fois que je vous l'explique, Madame [Participante 8]. » Il dit : « Ça va faire trois fois que je vous l'explique, là! » Tu sais, s'il me l'expliquait encore. J'ai dit : « Si tu me le mettais en copie, je ne serais pas venue t'achaler comme ça, là. ». Alors là, il s'est choqué après moi, il a pris le bail et il l'a déchiré. Il dit : « Madame [Participante 8], vous êtes une menteuse pathologique ». Je dis : « Pourquoi tu me dis ça? Je te pose une question, tu me réponds, je te réponds. » Bien je pense que tu sais, dans le fond... « J'ai été directe avec toi. Je te demande des choses, puis c'est moi qui paie! » (Participante 8).

Dans ce contexte, la participante 8 réagit : « Ah... Tout sort! Tu sais? Puis, je peux devenir méchante. Tu sais, je peux être agressive, je l'ai poussé! [...] Oui, oui, je l'ai poussé comme ça, ici là [elle montre le thorax] "Tu es un moyen *trou de cul* de me traiter comme ça!" » (Participante 8). En plus de réagir physiquement, la participante ressent beaucoup de colère face à la situation :

Ce n'est pas correct, là, mais... Tu sais, il faut le modérer un peu, aussi, tu sais. Moi aussi je deviens agressive à un moment donné. Mais je suis bien émotive. Si je suis choquée, je vais brailler... Puis je me mets à *shaker*. C'est

exactement comment j'ai réagi. Alors là, l'[employée de la résidence] a été témoin, hein? Alors là, « Madame [Participant 8], calmez-vous! ». Elle avait peur que je tombe par terre, là. (Participant 8).

Par la suite, la relation entre la participante 8 et le directeur de service change : « Il avait un visage, tu sais, qui disait : « *Maudissez* votre camp ! ». Il n'était plus réceptif à nous autres... Je n'allais plus l'achaler, là. Il ne nous regardait même pas pour nous parler, là. » (Participant 8).

L'autre participante ressent aussi beaucoup de colère et de frustration envers le directeur de service ce qui l'amène même à quitter la RPA :

Hey, à chaque fois que je passais (hésitation), j'étais tendue et très agressive. Je passais à côté du bureau, juste l'effet qu'il y avait une baie vitrée noire ! [...] Parce que je me suis dit « Ça ne me donne rien de faire ça, parce que j'agis contre moi, là ». Mais, puis, j'étais tout le temps... Je voulais tout le temps améliorer ma situation, parce que je ne voulais pas rester dans une situation de rage comme ça. Parce que je me suis dit « Il ne mérite pas... Il ne mérite pas que je me détruise pour lui, là », tu sais, que je tombe malade. Puis, justement en tombant malade, lui il pouvait profiter de dire « Bien là, vous êtes tombée malade, vous avez besoin d'une [intervenant du RSSS], vous avez besoin de ci, vous avez besoin de ça ». (Participant 9).

5.2.1.4 Situations de maltraitance en lien avec des membres de l'entourage

Certaines situations de maltraitance, tant de type **psychologique que matérielle ou financière**, relatées par des participants ont été commises par des membres de leur entourage.

Un premier participant, nouvellement veuf et éprouvant des conflits avec son fils, vit de la **maltraitance matérielle et financière** de la part d'une dame hors de son réseau familial qui se présente dans sa vie en se « servant de sa situation vulnérable » (expression du participant) :

Parce qu'elle, elle s'est présentée comme une femme extraordinaire. Puis, qui veut aider, tu sais ? Une femme d'affaires et tout ça. Alors, donc, elle s'est servie de ma situation vulnérable. Mon épouse était morte. J'étais en bisbille avec mon garçon. [...] Mais, j'ai été une proie facile, parce que j'étais vulnérable. J'étais tout seul, complètement seul. [...] J'étais plus vulnérable, j'étais plus faible, parce que tout autour de moi était négatif. (Participant 5).

Il relate que la dame se présente en affirmant pouvoir l'aider dans le contexte de conflit avec son fils : « Tu sais, là, elle a fait comme mon fils, mais elle le camouflait en disant que « moi, je ne ferai pas ça! Moi, je ne ferai pas telle chose! Moi, je vais t'aider! Quand tu seras mal pris et que tu auras... Moi je vais être là! » (Participant 5).

En créant un lien de confiance, qui plus tard s'avérera faux, la dame fait des demandes de nature financière à monsieur : « Elle demandait de l'argent pour payer les avocats [de la dame]. Ça coûte énormément cher, les avocats. [...] Elle manquait toujours d'argent. [...] j'ai même une fois prêté ma

carte, ce que je ne fais jamais habituellement. Ça vous prouve que, sur le coup, j'avais confiance en elle. » (Participant 5).

De plus, il l'aide à payer son loyer et débourse lors de leurs sorties ensemble. La dame maltraitante s'organise pour que le participant signe des ententes contractuelles, tel l'achat d'une voiture pour l'usage de madame, sans que monsieur ne soit informé des conditions de cet achat ni que madame ou le lui explique les raisons de la signature :

Alors, j'ai signé comme si c'était simplement une procuration. Mais, elle, elle était supposée signer aussi, là! Oh oui, puis après ça, elle a dit : « Va m'attendre », dès qu'elle a eu ma signature. [...] Puis l'agent, le vendeur, ne me renseignant absolument pas! Il ne disait rien. Mais après avoir signé, elle savait que là, j'étais le propriétaire de l'auto. Parce qu'elle n'a jamais signé, elle! (Participant 5).

En plus de ces éléments, le participant fait divers travaux physiques au domicile de la dame, tels que de pelleter la neige, couper le gazon, nettoyer le perron. En plus de profiter allégrement des services et de l'argent du participant, la dame maltraitante soutire une somme importante d'argent des proches du participant et essaie même avec d'autres proches :

Là, [nom d'un couple d'amis] elle est allée jusqu'à 100 000 piastres. (Participant 5). Puis, la mère (hésitation) de mon petit-fils, là. Elle a même essayé de l'avoir! Mais elle, elle l'a envoyé se promener, parce qu'elle avait plus d'expérience que moi. (Participant 5).

Lorsque la dame maltraitante remarque que les ressources financières du participant 5 sont épuisées, le discours change drastiquement. Se produit alors de la **maltraitance psychologique** : « Là, comme je vous dis, ça a été le mépris complet! Elle m'appelait papi, puis moi je la considérais comme ma fille, puis tout ça. D'un coup sec, là... » (Participant 5).

Il tente d'entrer en discussion avec celle-ci, sans succès :

Puis là, je l'appelle, puis je lui dis... Puis, elle dit : « J'ai eu un accident, mon auto est scrappée. ». Donc, elle ne pouvait pas se déplacer. Je l'ai appelé au téléphone une fois, puis elle m'a répondu. Mais, après ça, j'ai voulu la rappeler, elle avait changé de numéro, je ne pouvais plus la rejoindre. Alors, je lui ai joué un tour. Je suis parti chez elle. Je suis allé à [nom d'une ville au Québec], sans lui dire. Quand elle m'a vu, face à face, d'un coup sec, elle ne s'attendait pas à... J'ai été chanceux, parce qu'elle était supposée travailler, puis elle avait une voiture. « Ah, cette voiture-là, elle n'est pas à moi, c'est telle, telle... ». Puis, là, elle... Mais, quand elle m'a vu, là, je pensais qu'elle tomberait morte. [...] J'ai dit : « On a à se parler, [Dame maltraitante] ». « Non, non, non. Je n'ai pas le temps. ». Les clés étaient là. Trop respectueux, je n'ai pas pris les clés pour l'obliger, dire : « On va aller s'asseoir, puis on va parler. ». (Participant 5).

Une autre participante dévoile aussi avoir vécu une **situation de maltraitance matérielle et financière** commise par un proche. Ayant des ennuis de santé, la participante est hospitalisée et ne peut retourner à domicile en raison de sa difficulté à se déplacer. Elle n'a pas de services à domicile :

Quand j'ai sorti de l'hôpital, j'ai appelé à la résidence [RPA] pour qu'ils me prennent. Je restais en appartement, moi. Depuis que mon mari était décédé, j'ai gardé mon appartement. Je suis partie de là, je n'avais pas de service! Puis là, ma nièce... J'ai dit « [nom de la nièce], je ne suis pas capable d'aller dans mon logement, j'ai de la misère à marcher. (Participante 6).

Comme elle n'a pas eu d'enfant, elle fait appel à sa nièce en qui elle avait confiance. Elle lui demande de lui apporter ses biens à son nouveau logement sis dans une RPA. La maltraitance est découverte par la participante lorsque sa nièce ne lui apporte pas ses biens. Peu à peu, la participante réalise que sa nièce dispose de ses biens sans son consentement et qu'elle lui a volé un montant de 4 000 \$ en espèce qui était caché dans son logement. Sur le coup, la participante ressent de la colère face à sa nièce, mais n'a pas peur d'elle : « Bien, j'étais choquée! » (Participante 6). Elle tente d'entrer en contact avec sa nièce pour comprendre ce qui se passe, sans succès :

Elle a fouillé tout partout... Elle n'est jamais venue me porter des affaires... Jamais, jamais. Elle a tout fouillé dans la maison. Elle a donné mon *set* de cuisine à quelqu'un, mon *set* de salon à la famille, puis toute la gang. J'ai dit : « Pourquoi tu as fait ça? » « Bien, tu me l'as dit, de prendre tout. » « Je ne t'ai jamais dit de prendre tout... Tu ne m'as pas appelé pour me rapporter des affaires... Jamais ! ». Mais elle dit « Je travaillais. » ... Puis il y avait toujours des raisons... pour cacher là, un peu. Mais je l'étudiais pas mal. Elle ne m'a jamais remis, je ne l'ai pas revue. (Participante 6).

Il y a donc eu vol de biens et d'argent de la part de la nièce dans un contexte où la participante avait besoin de soutien.

Une troisième participante relate avoir vécu de la **maltraitance matérielle et financière** de la part de son conjoint. La maltraitance a lieu au domicile et perdure sur une période de huit ans, même lors des moments où ils n'habitent pas ensemble. Le conjoint de la participante, sans emploi, a un problème de toxicomanie : « Mais c'était quand même quelque chose qui était au quotidien chez lui, cette dépendance-là, là... Bon, que ça pouvait lui coûter facilement 100 piastres par semaine, là, de consommation. » (Participante 7).

La participante et cet homme se rencontrent dans un organisme d'aide où la participante travaille comme intervenante. Dès les débuts de la relation, la participante démissionne de son travail afin de ne pas contrevenir au code d'éthique. Rapidement, la maltraitance s'installe dans la relation : « ça a commencé dès, dès le deuxième mois, ça s'est installé. Mais, moi je ne l'ai pas vu venir. Dans le sens que je me disais « Bien, il va faire ça, puis il va se trouver une job », mais il ne s'est jamais trouvé de job. » (Participante 7).

Rapidement, le conjoint de la participante prend le contrôle des finances du ménage : « Alors, je comprenais cette situation-là. Et je suis [nom de sa profession], j'ai l'oreille grande par rapport aux

problèmes des autres. Sauf que je m'apercevais que moi, par rapport à ça, je n'avais plus de prise d'aucune sorte. Parce qu'au fond, il contrôlait l'économie du ménage. » (Participant 7).

En plus du contrôle de l'économie du ménage, les différents engagements contractuels étaient uniquement au nom de la participante :

Évidemment, il n'avait pas signé le bail non plus. Rien de tout ça. Alors, tous les comptes étaient à mon nom. Le bail était à mon nom. Tout était à mon nom, évidemment. Alors, c'est sûr que du jour au lendemain, il me disait : « Si je pars, tu sais, tu vas te retrouver toute seule... Tu vas te retrouver toute seule avec toutes les choses à payer. » Parce que tout était à mon nom, de toute façon. (Participant 7).

Elle lui prête aussi de l'argent, se doutant qu'elle ne le retrouvera jamais : « À ce compte-là... Là, si je compte ce qu'il me devait... En plus de ne pas payer d'argent comptant, il me devait au moins 6 000 \$ à sa mort » (Participant 7).

En plus de la maltraitance matérielle et financière, la participante vivait de la **maltraitance psychologique** :

Et, souvent, ça dégénérait sur une espèce de manipulation psychologique. Il disait : « Bien, tu sais, si tu n'en achètes pas de vêtements, tu n'iras plus travailler. Tu vas pouvoir vivre sur l'aide sociale. Tu sais, tu vas pouvoir... » C'était toujours un retour vers : « Si tu es pauvre, ce n'est pas grave. Tu vas être aussi pauvre que moi, puis on va se débrouiller. » (Participant 7).

La manipulation psychologique perdure tout au long de la relation, jusqu'au décès du conjoint : « C'était subtil, là, mais c'est... Tu sais "Tu ne trouveras peut-être pas quelqu'un de jeune comme moi." ... Puis... Bon, c'est un peu ça. Au fond... Au fond, je l'aimais, tu sais, c'est le piège de tous les genres de maltraitance, au fond » (Participant 7).

Une autre participante relate avoir vécu de la **maltraitance matérielle et financière** de la part de sa fille dans un contexte de proche aidance pour elle et son conjoint. La participante faisait confiance à sa fille pour « s'occuper de ses choses », avant que la maltraitance s'installe. Celle-ci offrait du soutien à son père et sa mère alors qu'ils vivaient encore à leur domicile, notamment en faisant les courses. Elle avait accès au compte bancaire pour effectuer les achats : « Bien vous, vous lui aviez donné accès à votre compte, parce que vous ne pouviez pas aller payer vos comptes. Quand vous étiez à la maison, c'est elle qui faisait l'épicerie. Donc, c'était normal qu'elle paie avec vos sous, quand elle faisait votre épicerie à vous. » (Travailleuse sociale de la participante 10).

Lorsque le maintien à domicile devient impossible en raison de l'état de santé de madame et de monsieur, ils quittent leur domicile pour aller vivre en CHSLD : « Lorsque la participante 10 emménage au CHSLD, la fille n'apporte ni vêtements ni biens, ne répondant donc pas à ses besoins : « Tu sais, on a eu des affaires, des... J'avais tout! Mon mari m'avait tout acheté, mais c'est tout disparu, tu sais! » (Participant 10).

De plus, il y a défaut de paiements de l'hébergement pour la participante et son conjoint : « Le centre ici ne se faisait pas payer, puis... [nom de la fille], on n'était pas capable de la rejoindre. Elle ne répondait pas au téléphone, elle ne rappelait pas. Alors, c'est là que nous sommes allées voir avec [Institution financière de la dame]. » (Travailleuse sociale de la participante 10).

En plus de ne pas apporter les biens à ses parents et de ne pas payer le coût de leur hébergement, la fille utilise l'argent de la participante 10 à des fins personnelles : « Parce qu'on a vraiment tous les relevés, avec toutes les transactions... Ce sont des transactions qui ont été faites par débit, là. [...] Je dirais de l'épicerie, du gaz, des restaurants... Il y a la même la SAQ, SQDC... » (Travailleuse sociale de la participante 10).

5.2.2 Synthèse des situations de maltraitance

Deux des onze participants ont relaté trois situations de maltraitance, trois participants en ont relaté deux et les six autres n'en ont relaté qu'une seule, ce qui donne un total de 18 situations de maltraitance. Si la collecte des données portait spécifiquement sur la maltraitance psychologique et sur la maltraitance matérielle et financière, quelques autres situations de maltraitance furent spontanément relatées par les participants. Nous avons fait le choix de les mentionner, en étant bien conscients que si nous avions posés des questions sur d'es types de maltraitance autres que psychologique, matérielle ou financière, nous aurions probablement récolté encore plus de témoignages. Le tableau 10 fait état du nombre de cas de maltraitance, par type.

Tableau 10 : Nombre de cas en fonction du type de maltraitance

Type de maltraitance	Nombre de cas de maltraitance
Matérielle, financière et psychologique	9
Matérielle et financière	3
Psychologique	1
Psychologique et physique	1
Âgisme, violation des droits, organisationnelle	1
Organisationnelle	1
Sexuelle	1
Psychologique, physique et organisationnelle	1

Ainsi, la maltraitance matérielle et financière et la maltraitance psychologique se présentent fréquemment de manière simultanée, complexifiant une analyse séparée de ces types de maltraitance, tel qu'énoncé dans les objectifs 2 et 3 de ce projet. Il a donc été décidé d'analyser conjointement ces deux types de maltraitance, tout en exposant leurs spécificités respectives lorsque possible.

N'ayant recueilli qu'une seule situation de maltraitance psychologique non combinée à un autre type de maltraitance, il est impossible d'en tirer une analyse fine. Cependant, des particularités se dégagent de l'expérience de trois participants qui ont vécu au moins une situation de maltraitance matérielle et financière exclusivement. Pour chacune d'elles, la maltraitance matérielle et financière a eu lieu dans un contexte de soutien en raison de leur incapacité : la participante 4 vit de la maltraitance matérielle et financière de la part de son représentant légal public qui gère inadéquatement ses biens; la

participante 6 subit un vol d'argent et de biens par sa nièce dans un contexte où il lui est impossible de s'occuper de son déménagement par elle-même en raison de problèmes de santé; et la fille de la participante 10 effectue une mauvaise utilisation d'une procuration bancaire qui avait été émise pour soutenir la participante dans ses courses. Les participantes 4 et 10 ont des incapacités permanentes qui affectent leur disposition à gérer leurs biens et leur patrimoine alors que la participante 6 vit une incapacité physique temporaire.

En plus d'une classification selon le type de maltraitance, une analyse des résultats a été effectuée en fonction de la forme de maltraitance (soit de la violence ou de la négligence). Lorsqu'il est question de maltraitance matérielle et financière, neuf situations illustrent de la violence financière, soit des vols d'argent et de biens pour le participant 5 et la participante 6, l'abus d'une procuration bancaire pour la participante 10, l'écriture de « baux en blanc » pour les participantes 8 et 9, etc. Une seule situation de négligence financière ressort des données, soit une gestion inadéquate des biens et du patrimoine de la participante 4.

La différence dans les formes de maltraitance est moins marquée et plus complexe à faire lorsqu'il est question de maltraitance psychologique. Effectivement, six situations de violence et cinq situations de négligence psychologique ont été dégagées. La violence psychologique s'illustre par des appels harcelants dans le cas du participant 3, par de la manipulation psychologique chez le participant 5 et la participante 7, par de la violence verbale envers la participante 4, etc. La négligence se présente plutôt dans une non-écoute des besoins de la participante 1 et de la participante 2 à travers les différentes situations de maltraitance vécues.

Le tableau suivant indique les différentes formes de maltraitance selon les situations décrites par les participants. Cet exercice a permis de constater qu'il n'est pas toujours simple de bien distinguer la violence de la négligence, ce qui fut le cas pour 4 des 18 situations vécues par les participants.

Tableau 11 : Formes de maltraitance vécues par les participants

Violence	Négligence	Violence et négligence combinées	Non-défini
Participante 1 – Situation 2 (maltraitance sexuelle) Participant 3 (maltraitance financière et psychologique) Participant 5 (maltraitance financière et psychologique) Participante 6 – Situation 1 (maltraitance financière) Participante 7 (maltraitance financière et psychologique) Participante 8 (maltraitance financière et psychologique)	Participante 1 – Situation 1 (maltraitance psychologique) Participante 2 – Situation 2 (maltraitance psychologique) Participante 2 – Situation 3 (maltraitance financière et psychologique) Participante 4 – Situation 2 (maltraitance financière) Participante 6 – Situation 2 (âgisme et	Participante 1 – Situation 3 (maltraitance financière et psychologique) Participante 2 – Situation 1 (maltraitance psychologique et physique) Participante 4 – Situation 1 (maltraitance psychologique et physique)	Participant 11 – Situation 1

Violence	Négligence	Violence et négligence combinées	Non-défini
Participant 9 (maltraitance financière et psychologique) Participant 10 (maltraitance financière)	maltraitance organisationnelle Participant 11 – Situation 2 (maltraitance organisationnelle)		

Les tableaux qui suivent présentent une répartition des lieux dans lesquels la maltraitance a eu cours, le lien d'appartenance professionnel ou familial des auteurs de maltraitance ainsi que le lien avec la présence d'incapacités.

Tableau 12 : Lieux de la maltraitance vécue par les participants

Hôpital	Domicile	RPA ou RTF	CHSLD	Hors du domicile
1 situation	9 situations	3 situations	1 situation	4 situations

Le contenu du tableau 12 permet de constater que, dans les situations décrites par nos participants, la maltraitance a surtout eu lieu à domicile (12 sur 18 situations de maltraitance, en considérant les RPA et RTF comme le domicile).

Le récit des diverses situations de maltraitance permet de constater que les auteurs proviennent essentiellement de trois secteurs de services et du réseau informel de la personne âgée.

Note : Pour les besoins de cette recherche, le secteur public comprend tout organisme public au Québec. Le secteur communautaire comprend tous les organismes à but non lucratif et les organismes d'économie sociale. Les services privés sont ceux pour lesquels une personne doit déboursier un montant d'argent personnel et où l'État n'intervient que pas ou peu. Finalement, l'aide informelle ou le réseau informel comprend toute aide ou soutien obtenu par la famille, les proches, les amis, le voisinage, etc.

Tableau 13 : Auteurs de maltraitance dans les situations relatées par les participants

Secteur public	Secteur communautaire	Secteur privé	Réseau informel
- Représentant légal public - Employé d'une municipalité - Intervenants du RSSS (4) - Responsable de famille d'accueil - Transport adapté - Organisme public	- Accompagnatrice ou accompagnateur d'une entreprise d'économie sociale - Bénévole d'une entreprise d'économie sociale - Employé pour entretien ménager d'une entreprise d'économie sociale - Organisme communautaire de soins de fin de vie	- Compagnie de système d'alarme - Compagnie de recouvrement - Gestionnaires de résidence privée pour aînés (2)	- Conjoint(e) (2) - Dame hors du réseau familial - Fille - Nièce

Le tableau 13 comprend un inventaire des différents auteurs des 18 situations de maltraitance. Certaines situations comportent plus d'un auteur. Par exemple, la participante 1 est maltraitée par une [intervenant du RSSS] et un employé de la municipalité lors de la première situation. Ainsi, le nombre d'auteurs de maltraitance (22) excède le nombre de situations (18). Les auteurs proviennent de quatre secteurs spécifiques d'activités : le public (9), le communautaire (4), le privé (4) ainsi que le réseau informel du participant (5). Il y a une grande diversité dans les auteurs de maltraitance, qu'ils soient des dispensateurs de services (17) ou des proches (5).

Tableau 14 : Lien entre la maltraitance vécue et la présence d'incapacité selon les participants

Maltraitance en lien avec la présence d'incapacité	Maltraitance non liée à la présence d'incapacité
10 situations de maltraitance	8 situations de maltraitance

Les participants étaient invités à se prononcer sur l'association qu'ils faisaient ou non entre la maltraitance vécue et le fait d'avoir une incapacité. Le tableau 14 démontre que les participants sont nuancés à ce sujet. En effet, 10 des situations vécues seraient liées à leur incapacité, alors que huit ne le seraient pas. Dans la plupart des situations pour lesquelles les participants lient leur incapacité et la maltraitance, ils relatent de la maltraitance se déroulant dans un contexte où ils mentionnent le besoin de soutien ou d'un service pour fonctionner.

Cette synthèse des situations de maltraitance illustre qu'elles se produisent plus fréquemment à domicile, que les gestes de maltraitance sont plus souvent posés par des dispensateurs de services des secteurs public, communautaire ou privé, et que les situations de maltraitance se déroulent, selon les participants, tout autant dans un contexte de prestation de soins et services en lien avec l'incapacité que dans un contexte non directement relié à l'incapacité.

5.2.3 Facteurs de vulnérabilité, de risque et de protection

Cette section présente les différents facteurs de risque, de vulnérabilité et de protection nommés par les participants eux-mêmes ainsi que ceux qui ressortent de nos analyses. Rappelons que les facteurs de risque à la maltraitance renvoient à des caractéristiques environnementales (extrinsèques) dans lesquelles la personne âgée évolue, tandis que les facteurs de vulnérabilité réfèrent à des caractéristiques personnelles de la personne âgée (intrinsèques) (Fulmer et al., 2005). De plus, dans le cadre de ce rapport de recherche, les facteurs de risque font référence aux facteurs environnementaux du modèle MDH-PPH, tandis que les facteurs de vulnérabilité font référence aux facteurs personnels du modèle MDH-PPH.

Tableau 15 : Facteurs de vulnérabilité et de risque dans les situations vécues par les participants

Facteurs de risque selon le MDH-PPH	
Facteurs de vulnérabilité (Facteurs personnels)	Facteurs de risque (Facteurs environnementaux)
- Passé de victimisation - Difficulté à subvenir à ses besoins - Besoin de services pour fonctionner au quotidien - Problèmes de santé ou présence d'incapacité - Difficultés de compréhension et d'analyse des situations - Incapacité à gérer les biens et le patrimoine (temporaire ou permanente)	<u>Sur le plan micro</u> - Caractéristiques de la personne maltraitante : - Consommation (drogue et alcool) - Problèmes financiers - Traits de personnalité (Prise de pouvoir sur l'autre, manipulation, possessivité) - Parcours de vie (conjoint incarcéré, antécédents criminels, jeunesse difficile, relations familiales difficiles, etc.) - Conflits et décès dans la famille - Isolement - Caractéristiques du milieu de vie <u>Sur le plan méso</u> - Manque de ressources d'aide et de services

Selon le MDH-PPH, les facteurs de vulnérabilité comprennent des facteurs identitaires, l'aptitude et le système organique (RIPPH, 2021a). Parmi les facteurs identitaires augmentant les risques de maltraitance, on y retrouve le passé de victimisation. C'est notamment le cas pour la participante 4 qui a vécu de multiples situations de maltraitance au cours de sa vie. Ensuite, les facteurs du système organique augmentant les risques de maltraitance comprennent les problèmes de santé et la présence d'incapacités. La participante 6 en témoigne en racontant son passage de l'hospitalisation à la vie en RPA :

Moi je n'étais pas là, je n'étais pas capable d'aller dans mon logement, là. Mais elle est allée. Mais j'ai fait une grosse erreur... Elle a fouillé tout partout... Elle n'est jamais venue me porter des affaires... Jamais, jamais. Elle a tout fouillé dans la maison. (Participante 6 en parlant de son problème de santé en lien avec la situation de maltraitance).

Finalement, les aptitudes illustrées dans les diverses situations s'échelonnent sur un continuum qui va de « capacité sans limite » à « incapacité complète » tel que le préconise le MDH-PPH (RIPPH,

2021b). La difficulté à subvenir à ses besoins, la nécessité de services pour fonctionner au quotidien et les difficultés de compréhension et d'analyse des situations s'inscrivent dans ce continuum et peuvent augmenter les risques de subir de la maltraitance. Par exemple, la difficulté à subvenir à ses besoins et la nécessité de services pour fonctionner au quotidien placent la participante 4 dans un contexte de dépendance à des services, augmentant les risques de vivre une situation de maltraitance :

Oui. [Nom de la participante 4] était tellement malade, puis elle n'était pas à la bonne place, non plus. La personne qui la gardait travaillait à plein temps... Puis, la porte était barrée quand elle – Des fois, elle nous téléphonait, puis elle disait « Je – je suis à – par terre », parce que ses médicaments n'étaient pas ajustés encore. (Sœur de la participante 4).

Chacun des 11 participants se situe à un endroit spécifique et différent des autres sur le continuum d'aptitudes. Ainsi, certains éprouvent de grandes difficultés à accomplir une activité physique ou mentale, d'autres sont autonomes. À cet effet, les participants ayant des incapacités limitant leurs aptitudes cognitives et ayant des difficultés dans la gestion de leurs biens (telles la participante 4 et la participante 10) ont vécu des situations de maltraitance matérielle et financière spécifique à la gestion de leurs biens et patrimoines (mauvais usage de procuration, vol d'argent, gestion inadéquante des biens, etc.), les plaçant dans un contexte de vulnérabilité à ce type de maltraitance.

Les facteurs de risque peuvent être analysés sous les angles micro (entourage immédiat), méso (communauté au sein de laquelle elle évolue et liens entre les différents réseaux sociaux de l'individu) et macro (normes, politiques mises de l'avant dans la société) (RIPPH, 2021a). Les caractéristiques de la personne maltraitante, les conflits et décès dans la famille et l'isolement de la personne sont considérés comme des facteurs environnementaux micro. Les caractéristiques de la personne maltraitante sont soulevées par quelques participants comme un facteur clé permettant de comprendre la survenue de la situation de maltraitance :

Oui. Mais, dans le cas de l'[intervenant du RSSS], c'est clair qu'il cachait son incompétence en brandissant : « je suis le professionnel », puis il trouvait le pouvoir. [...] Il ne pouvait pas... C'était clair. Tout le langage dans son corps, tu sais, on les voit les politiciens qui trippent sur le pouvoir, on le voit bien, là. Ils parlent, puis c'est vide. Ils parlent, puis c'est vide, ce qu'ils disent. (Participante 2).

La quantité et l'accessibilité aux ressources d'aide et de services sont considérées comme des facteurs de risque de niveau méso. Selon les propos recueillis, les ressources diffèrent selon les régions et les municipalités. Par exemple, la participante 6 a demandé l'aide de sa nièce pour son déménagement étant incapable de le faire par elle-même et n'ayant pas accès à des services pouvant l'assister dans ce besoin, ce qui a entraîné la situation de maltraitance matérielle et financière.

Les résultats de cette recherche ne permettent pas d'identifier des facteurs de protection à la maltraitance. Les participants en ont peu identifié lors des entrevues, et les solutions mentionnées ne portaient pas sur des situations de maltraitance déjà vécues. Cependant, la participante 1 nomme l'importance de son fils dans la prévention de maltraitance future, le positionnant donc comme un facteur protection.

5.3 Conséquences

5.3.1 Conséquences sur la personne

Les conséquences de la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités sont, à l'instar de celles pour toute personne âgée maltraitée, de nature psychologique, sociale, physique et financière. Ces conséquences peuvent se faire sentir dans la vie de la personne à court terme, donc au moment où survient la maltraitance ou peu de temps après, ou à long terme, affectant ainsi le bien-être global de la personne sur une période prolongée, même lorsque la maltraitance est terminée (Beaulieu, Pelletier, Leboeuf, & Cadieux Genesse, 2018). Bien que cette distinction ne soit pas traitée dans la littérature spécifique aux personnes âgées ayant des incapacités, il a été jugé pertinent de différencier les conséquences à court et long termes sur le bien-être des participants. Un inventaire des conséquences spécifiques aux personnes âgées ayant des incapacités ainsi qu'une première classification selon la durée des conséquences suit.

5.3.1.1 Conséquences à court terme

Les conséquences à court terme comprennent essentiellement des aspects qui surviennent au moment de la maltraitance ou qui perdurent pour une courte durée puis se résorbent. Tous les participants à cette recherche ont ressenti de telles conséquences.

Conséquences psychologiques

Des conséquences psychologiques à court terme ont été relatées par dix des onze participants. Il y a d'abord la colère ressentie : « J'ai appelé tout de suite, parce que j'ai dit... J'étais trop fâchée. J'étais trop fâchée, là. Ça ne servait à rien, je n'étais plus capable. Alors... En étant toujours enragée comme ça, ça affectait ma santé et puis j'ai dit "Je ne mérite pas ça" ». (Participant 9).

La maltraitance entraîne un bouleversement qui suscite un malaise et où les participants se disent assommés, voire blessés :

Puis toi, tu es en position de faiblesse. C'est comme si on t'assomme! Le meilleur moyen d'expliquer cela, c'est on t'assomme! T'es assommée, puis, quelqu'un qui est assommé, là, ça prend une demi-heure, une heure avant qu'il retrouve tous ses esprits, là. Quand tu es bien assommé, là, bien, c'est ça. [...] Le bouleversement que j'ai subi, parce que je ne reconnaissais pas. Je ne comprenais pas comment ça se faisait que je n'avais pas réagi. (Participant 2).

La maltraitance suscite aussi de la tristesse : « J'en ai braillé des fins de semaine [...] Terrible ! Je voulais voir ma famille, puis elle ne voulait pas. » (Participant 4 au sujet de la famille d'accueil maltraitante).

Certains participants ont eu des questionnements à la suite de l'évènement de maltraitance, une incompréhension face à la situation :

Bien là, il fallait qu'il revienne, puis... Tu sais, tu as un délai. Puis, je n'étais jamais capable de le rejoindre, puis là, ça faisait une semaine que moi, je ne dormais pas, puis que j'étais nerveuse, puis que je me posais la question : « Mon Dieu, qu'est-ce qui m'est arrivée dans cette rencontre-là ? Comment ça, je me suis laissée maltraiter et je ne l'ai pas foutu dehors? » (Participant 2 au sujet du professionnel de la santé maltraitant).

Il y a aussi de l'incompréhension face aux gestes de maltraitance faits par un proche :

Oui... Elle [en parlant de sa fille] n'a jamais fait ça... C'est ce que je ne comprends pas... (Silence) Elle a (sourir)... Mais tout ce qu'elle a fait, elle l'a fait elle-même... Elle l'a... En tous cas, elle a fait des affaires pas possibles. Mais là, c'est fini... Je ne peux pas recommencer et faire des affaires comme elle a fait. C'est impossible, je ne peux pas... Faire des affaires, tu n'as pas d'argent... (Silence). [...] Bien, je ne peux pas faire confiance... Je ne suis pas capable... Elle ne le disait pas! Elle était correcte! Pour faire ce qu'elle a fait, là... (Silence) C'est bien beau d'aimer nos enfants, là... Je ne suis pas capable... (Participant 10).

En plus d'illustrer les questionnements consécutifs à la maltraitance, cet extrait aborde la nervosité et le stress y étant associé. Dans les situations où la maltraitance perdure durant un certain temps, la nervosité s'installe, ce qui crée un stress anticipatoire à l'idée d'être en contact avec la personne maltraitante à nouveau : « Elle venait le lundi. Mais le dimanche soir, quand je me couchais, je commençais à être nerveuse. » (Participant 2 au sujet de l'employée d'un service d'économie sociale qui faisait l'entretien ménager).

Les conséquences psychologiques peuvent générer de la peur : « On dirait que tu as toujours peur de te faire appeler. Tu sais, ça devient comme... Ça te rentre dans le système, hein? » (Participant 3 à propos de la compagnie de système d'alarme maltraitante).

La maltraitance bouleverse des saines habitudes de vie reliées à la santé mentale : « Je méditais beaucoup avant. Presque tous les jours. J'ai arrêté ça. Mais là, c'était le bouleversement que j'ai... Je n'ai pas eu le temps, j'étais bouleversée! » (Participant 9).

Le participant 11 mentionne une perte de contrôle à la suite de la maltraitance vécue :

Alors, comment faire, comme mes enfants, ils ne comprenaient pas que j'avais perdu le contrôle. Puis moi, je n'étais pas capable de leur expliquer. Comment leur expliquer que je ne suis plus en contrôle de moi? Ça ne se pouvait pas ! Dans tout ce que j'ai fait dans ma vie, ça ne se pouvait pas que je perde... Je n'avais pas le droit de perdre le contrôle! [...] Parce que tu peux penser que tu l'as, le contrôle, pour une journée et... Tu es une journée seul, sans parler à personne... Et là, l'imagination part et puis... C'est... Elle ne part pas nécessairement de façon positive. (Participant 11).

Aucune des recherches identifiées dans la recension des écrits ne s'attarde au ressenti des personnes âgées avec des incapacités ayant subi de la maltraitance alors que notre recherche permet de faire un inventaire de plusieurs conséquences psychologiques à court terme.

Conséquences sociales

Six des onze participants nomment des conséquences sociales à court terme. Parmi celles-ci, ils évoquent les effets de la maltraitance dans leurs interactions quotidiennes avec les personnes qui partagent leur vie, plus précisément dans leur couple : « On s'en prenait l'un à l'autre, on se chialait après, puis tu sais... On n'était pas comme ça. » (Participante 8).

Le changement de milieu de vie à la suite de la maltraitance, qui est advenu pour deux participants, a aussi eu des conséquences sociales, soit l'éloignement de personnes qu'elles appréciaient. « C'est frustrant en même temps, puis ça nous blesse en dedans! Parce qu'on aimait la place! [...] Tu sais? On s'était fait des amis, puis... le personnel est dévoué. » (Participante 8).

Même avant de changer de milieu de vie, la maltraitance peut avoir des effets sur les relations avec autrui en créant un certain repli sur soi : « Et puis, quand je descendais aux repas, je n'avais pas le goût de parler à personne, parce que je me disais : "Mon Dieu, tous ces gens-là se font abuser." » (Participante 9).

Tant que la situation de maltraitance n'est pas résolue, l'anticipation négative d'un contact avec la personne ou l'institution maltraitante affecte les relations avec autrui. Le participant 3 l'illustre en parlant du stress occasionné par les appels téléphoniques affichés de type « numéro confidentiel ou privé » sur son afficheur et en invoquant que le fait de ne pas répondre pourrait le priver d'interactions importantes :

Alors, j'étais obligé de répondre, parce que je fais affaire avec des services de santé. Les services de santé, ce n'est aussi pas de numéro [...] Alors tu sais, des fois, tu attends un résultat, n'importe quoi. Puis là, je répondais... Alors là, à un moment donné, j'avais le goût de débrancher mon téléphone. (Participant 3).

Tout comme pour les aspects psychologiques mentionnés ci-haut, la littérature scientifique recensée ne documente pas les conséquences sociales de la maltraitance alors que nos résultats évoquent clairement leur existence, voire leur sérieux.

Conséquences physiques

La maltraitance a occasionné des conséquences physiques pour quatre participants. Elle a entre autres provoqué pour trois d'entre eux des problèmes de santé qui se sont manifestés pendant les événements ou à court terme, tels que des hospitalisations, maux de tête, problèmes digestifs, difficulté à dormir, douleurs, diarrhée, vomissements. Aussi, la maltraitance peut avoir comme effet d'aggraver des problèmes de santé déjà existants. Dans certains cas, les problèmes de santé se résorbent une fois que la maltraitance cesse ou peu de temps après. Certains participants, telle la participante 2, éprouvent plusieurs problèmes de santé simultanément :

Alors la moindre chose qui va me (hésitation) m'énervé, ça va se jeter dans un ou l'autre. Alors, moi, les trois situations que j'ai vécues, ça m'a tellement bouleversée. J'ai été une semaine de temps à avoir de la misère à dormir, à me poser des questions, à avoir soit la diarrhée ou à vomir. (Participant 2).

La participante 7 nomme avoir eu recours à la consommation d'alcool pendant le temps où elle vivait avec son conjoint qui la maltraitait : « Évidemment, j'ai eu la béquille... à l'alcool, à un moment donné. Ça aussi, ça a fait partie de ma vie. Bon, l'alcool ce n'est pas une solution à rien, là! Tout le monde le sait. Puis là... J'étais encore avec mon conjoint à ce moment-là ». (Participant 7).

Finalement, un participant a traité de l'épuisement et une participante du manque d'énergie pour effectuer des démarches dans le but de se sortir d'un milieu maltraitant : « Je suis partie, mais dans quel état? Tu n'as aucune idée comment on était épuisés, moi et mon mari... Mon fils est venu tout paqueter. Je n'avais pas l'énergie. J'en parle, là, puis je commence à *shaker*. » (Participant 8).

Tout comme pour les aspects psychologiques et sociaux mentionnés ci-haut, la littérature scientifique recensée ne documente pas les conséquences physiques de la maltraitance alors que nos résultats évoquent clairement leur présence, voire leur importance.

Conséquences financières

Trois participants ont évoqué des conséquences financières à court terme telles le rachat de biens (vêtements, meubles, etc.), le paiement de deux logements pendant une courte période et des frais de déménagement. Ce sont toutes des dépenses liées à une situation de maltraitance matérielle ou financière, le vol de biens et d'argent pour la participante 6, le bail dont le montant mensuel a quasi doublé pour la participante 9, etc. Cependant, ces dépenses indésirées ne sont pas présentées par les participants comme étant la source d'un souci financier à long terme.

5.3.1.2 Conséquences à long terme

La maltraitance affecte à long terme le bien-être global de neuf des onze participants. Ces conséquences sont de nature psychologique, sociale, physique et financière.

Conséquences psychologiques

Les situations de maltraitance ont provoqué pour neuf des onze participants des conséquences psychologiques qui perdurent. Cela prend la forme d'incompréhension, de culpabilité, de stress, d'anticipation, de peur, de perte de confiance en soi, de prise de décisions potentiellement dangereuses pour la santé, d'une exacerbation sévère de problèmes de santé mentale, de pensées suicidaires, de deuil difficile.

Tout d'abord, un certain bouleversement et une charge émotive restent présents. Cela s'est manifesté au cours des entrevues où la majorité des participants ont revécu des émotions négatives en relatant leur expérience. Certains participants ont pleuré, ce qui témoigne de la sensibilité du sujet. En définitive, une incompréhension perdue :

Mais, je me suis dit : « Mais, comment est-ce que ça se fait que moi j'ai... Avec le background que j'ai, que je sois tombée là-dedans. » (Participante 2 faisant un rappel de sa carrière professionnelle).

Dans le même ordre d'idée, les participants ressentent de la culpabilité, voire une certaine responsabilité dans la situation de maltraitance :

Donc, tu sais, j'aurais dû être capable de l'aider plus que ça. De m'aider, mais de l'aider aussi. [...] Je me sens coupable de ne pas avoir dit, au fond, ce qu'il fallait dire au niveau du budget, pour que lui aussi prenne son indépendance. Parce qu'au fond, il ne devait pas être mieux que moi, d'être – Il était aussi dépendant que moi, là! [...] Puis je me sens coupable qu'il soit mort avant même d'avoir dit « Bien, moi aussi je suis capable de... Moi aussi je suis capable de gagner mes sous. Moi aussi je suis capable d'avoir un appartement seul, si je veux. Moi aussi. » J'ai un sentiment de culpabilité. » (Participante 7).

Pour la participante 7, ce sentiment de culpabilité est aussi lié à un regret de ne pas avoir été en mesure d'amener la personne maltraitante à modifier ses comportements :

Moi, j'ai eu des regrets, parce que je me disais « Comment ça se fait que je n'ai pas – en étant [nom de sa profession] – comment ça se fait que je n'ai pas réussi à le convaincre ? D'aller vers le marché du travail... » (Participant 7).

La culpabilité est aussi exprimée en lien avec le fait d'avoir laissé la maltraitance se perpétrer, tel que l'illustre le participant 5 : « Ce que je veux que vous compreniez bien, que j'ai été là-dedans... naïf, si on veut. Que, j'ai, tu sais, là ? J'ai fait confiance à une personne... » (Participant 5).

Le stress, l'anticipation et la peur sont facilement réveillés malgré le temps qui passe :

Oui, parce que je suis terrifiée à... Je me sens tellement fragile et en état de dépendance. (Réflexion). On reste marqué. Je sais qu'à un moment donné, dernièrement, le genou m'enflait. Puis je me suis dit : « Oh non, j'espère que je n'aurai pas besoin d'un autre [nom d'un professionnel de la santé]. », tu sais. Tu as peur. Puis, surtout que, pas longtemps après l'histoire de [nom d'un professionnel de la santé], j'ai vécu, j'ai vécu [un autre épisode] avec [une intervenante du RSSS]. (Participante 2).

Ce stress, cette anticipation, cette peur est un poids constant : « Tu sais, tu as toujours ça en haut de toi, comme un nuage gris qui te suit. [...] Ce n'est pas dramatique, mais fatigant, irritant. » (Participant 3 par rapport à sa situation de maltraitance qui n'est pas encore résolue).

Les conséquences psychologiques de la maltraitance peuvent mener à la nécessité d'obtenir de l'aide individuelle pour en diminuer les impacts : « Tu sais, je me dis : « Là, là, il me reste... Je ne sais pas

combien d'années à vivre, mais je veux les vivre, puis je veux me lever le matin, puis être bien. » Puis aussi, j'ai consulté (hésitation) un psychiatre. » (Participant 3).

La maltraitance peut altérer la confiance en soi, tel que le raconte la participante 7 :

Alors, ça m'a un petit peu creusé une espèce de... à un moment donné, je n'avais plus confiance en moi. D'aucune façon. Parce que je me disais « Je ne peux plus bouger. Je ne peux plus dire "Je vais aller vers un travail." » Parce que j'avais l'impression, tu sais, d'être encarcannée dans la maison à faire du ménage, à gérer le budget. Autant que possible. Donc, j'ai perdu une grande confiance en moi, à ce moment-là. [...] Tu sais, ce n'est pas parce que mon conjoint n'est plus là que j'avais retrouvé toute ma confiance. (Participante 7).

Des conséquences de la maltraitance entraînent la prise de décisions qui pourraient avoir des effets néfastes à long terme, tel que le mentionne la participante 6 : « Non, je n'y retourne pas. Ça fait trois ans que j'endure ça, à l'hôpital. Là, c'est fini avec moi. Fini ! Je vais mourir dans ma chambre. Final. » (Participante 6).

Dans le cas de la participante 7, la maltraitance subie exacerbe des problèmes de santé mentale et nourrit des idéations suicidaires.

Alors, je suis entrée à l'hôpital. C'était la première fois que ça m'arrivait. J'entendais des voix *épeurantes* là... qui me disaient « Il faut que tu en finisses », puis tout ça. [...] Il y a deux ans, j'ai été hospitalisée. J'ai fait une dépression grave. J'ai été presque deux mois à l'hôpital... (Participante 7).

La maltraitance peut intensifier des idéations fortes déjà présentes tel le désir de « s'appliquer l'euthanasie » (expression de la participante) :

Les gens appliquent l'euthanasie sur eux autres même parce qu'ils n'en peuvent plus! Un suicide, ce n'est pas la même affaire. Et là, vous tombez dans mon domaine. Je peux vous l'expliquer bien comme il le faut. Je l'ai expliqué à mon intervenante sociale pour qu'elle comprenne qu'il y a une énorme différence entre les deux. Puis, à chaque fois, moi, ça m'est arrivé là, je suis venue à un cheveu d'appliquer l'euthanasie sur moi-même. Un cheveu. (Participante 2).

Finalement, la maltraitance peut entraîner un deuil difficile, particulièrement s'il s'agit du décès de la personne maltraitante, tel le participant 11 qui relate ses difficultés à faire le deuil de sa conjointe, en raison de l'incompréhension subsistante quant à ce qui s'est survenu :

Alors, j'ai dit « Qu'est-ce qui s'est passé? » Ah, là, j'étais tout viré à l'envers. Ah. Complètement. J'étais choqué. J'ai... Au début, c'est de la rage que tu as, hein? Puis là, tu ne comprends pas. Ma conjointe, j'ai dit « Ça ne se peut pas! Elle ne peut pas avoir fait ça! » « Écoute, après 43 ans, avoir fait ça en

cachette... J'ai dit « Tabarnouche », je ne comprenais plus rien là ! (Pleurs). J'étais complètement dépassé. Puis... Je n'ai même pas voulu aller au service. Je ne suis pas allé au service. (Participant 11).

Conséquences sociales

Bien que l'isolement social et la solitude ne sont pas identifiés comme conséquences de la maltraitance dans la littérature recensée, un peu plus de la moitié des participants (n = 6) relate le fait de subir cette conséquence à long terme. Cet isolement peut, dans quelques situations, être initié par la personne maltraitée, mais est, dans la plupart des situations, initié par autrui : « Bien c'est, c'est la conséquence, c'est que je suis seul. [...] Bon... à ce moment-là, il faut que j'accepte ma solitude. (Participant 5).

Un exemple de confinement plus volontaire de la part de la personne maltraitée est celui de la participante 7 qui s'est isolée graduellement au fur et à mesure que la situation de maltraitance prenait place, isolement qui perdure même après la fin de la maltraitance :

Comme je m'étais isolée, aussi... Avec cette relation-là, je m'étais beaucoup isolée. Puis moi, quand je suis revenue en Estrie, bien, il y avait un peu de ma parenté qui était ici, mais il n'y avait plus personne de mes amis, là. [...] Je vivais de l'isolement (hésitation). Je vivais aussi... Même dans ma famille, je n'allais pas souvent aux fêtes... Parce que mon conjoint, bien les gens connaissaient un petit peu son profil. Alors ils ne l'invitaient pas. Alors... Bon, comme lui n'était pas invité, bien je me disais « Bien, je n'y vais pas, moi non plus. ». (Participante 7).

La maltraitance peut amener des gens à quitter l'entourage de la personne maltraitée, telle la situation du participant 5 qui a perdu des amis qui ont aussi été maltraités par la personne que le participant 5 leur avait présentée :

Ça, c'est quasiment plus grave que de m'avoir fait faillite. Elle m'a volé mes deux amis. [...] Je dis bien voler mes deux amis ! Puis, des fois, vu qu'on se ne parle plus, je me demande si... On se connaît [noms des amis], depuis une cinquantaine d'années, ne m'accusent pas indirectement d'avoir... Tu sais, là, d'avoir été de connivence avec elle pour soutirer de l'argent, comme si moi, je les volais. (Participant 5).

En perdant le lien avec la personne maltraitante, les personnes maltraitées peuvent aussi perdre d'autres personnes à qui elles tenaient. Par exemple, la perte de liens familiaux de la participante 10, pour laquelle la rupture du lien avec sa fille et ses petites-filles lui cause de la tristesse : « Oui, ah maudit... Elles m'aimaient assez ces enfants-là (pleurs). » (Participante 10).

En plus de la diminution du réseau social, des participants ont développé une perte de confiance envers les gens et une méfiance envers les services. En effet, lors de l'appel post-entrevue, la participante 2 affirme vivre dans un état de vigilance qui l'amène à être méfiante envers des personnes et des professionnels qu'elle ne connaît pas. Les craintes sont encore plus grandes en période estivale, où les vacances amènent un roulement important du personnel pour les soins et services donnés à

domicile. Le participant 5 mentionne aussi avoir perdu confiance en les gens de manière générale. Il se pose des questions :

Une espèce d'enquête, si vous voulez, là. « Est-ce que c'est vrai ce que tu dis ? Est-ce... » Bon. Alors, si je fais confiance à quelqu'un là... Je vous fais confiance. Parce que, je... Il n'y en a plus beaucoup de personnes à qui je fais confiance. (Participant 5).

Conséquences physiques

Les conséquences physiques à long terme évoquées par trois participants concernent l'apparition de problèmes de santé ou l'aggravation de problèmes de santé déjà existants. L'accumulation du stress vécu peut affecter le diabète, provoquer des crises d'épilepsie, des hospitalisations fréquentes, des cholangites, une perte d'énergie, etc. Par exemple, pour la participante 4, le fait d'avoir été enfermée dans une chambre de famille d'accueil a entraîné une diminution de son tonus musculaire :

Une maison d'accueil de type familial, ils sont confinés dans leurs chambres. Ils n'ont pas le droit de marcher. Elle a perdu tout son tonus musculaire, elle. Elle ne sortait plus.... Elle était confinée, puis elle ne voulait pas qu'elle – la madame, là – elle ne la laissait plus sortir avec moi. Quand elle est arrivée à l'hôpital, là, que j'ai dénoncé et que je me suis fait aider, ils ont dit « Il va falloir lui faire faire de la physio, elle ne marche plus ». (Sœur de la participante 4).

Conséquences matérielles et financières

La maltraitance a entraîné chez certains participants (n = 7) des conséquences financières importantes telles l'endettement, la faillite et la perte d'argent et/ou de biens :

Puis, c'est sûr que ce ne sont pas des gros montants qui ont été pris. C'est difficile de savoir, parce qu'on n'a pas de rétrospective, mais c'est sûr que madame a cumulé une dette d'hébergement à cause de l'argent qui n'était pas pris. (Travailleuse sociale de la participante 10).

Pour la participante 8, le déménagement consécutif à la maltraitance par le directeur de service de la RPA l'a obligée à se départir de plusieurs biens :

Mais là, je suis arrivée ici, j'ai tout donné. J'ai essayé de vendre. Pas capable. J'ai donné. Donné tout, tout, tout ce que je pouvais avoir. [...] Mais le pire, c'est qu'ici, je n'avais pas la place. (Participante 8).

Pour le participant 5, la maltraitance par une dame hors du réseau familial a eu des impacts financiers graves, ayant déjà fait faillite par le passé : « De toute façon, vous voyez comme je suis. [...] On ne peut plus rien me prendre ! [...] Mais, parce que, elle m'a fait faire une deuxième faillite. » (Participant 5).

La maltraitance matérielle et financière peut avoir des effets sur le crédit de certains participants, soit la perte du crédit ou encore la menace de voir sa cote de crédit affectée :

Elle a tout pris. Elle l'a rendu à quinze... Elle était de 10 000, elle l'a mise à 14 000, puis tout ce qu'il y avait dedans, elle l'a gardé. Là, ma carte ne valait plus rien. Donc, autrement dit, elle m'empêchait d'avoir du crédit.
(Participant 5).

Le participant 3, dont la situation n'est pas encore réglée, craint que sa cote de crédit soit affectée à la suite de différentes démarches entreprises pour mettre fin à la situation de maltraitance. Bien qu'un montant soit réclamé par la compagnie de systèmes d'alarme, il a décidé, le jugeant illégitime, de ne pas le payer.

La participante 7 nomme deux conséquences matérielles et financières consécutives à la maltraitance. Tout d'abord, elle vit une certaine méfiance dans la gestion de ses avoirs financiers :

Puis, j'ai encore un manque de... J'ai encore une méfiance par rapport à tout ce qui concerne l'argent. Tu sais, maintenant, je calcule. Puis, je fais mon budget, puis... Tu sais, on est deux, puis bon, il faut que ça arrive.
(Participante 7).

Malgré cette méfiance, la participante 7 mentionne toutefois avoir des difficultés à se restreindre pour ne pas dépenser :

Que je retienne les cordons. Parce qu'un moment donné, on me les a trop tenus, puis aujourd'hui, je pourrai plus les... les ouvrir. Mais je suis... ça, il faut que je fasse attention. Je suis une fille dépensière. Je pense que c'est ce que mon conjoint avait vu dès le début, d'ailleurs. (Participante 7).

Dans la situation de la participante 10, dont la fille a fait un usage inapproprié d'une procuration, la maltraitance matérielle et financière a accéléré le processus de déclaration de l'incapacité et la mise en place d'un régime de protection.

5.3.1.3 La résilience malgré les conséquences

Bien que la maltraitance ait eu des conséquences dans la vie de chacun des participants, certains d'entre eux parviennent à transcender l'évènement, à vivre des émotions positives et à être résilients :

Parce que, tu sais, j'ai réussi à le chasser, puis, on se fait un souper, on va... moi je vais me baigner dans le lac pratiquement tous les jours ! Tu sais, j'ai des belles activités, là ! (Participant 3).

Certaines personnes âgées retrouvent un bien-être après l'évènement :

Je reprends ma sérénité que je veux avoir, parce que je suis bien ici. (Participante 9).

Je me sens dans un paradis ! (Participante 4).

Un participant a évoqué sa spiritualité, pratique qu'il a depuis de nombreuses années, comme un moyen d'atteindre une résilience et de lâcher prise à la suite de la situation de maltraitance vécue : « Comme je vous ai dit tantôt, j'ai un monde intérieur qui m'aide à accepter n'importe quoi. [...] Parce que j'ai un monde intérieur, qui fait que, tu sais, je ne m'arrache pas les yeux. » (Participant 5).

La participation à la recherche peut être considérée comme une forme de résilience dans la manifestation d'un désir de contribuer à la diminution de la maltraitance chez les personnes âgées. Certains participants nomment l'importance de la recherche en ce sens :

C'est pour cela que votre recherche est si importante. [...] Je sais à quel point c'est important [la recherche], puis... Tu sais, (hésitation) votre recherche, elle... J'espère juste qu'elle n'ira pas dans la filière numéro treize, dans le fond du tiroir d'un ministre, comme ça arrive souvent. Puis, qu'après cela, changement de gouvernement, le nouveau ministre trouve ça. Puis il fait sa sortie publique, comme si c'était sa découverte. Alors que ça ne l'est pas du tout. (Participant 2).

« C'est pour ça que j'ai accepté. C'est comme une expansion ça, c'est une (hésitation) extrapolation que je veux, tu sais ? Pour que la merde que j'ai mangée, ça puisse servir à d'autres. » (Participant 5).

5.3.2 Conséquences sur autrui

La maltraitance peut avoir des conséquences à court ou à long terme sur les proches de la personne maltraitée. Tel que vu dans la description des situations, dans certains cas, les proches sont aussi la cible de la maltraitance et subissent ainsi des conséquences. C'est le cas notamment de la situation du participant 3 qui a eu des problèmes avec le système d'alarme installé dans sa maison. Cela affecte aussi directement sa conjointe, puisqu'ils vivent sous le même toit. Il relate l'épuisement psychologique de sa femme à la suite du harcèlement par les compagnies de système d'alarme et de recouvrement : « Elle m'a, tu sais, elle m'a fait pression, en voulant dire : "Là, là, il faudrait..." Tu sais, elle aussi, elle était écoeurée, là... » (Participant 3).

C'est la même chose au sein du couple de la participante 8, qui a vu le bail de son appartement en RPA modifié sans explication claire, ce qui a mené monsieur à manifester de l'agressivité à la suite des événements : « Mon mari, ça ne lui en prend pas gros pour devenir agressif, tu sais. Puis là, on avait été agressés, puis... [...] Parce qu'il aurait été le taper. Ah oui, il était prêt à y aller, là. » (Participant 8). Dans ce couple, monsieur, comme madame, a vécu des conséquences sociales, dont un changement de milieu de vie, car ils appréciaient ce milieu, malgré le directeur de service maltraitant. Les deux membres du couple ont ressenti des effets sur leur santé : « On était en train de se rendre malades tous les deux. » (Participant 8).

Dans d'autres cas, sans l'avoir subi directement, les proches s'engagent dans les démarches pour mettre fin à la maltraitance et subissent, à court ou à long terme, des conséquences psychologiques, sociales, physiques et financières.

Des liens familiaux peuvent être définitivement brisés par la maltraitance. Cette conséquence est vécue dans la situation la participante 10 où son fils a développé des tensions avec sa sœur qui a mal

géré les finances et les biens des parents : « Oui, mais là, il ne veut plus parler à sa sœur. [...] Ils ne s'aimaient pas bien bien à cause de tout ça. » (Participant 10).

La maltraitance peut aussi entraîner des conséquences matérielles et financières à long terme chez les proches. Ce fut le cas notamment de la sœur de la participante 4 qui a dû quitter son emploi pour la soutenir. Un emploi perdu suivi d'une période sans emploi affecte non seulement les revenus sur le coup, mais peuvent entraîner des effets qui vont se répercuter jusque sur les prestations de retraite, donc tout au long de la vie. Cette situation illustre particulièrement l'intensité des efforts déployés par des proches pour mettre fin à une situation de maltraitance.

5.4 Freins et leviers à la demande d'aide ou à la dénonciation

Cette section présente les différents freins et leviers à la demande d'aide ou à la dénonciation soulevés par les participants. Les freins à la demande d'aide ou à la dénonciation regroupent les éléments affectant négativement la demande d'aide ou la dénonciation pour une personne vivant une situation de maltraitance. Les leviers à la demande d'aide ou à la dénonciation sont des éléments facilitant la demande de soutien en contexte de maltraitance.

De manière générale, la personnalité de l'individu peut faciliter ou agir comme frein à la demande d'aide ou à la dénonciation; notamment, en favorisant ou non l'*empowerment* chez certains individus lors des démarches entreprises afin de mettre un terme à la maltraitance. Par exemple, le participant 11 fait preuve d'*empowerment* lorsqu'il prend la décision de discuter avec les médecins ayant soigné sa conjointe pour comprendre la situation et tenter de la régler, malgré les conséquences vécues. De son côté, la participante 9 évite d'entrer en contact avec le directeur de service de la RPA, qui a posé les gestes de maltraitance et n'ose pas lui exprimer sa colère : « Je cherchais un moyen de m'en aller, pour ne pas rester là. Parce qu'à chaque fois que je le voyais... Je n'étais pas capable. Je n'étais pas capable. Je devenais tellement agressive. » (Participant 9)

Bien que la personnalité des participants puisse moduler l'*empowerment* lors de la demande d'aide, il importe de considérer le contexte dans lequel la situation de maltraitance a lieu. Nos travaux permettent d'observer que certains participants qui ont vécu de multiples situations de maltraitance peuvent faire preuve d'*empowerment* dans une situation, mais dans une autre, peuvent nécessiter un soutien beaucoup plus grand pour parvenir à la demande d'aide. Par exemple, la participante 2 a fait plusieurs démarches (demande d'aide à sa travailleuse sociale, processus formel de plainte, discussion avec des amies, etc.) lors de la première situation de maltraitance vécue. Toutefois, en vivant une deuxième situation de maltraitance peu de temps après la première, elle a mentionné souffrir d'un niveau d'énergie grandement diminué et ne plus trouver la force de faire autant de démarches pour mettre fin à la maltraitance vécue. Dans ce deuxième épisode de maltraitance, c'est sa travailleuse sociale qui effectue les démarches à la suite de la demande d'aide. D'où l'importance, dans l'analyse et la compréhension de chaque situation de maltraitance, de tenir compte à la fois de la personne et du contexte qui affectent la demande d'aide ou la dénonciation.

Le tableau 16 présente une synthèse des freins et leviers à la demande d'aide ou à la dénonciation rencontrés par les participants. Ils seront détaillés subséquemment.

Tableau 16 : Synthèse des freins et leviers à la demande d'aide ou à la dénonciation

Freins	Leviers
- Honte de la maltraitance vécue - Peur de perdre un service - Colère - Peur de blesser - Perte d'énergie - Absence de personne proche à qui se confier	- Présence d'un proche, ami ou voisin pour en parler - Conséquences trop grandes - Atteinte des limites de la personne - Connaissances des services d'aide et de soutien - Risque d'incidents dommageables pour la santé - Volonté de collectiviser / éviter que d'autres vivent la même chose

5.4.1 Freins à la demande d'aide ou à la dénonciation

Le frein le plus fréquemment nommé par les participants est la honte de ce qui est advenu. Dans le cadre de cette recherche, la honte est d'abord liée au fait que d'autres connaissent les détails de ce qui est arrivé :

Mais, on a une certaine gêne de le dire, hein ? Les gens ne me connaissent pas comme ça. Alors là, là... Quelqu'un : « Comment ça va ? », « Ça va bien », [...] C'est comme (réflexion)... Je ne vais pas publier ça dans les journaux, hein ? (Participant 11).

Il y a une crainte que le regard d'autrui change s'ils sont informés de la situation : « Eux autres, me connaissent comme une fille forte, aussi. Ils n'auraient pas compris que je... je supporte ça, finalement. Moi, c'était la peur de baisser dans leur estime, je pense, qui m'habitait aussi. » (Participante 2).

Certains participants confient ressentir de la honte à ne pas avoir su mobiliser leurs acquis professionnels antérieurs, en se disant que cela aurait dû les aider à prévenir, voire à échapper à la maltraitance :

Tu as honte. Et moi, ils savent que j'ai, de quel milieu... Alors, une professionnelle spécialisée comme moi, après moi, il n'y en avait plus de professionnels, dans mon milieu à moi. Que moi, je me sois fait *bardasser* deux fois, pas juste ! Deux fois ! [...] Je connais les gamiques, je ne peux pas me faire pagner là-dedans, là. Tu as honte, tu ne dis pas un mot. (Participante 2).

Le deuxième frein à la demande d'aide ou à la dénonciation mentionné par quelques participants est la peur de perdre un soin ou un service. Cela est particulièrement soulevé lors de situations de maltraitance causées par un dispensateur de soins ou de services pour pallier leur incapacité. Cette maltraitance, et la crainte que le soin ou service ne cesse si elle est dénoncée, menacent le fonctionnement quotidien, notamment l'accompagnement pour faire les courses ou l'évaluation en vue du renouvellement de la vignette de stationnement pour une personne handicapée.

Mais là, j'avais peur de changer de fille [accompagnatrice aux courses d'un organisme d'économie sociale], pour avoir, je ne sais pas... Tu sais, quand ça fait dix ans et demi que tu es avec elle. (Participante 1).

Je me suis laissée maltraiter et je ne l'ai pas foutu dehors. Mais, j'avais besoin de ce papier-là [évaluation pour renouvellement de la vignette de stationnement pour personne handicapée]. (Participante 2).

La colère suscitée par la maltraitance vécue constitue aussi un frein à la demande d'aide nommé par une participante. Cette colère l'a menée à se refermer sur elle-même :

J'en ai parlé à ma fille, mais je n'en parlais pas tellement aux gens. J'étais plutôt une femme très, très fâchée en dedans. [...] Très agressive. Et puis là, je m'en allais. Tu sais ? Je marchais dans le corridor, des fois je prenais un livre, je l'amenais dans (hésitation) le salon. (Participante 9).

Une participante a mentionné la peur de blesser la personne maltraitante (ici son conjoint) comme un frein à la demande d'aide :

J'avais trop peur de le perdre, mais en même temps, de le blesser. Je trouvais qu'il était assez blessé. Puis, j'ai joué cette... J'ai joué cette carte-là tout le temps. Ne pas le blesser, parce qu'il avait été assez blessé. (Participante 7).

Ensuite, la perte d'énergie face à la situation de maltraitance est nommée comme un frein à la demande d'aide ou à la dénonciation et aux autres types de démarches :

Ça me demandait trop d'énergie. De revivre cela, de repenser à ça... Une deuxième fois? Elle était supposée être là pour m'aider, puis... Que là, là, écoutez, je n'ai jamais pu appeler. C'est pour cela que je vous dis qu'à la longue, on ne peut plus. [...] On ne peut plus se battre là-dedans. Ça nous écrase. (Participante 2).

Finalement, le dernier frein à la demande, nommé par une seule personne, est l'absence d'une personne proche à qui se dévoiler :

[...] je me retrouvais à me centrer sur moi, puis à me dire « Bien non, bien non! Tu sais... C'est toi qui n'es pas correcte. C'est toi qui ne fais pas les bonnes choses. » Donc, au fond, j'en ai parlé... Je n'ai pas beaucoup... Je n'ai pas beaucoup ouvert. Parce que la personne que je voyais tout le temps, c'était [nom du conjoint], finalement. Je ne voyais pas une tonne d'autres personnes. (Participante 7).

D'ailleurs, cette absence de proche peut être mise en relation avec la honte de ce qui est vécu. Ainsi, dans le cas de la participante 7, le fait de vivre de la honte ou de la culpabilité liée à la maltraitance subie peut limiter l'élan nécessaire pour en parler à ses proches. Cette absence de personne proche à qui se confier s'ajoute aux freins à la demande d'aide et à la dénonciation identifiés dans la littérature.

Ce frein suggère qu'il puisse y avoir une plus grande difficulté à demander de l'aide ou à dénoncer chez les personnes âgées ayant des incapacités vivant seules.

5.4.2 Leviers à la demande d'aide ou à la dénonciation

Les participants ont souligné plusieurs éléments les ayant aidés à formuler une première demande d'aide ou à dénoncer.

La présence d'un proche, d'un ami ou d'un voisin a été un levier soulevé par la quasi-totalité des participants (n = 10) et cela a favorisé leur *empowerment*. Cette présence d'une personne de confiance dans leur réseau informel, donc d'une aide pouvant être qualifiée d'« informelle », joue un rôle essentiel dans la demande d'aide. Cela va de l'écoute au soutien, en passant par la prise en charge dans certains cas où la personne maltraitée est incapable de faire elle-même les démarches (en particulier dans les cas de troubles de mémoire ou de déficience intellectuelle). Par exemple, la participante 1 se réfère à son fils pour toutes les situations de maltraitance vécues et il la guide dans les démarches formelles :

Je lui en ai parlé, je lui ai dit : « Il va falloir que tu appelles la [nom d'un organisme communautaire] pour leur expliquer la situation. » J'ai dit : « Ça, c'est de la maltraitance pure et simple. », parce que si elle ne le faisait pas, c'était moi qui le faisais. (Fils de la participante 1).

Dans les cas où la maltraitance est vécue par un couple, les conséquences pour soi et pour autrui constituent un levier pour effectuer une demande d'aide, pour dénoncer ou pour passer à l'action : « Mais, j'ai dit : "On a été agressé tous les deux, puis la manière qu'il nous a traités, c'est comme si on n'est pas important pour lui", bien j'ai dit "On va changer de place." » (Participante 8).

Pour nombre de participants, l'intensité des conséquences vécues stimule la demande d'aide ou la dénonciation : « Puis là, là, dans ta tête, là, tu viens tellement bouleversée, puis tu n'oses pas en parler. Puis là, tu ne peux plus vivre au bout d'une semaine, alors là, tu parles à quelqu'un. » (Participante 2).

La nervosité constante et le désir d'atténuer les conséquences à la suite de la maltraitance peuvent mener à effectuer une demande d'aide ou à dénoncer : « [...] j'étais devenue tellement, tellement sur les nerfs, j'ai dit "Non, je ne vivrai pas ça, moi à 75 ans, être sur le qui-vive tout le temps." ». (Participante 9).

Certains participants ont d'abord tenté de régler la situation par eux-mêmes, notamment en tenant un dialogue avec la personne maltraitante ou l'organisme maltraitant, mais les barrières rencontrées les ont amenés à demander de l'aide ou à dénoncer. Ce fut notamment le cas pour la participante 8, qui tente de discuter avec le directeur de service de la RPA afin de trouver un terrain d'entente, sans résultat, l'amenant ainsi à demander de l'aide et à porter plainte.

Le fait de rapidement considérer les gestes maltraitants comme étant intolérables motive des participants à demander de l'aide :

Je lui ai dit : « Je garantis que je me débarrasse de toi. » J'ai dit : « Là c'est clair et net que je ne veux plus rien savoir de toi. » C'est vrai que j'ai la parole... Alors là, j'ai appelé, j'ai fait une plainte [...] (Participant 1).

Pour d'autres, la demande d'aide se produit lorsque le sentiment d'être allé au bout de ses démarches de négociation s'empare de la personne maltraitée :

En tout cas, j'ai dit : « Est-ce que c'est une *joke*? » Oh, elle dit : « Non monsieur. » Bien je dis « là », je dis : « Madame », je dis : « Je pense qu'on va arrêter notre [...] conversation, puis même, l'échange de service entre vous et moi, parce que », je dis... Quand j'ai appelé ce coup-là, dans ma tête à moi, avec toutes les fois que j'avais (hésitation) appelé, sollicité de l'aide, attendu, attendu... Quand j'ai appelé ce coup-là, dans ma tête à moi, c'était : « C'est fini! C'est fini! » À un moment, donné, tu prends une décision, là! (Participant 3).

La connaissance des services constitue un autre levier à la demande d'aide ou à la dénonciation. Par exemple, la participante 8, une fois informée de l'existence de la ligne téléphonique Aide Abus Aînés, a prestement demandé de l'aide et a informé une autre dame de la même RPA (la participante 9) :

Et puis, c'est elle [Participante 8] qui m'a donné... Et moi, ce n'est pas resté dans l'oreille d'une sourde. Quand elle m'a donné le numéro de – je n'ai pas dit un mot. Quand elle m'a donné le numéro des plaintes, là, ah bien j'ai dit « Attends un peu. Je pars » [...] J'ai appelé tout de suite. (Participant 9).

Ensuite, le risque d'incidents dommageables pour la santé est souligné par certains participants comme levier à la demande d'aide ou à la dénonciation. Par exemple, la participante 1 a rapidement porté plainte à l'[intervenant du réseau public en gestion des plaintes] à la suite d'une situation de maltraitance la mettant en danger. Effectivement, l'absence d'une bande antidérapante sur sa plateforme élévatrice constituait un enjeu pour sa sécurité. Ainsi, une demande d'aide a été hâtivement faite pour prévenir un événement aux possibles conséquences néfastes (dans ce cas-ci, se faire frapper par un véhicule) :

Bien oui, parce que je descends mon pied. Alors je descends avec mon pied. S'il n'y a pas de *strap*, bien on va en aller jusqu'au chemin. Puis là, s'il y a une auto. [...] S'il y a une auto, c'est glissant l'hiver, s'il y a une auto qui arrive je m'en vais directe au chemin, là (soupir). (Participant 1).

Pour certains participants, la demande d'aide ou à la dénonciation s'inscrit dans une visée de justice sociale, soit la quête de valeurs importantes : « Je n'attends aucune récompense, rien ! Mais, par contre, j'ai dit : "Il faut que la vérité et la justice soient vainqueurs du mensonge et de l'exploitation et de tout ça." » (Participant 5).

Pour ce participant, bien que la maltraitance soit terminée, la poursuite des démarches judiciaires vise à ce que la vérité soit connue, en vue de conclure cet épisode dans sa vie.

Finally, certains leviers à la demande d'aide ou à la dénonciation découlent de motivations altruistes et dépassent le besoin de mettre fin à la situation de maltraitance. Effectivement, plusieurs participants ont nommé la volonté de collectiviser leurs démarches comme levier à leurs actions. Ainsi, les démarches entreprises par les participants visent non seulement à les sortir de leur situation de maltraitance, mais aussi à prévenir la maltraitance afin que d'autres personnes n'aient pas à subir de telles situations. Cela témoigne d'une action de défense des droits collectifs. Par exemple, la participante 9 effectue une plainte contre le directeur de service de la RPA, pour les autres résidents plus que pour elle-même, puisqu'elle a déjà quitté le milieu :

Je trouve ça déplorable pour mes... Pour mes confrères, mes consœurs qui sont là et qui ne sont pas aptes à se défendre. Mais, ça je me suis dit : C'est dans les mains du bureau de l'abus des aînés. [...] Et puis quand elle, madame [intervenant du réseau public en gestion des plaintes] m'a dit « Il est sous surveillance », donc je me dis que ces gens-là sont protégés. (Participante 9).

5.5 Trajectoires de services et leur appréciation

L'analyse des trajectoires de services des 18 situations de maltraitance a d'abord permis de constater qu'il est quasi impossible de tracer une trajectoire type de service. Cette trajectoire varie selon la situation, la personne maltraitée et l'organisme ou personne maltraitante. Les trajectoires de services comprennent quatre types d'acteurs. Ceux rattachés au secteur public, au secteur privé, au secteur communautaire et au réseau d'aide informelle⁴.

Dans une visée d'amélioration des services et de production de recommandations pour la pratique, il a été convenu de nommer les différents acteurs ayant œuvré auprès des participants de ce projet dans le but de mettre fin à la maltraitance. Les bons et mauvais coups de ces acteurs permettent de proposer des éléments concrets d'amélioration des services offerts aux personnes âgées ayant des incapacités, tout en identifiant les acteurs clés dans la demande d'aide en situation de maltraitance. Néanmoins, par souci d'anonymat des participants, les noms des organismes eux-mêmes maltraitants ou qui emploient des intervenants qui ont posé des gestes de maltraitance ne sont pas dévoilés.

Le tableau 17 expose l'inventaire de tous les services que les participants ont sollicités pour se sortir de la situation de maltraitance psychologique ou financière vécue. Cet inventaire permet de constater que beaucoup de services du secteur public sont susceptibles d'être sollicités, suivi par les services du secteur communautaire et ceux du secteur privé. Néanmoins, il ne faut pas conclure que tous ces services ont été très actifs. Certains ont joué un rôle minime et par moment décevant aux yeux des participants. Bien que la liste des personnes qui ont apporté une aide informelle soit plus courte, le rôle central de ces acteurs dans plusieurs trajectoires de services est primordial. Finalement, la longueur de la liste pour chacun des secteurs reflète l'ampleur des possibilités et non la fréquence de recours ou l'importance de l'aide apportée.

⁴ Ces secteurs et ce réseau ont été définis à la section 5.2.2.

Tableau 17 : Inventaire des services d'aide sollicités pour faire face aux situations de maltraitance vécues

Secteur public	Secteur communautaire	Secteur privé	Aide informelle
Autorité des marchés financiers Clinique juridique de l'Université de Sherbrooke Commissaire à l'information Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services Commission des droits de la personne Cour des petites créances Centre de réadaptation Représentant légal public Employé du stationnement de l'hôpital Ligne Aide Abus Aînés Médecin (famille, hôpital, spécialistes) Office de la protection du consommateur Protecteur du citoyen Programme PAIR Régie des rentes du Québec Services policiers Travailleuses sociales (CLSC, CHSLD, Hôpital)	Association coopérative d'économie familiale de l'Estrie (ACEF) Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR) Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) Organisme communautaire de soins et services à domicile Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) DIRA-Estrie Entreprise d'économie sociale Équijustice Estrie-Aide La Cordée Maison des Grands-Parents Sercovie Rose des vents	Animateur connu d'une station de radio Avocat Avocat (service Probono) Clinique juridique des aînés Concessionnaire automobile Employés de la résidence privée Institution financière Notaire Propriétaire d'appartement	Amis Colocataire Conjoint(e) Fils / Fille Frères et sœurs Nièce Voisinage

5.5.1 Quelques tendances communes dans les trajectoires de services

Des différentes trajectoires de services se dégagent quelques tendances communes aux participants.

Tout d'abord, l'aide informelle est grandement présente, ce qui montre son importance pour les participants. Dix des onze participants reçoivent de l'aide informelle à un moment ou un autre de leur trajectoire de services, soit dans 13 des 18 situations. Ce soutien varie grandement selon le degré d'engagement des proches. Certains proches offrent une écoute ponctuelle en lien avec la situation de maltraitance. Par exemple, les amis de la participante 2 lui offrent leur écoute à la suite de la maltraitance vécue. Dans d'autres situations, certains proches ont une grande implication auprès de la personne aînée, que ce soit en faisant des démarches concrètes pour mettre fin à la maltraitance ou en étant une présence soutenance constante. Par exemple, la sœur de la participante 4 prend en charge complètement les démarches pour mettre fin à la maltraitance. Six participants bénéficient de ce type de soutien de la part d'un proche significatif qui s'engage grandement dans leur trajectoire de services. La littérature est muette quant à l'aide informelle dans la trajectoire de services en situation de maltraitance, indiquant une invisibilité qui empêche de saisir son importance. La recherche actuelle offre ainsi un premier tour d'horizon de cette aide.

En matière de services, les secteurs publics et communautaires ont été particulièrement sollicités dans les démarches pour mettre fin aux situations de maltraitance. Trois acteurs sont centraux et nettement plus mobilisés que les autres. Par soucis de transparence et puisque les intervenants de ces services ont majoritairement été appréciés dans leurs actions, nous faisons le choix de les nommer. Il s'agit des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du RSSS, des travailleurs sociaux du RSSS ainsi que de DIRA-Estrie [organisme communautaire spécialisé dans la lutte contre la maltraitance]. En effet, au moins un de ces services a été utilisé par dix des onze participants, plus spécifiquement, dans 13 des 18 situations de maltraitance, illustrant la pertinence de leurs actions.

Dans les contextes où la personne est incapable d'entreprendre des démarches par elle-même en raison de ses capacités cognitives, telles les participantes 10 et 4, quelques acteurs jouent des rôles essentiels pour mettre fin à la maltraitance. Pour ces deux personnes, le soutien a été reçu dans un cas de la part du secteur public (intervenant social) et dans l'autre du réseau informel (sœur). Ces deux situations mettent en lumière le caractère essentiel d'un accompagnement et d'une prise en charge plus globale, à défaut de quoi la situation peut perdurer longtemps.

La ligne Aide Abus Aînés a été utilisée dans trois situations de maltraitance par trois participants distincts. À chaque fois, cet organisme a agi à titre de référence pour diriger les participants vers les ressources régionales appropriées selon leurs besoins. Entre autres, les intervenants de la ligne ont guidé les participants vers les services de l'[organisme communautaire spécialisé dans la lutte contre la maltraitance] et de l'[intervenant du réseau public en gestion des plaintes], ce qui a été très positif dans la résolution de la situation de maltraitance.

De plus, différents acteurs jouent des rôles ponctuels dans la trajectoire de services, œuvrant sur un aspect plus particulier de la situation de maltraitance. Ces acteurs proviennent du secteur privé (avocats, notaires, institutions bancaires, etc.), du secteur public (services policiers, médecins, Régie des rentes du Québec, etc.) et du secteur communautaire (Centre d'accompagnement et d'assistance

aux plaintes, Centre d'aide aux victimes d'actes criminels, etc.) C'est le cas, par exemple, d'une institution bancaire qui a sécurisé les comptes de la participante 10 et de son conjoint.

Les services privés ainsi que les organismes communautaires spécifiques aux personnes ayant des incapacités ont été peu utilisés par les participants en situation de maltraitance. De leur côté, bien que les services policiers n'aient été utilisés qu'une seule fois (participant 5), ils sont considérés comme une option de réserve par deux autres participants, soit la participante 2 et le participant 3, si jamais la situation ne se réglait pas. Par exemple, la participante 2 indique que, lors de deux situations de maltraitance distinctes, elle a considéré appeler les services policiers pour faire quitter les personnes maltraitantes de son domicile. Les services policiers sont perçus de façon positive par ces trois participants.

Un bon nombre des situations de maltraitance relatées par les participants ont été commises par des employés ou des bénévoles de certains services. Dans ces situations, plusieurs participants ont contacté la personne responsable de cet organisme afin de rapporter la maltraitance vécue et y mettre fin. En réponse à cette démarche, la grande majorité des organismes ont réagi rapidement pour que le participant ne soit plus en contact avec la personne maltraitante, mais aussi pour éviter un bris dans l'offre de services. Par exemple, la participante 2 a contacté l'entreprise de soutien à domicile pour que soit remplacée une employée maltraitante. Des actions ont vite été posées : assignation d'une nouvelle aide au ménage, et rupture du lien avec l'employé maltraitant. Bien entendu, il importe ici d'apporter des nuances qui semblent aller de soi, en posant clairement que la présence d'un employé maltraitant au sein d'un organisme ne signifie pas que l'organisme est lui-même maltraitant.

5.5.2 Appréciation des services

Le peu de recherches donnant parole aux personnes âgées ayant des incapacités et ayant subies de la maltraitance résulte en un manque de connaissances sur l'appréciation des services par cette population. Seuls deux articles relatent des travaux de recherche ayant donné la parole à des personnes âgées en situation de maltraitance. Les résultats de la recherche actuelle mettent donc en valeur le point de vue des participants sur les services publics, privés ou communautaires qu'ils ont reçus dans le cadre de leurs démarches pour mettre fin à une situation de maltraitance.

Lors des entrevues, les participants étaient invités à partager leur satisfaction face aux services reçus dans les démarches pour mettre fin à la maltraitance. Le tableau 18 présente les éléments de satisfaction et d'insatisfaction des participants face aux services reçus à différents moments de l'accompagnement, soit lors du premier contact, lors de l'accompagnement et à la fin du suivi.

Tableau 18 : Satisfactions et insatisfactions des participants face aux services reçus

Satisfactions	Insatisfactions
Lors du premier contact : - Rapidité du premier contact et disponibilité pour aider la personne - Intervenant accueillant - Reconnaissance de l'expérience de maltraitance - Écoute active et soutien - Repérage rapide de la maltraitance - Déculpabilisation face à la maltraitance vécue - Confiance envers les services déjà présents avant la demande d'aide et connaissance de l'intervenant préalable à la demande d'aide (lien de confiance déjà présent) Lors de l'accompagnement : - Reconnaissance des expériences, capacités et limites de la personne - Accompagnement dans les démarches judiciaires, auprès des personnes maltraitantes, processus de plaintes, etc. - Proactivité de l'intervenant dans les démarches (proposition de démarches à faire) - Valorisation des démarches déjà faites - Suivis et explications données sur les différentes démarches - Inclusion de la personne dans les démarches (agir « avec » et non « pour ») - Défense de droits - Visite au domicile / en personne pour discuter de la situation À la fin du suivi : - Réponse aux besoins - Maintien du suivi ou porte ouverte advenant d'éventuels besoins - Référencement, transferts de dossier lorsque l'organisme ne peut répondre au besoin vu une limite dans les services - Mise en place de mesure de protection	Lors du premier contact : - Délais / processus trop long - Premier contact difficile - Manque de soutien et de compassion Lors de l'accompagnement : - Absence ou difficultés communicationnelles - Pas de prise de responsabilité pour mettre fin à la maltraitance - Manque d'explications sur le suivi À la fin du suivi : - Besoin non répondu ou arrêt du service sans résolution - Limitation dans l'offre de services

Un des premiers éléments qui affecte la satisfaction ou l'insatisfaction face aux services concerne l'accueil et les approches communicationnelles et relationnelles des acteurs recevant un dévoilement de situations de maltraitance. Sachant combien il peut être demandant d'effectuer une demande d'aide à un service, le premier contact s'avère un élément essentiel pour les participants. Un bon premier contact s'inscrit dans la disponibilité de l'intervenant et l'écoute selon le participant 11 :

Elle est venue ici me rencontrer une première fois. On a dû être quatre heures, certain. Je lui ai tout raconté ce que je vous ai raconté, puis peut-être un peu plus dans les détails. Et je lui ai montré les documents en plus de ça. Les polices d'assurance, je les avais. Je lui ai montré. J'ai tout montré à... Tout ce que je pouvais lui montrer. [...] Et même, je lui ai laissé des copies de différentes affaires. Alors, c'est comme ça que ça a commencé avec elle. [...] Elle a pris le temps, elle n'était pas pressée. Elle a pris le temps qu'il fallait pour qu'on passe à travers l'histoire. (Participant 11 à propos de l'[organisme communautaire spécialisé dans la lutte contre la maltraitance]).

La reconnaissance de l'expérience lors du premier contact ainsi que la disponibilité des acteurs sont des éléments essentiels pour offrir un service satisfaisant et diminuer la culpabilité ou la honte :

Elle [Intervenante du RSSS] avait vu, là, que j'étais bouleversée puis que je ne dormais plus, puis que j'étais nerveuse. [...] moi je lui disais : « Est-ce que c'est moi qui ai mal compris? Est-ce que c'est moi? Ça ne se peut pas! » Elle a dit : « Non, non, ce n'est pas vous. Rassurez-vous. Quand j'ai parlé au patron, il y a eu plusieurs plaintes. » « Ah bon, ok, ce n'est pas moi ». Parce qu'on pense tous cela. (Participant 2).

L'écoute offerte à la personne est l'un des éléments clés d'un service satisfaisant pour plusieurs participants, comme le montre la participante 7 :

Oui, moi, dans mon cas à moi, en tous cas, ça a été vraiment quelque chose qui m'a donné une motivation, qui m'a dit « Bien là, j'ai rencontré quelqu'un qui m'écoute. Puis, j'ai rencontré un organisme dans lequel je vais pouvoir m'impliquer, puis me sentir bien ». Puis, quand je suis sortie de là, j'étais soulagée. J'avais fait le pas qu'il fallait pour m'en sortir. (Participante 7).

Les suivis et les explications sur des démarches entreprises ont été appréciés par les participants :

Puis, avec le [intervenant du réseau public en gestion des plaintes], bien, écoutez. Je n'ai pas eu l'impression que j'étais toute croche, là. Puis, il est tellement fin, ce monsieur-là. Tu sais, il me rappelait, il me tenait [au courant] du suivi. Puis il a confirmé bien des choses qui... qui faisaient que, non, regarde, ce n'était pas moi [...]. (Participante 2).

À l'opposé, l'impossibilité de créer un premier contact avec une personne est peu appréciée : « J'ai pitonné, là... Tu sais, j'ai été (hésitation) des fois, j'étais deux ou trois heures, là, puis là, j'appelais...

Mais, tu sais, aujourd'hui les communications, *Ostie*, on se dit qu'on est à l'ère des communications. Eh! » (Participant 3).

Ensuite, des difficultés communicationnelles ou l'absence de communication avec la personne qui reçoit la demande diminuent grandement la satisfaction des participants, entre autres, lorsqu'un manque d'empathie est ressenti :

Puis, elle m'a même dit (hésitation) quelque chose comme « Tu as un bac [nom de la discipline], tu devrais », puis je me souviens de la phrase, puis j'avais trouvé ça vraiment moche. Elle m'avait dit « Tu as un bac en [nom de la discipline], tu devrais trouver tes solutions toi-même ». (Participant 7).

L'impression de ne pas être crédible peut faire en sorte que la personne qui demande de l'aide se sent seule face au système, comme dans le cas de la participante 4 :

Non, non, non, non, non, non... Au [nom du centre de réadaptation], là, je n'ai pas eu – je n'en ai pas eu pantoute. Je n'ai pas eu pantoute quelqu'un de mon bord. Même la direction le disait, « Bon, c'est votre parole contre la sienne... Contre la dame... » (Rire), Mais elle ne l'avait jamais vu cette famille d'accueil-là, elle. (Sœur de la participante 4).

Les participants expriment leur besoin de comprendre ce qui mène ou non à entreprendre des démarches. Ainsi l'inaction non expliquée suscite des insatisfactions. Cela rappelle l'importance d'une réponse claire, détaillée de ce qui sera fait ou de ce qui ne peut pas être fait. Dans les cas où la limite de l'offre de services est atteinte ou qu'une action est impossible, le transfert ou le référencement à un autre organisme est essentiel pour éviter une coupure de services :

Elle m'a référé... C'est elle qui m'a dit « Vous devriez appeler un tel, un tel à [nom d'une ville du Québec]. Les étudiants, peut-être ». Et c'est elle qui m'a donné le numéro de téléphone de ça. Dans ce sens-là, elle m'a aidé. [...] Puis elle m'a dit aussi d'appeler à [nom d'une ville du Québec]. C'est elle qui m'a donné le numéro, ici [nom d'un organisme communautaire spécialisé dans la lutte contre la maltraitance]. Oh, oui. Mais elle ne pouvait pas, elle, s'occuper de ça. (Participant 11 à propos des services d'un organisme public de lutte contre la maltraitance).

Bien que la majorité des intervenants des services publics, privés ou communautaires aient été accueillants et écoutants, ils ne sont pas toujours en mesure d'agir pour régler la situation exposée. Des participants ont souligné un manque de réponse à leurs besoins, ce dernier découlant d'une limite de l'offre de services de l'organisme ou d'un manque de compréhension de leurs besoins par l'intervenant. En ce sens, une participante déplore notamment que l'intervenant rencontré ne se soit pas assuré d'avoir compris ses besoins, ce qui l'amène à suggérer que les personnes qui font une demande d'aide spécifient les objectifs du soutien attendu (ce qui risque d'ajouter un fardeau aux personnes ayant vécu de la maltraitance) :

Tu sais, ce que moi je viens chercher (hésitation) au [nom d'un organisme du RSSS]? Qu'est-ce que je viens chercher comme aide? Qu'est-ce que j'ai besoin? Tu sais, c'est quoi... Tu sais, moi... Après le deuil, là, je n'avais pas fini de perdre confiance en moi, là. (Participant 7).

Les propos du participant 11 illustrent la nécessité de reconnaître l'expérience de la personne et de faire preuve d'empathie à son égard afin d'éviter des frustrations, notamment en contexte de deuil :

Je pense que quand un malade s'en va à [nom d'un organisme], il s'en va en fin de vie, hein ? Normalement, il ne sort pas, lui, là. Il est en fin de vie. Alors... Ils devraient prendre toutes les précautions du monde... Pour ne pas... Pour ne pas (réflexion)... Je ne sais pas comment le dire, mais pour ne pas réellement frustrer... (Participant 11).

Dans l'art d'accompagner une personne âgée ayant des incapacités à la suite d'une situation de maltraitance, la proactivité de certains intervenants a été particulièrement appréciée. Les participants soulignent des comportements tels que l'écoute, la guidance, les recommandations, voire un passage à l'action avec eux ou pour eux. Par exemple les participantes 4 et 10 nécessitaient une action plus soutenue de la part des intervenants en raison de leur limitation cognitive. Ce faisant, la sévérité de l'incapacité peut affecter la capacité à effectuer des démarches pour mettre fin à la maltraitance, qui elle, peut être influencée par l'énergie que peut y mettre le participant.

5.5.3 Coordination des services

Les participants n'ont pas tous une compréhension claire comment les services qu'ils ont reçus ont été coordonnés. Plusieurs d'entre eux, en faisant eux-mêmes beaucoup de démarches, peuvent avoir le sentiment d'avoir occupé un rôle central de coordination, du moins dans la recherche de services. Néanmoins, dans les 18 situations relatées, il est possible de mettre en lumière que certains acteurs sont plus centraux que d'autres dans la coordination des services.

D'abord, sans faire de coordination directe, l'[organisme public de lutte contre la maltraitance] a fait du référencement vers des organismes publics ou communautaires de la région, soit en donnant les numéros de téléphone de services régionaux au participant 11 ou en faisant un lien direct avec le [intervenant du réseau public en gestion des plaintes] pour les participantes 8 et 9.

Dans les services publics, les intervenants sociaux jouent souvent un rôle de pivot au sein des services publics ([intervenant du réseau public en gestion des plaintes], directeurs de services, autres intervenants). De plus, certains participants ont reçu le soutien de leur travailleur social dans des démarches les menant vers les secteurs privés et familiaux, telles des collaborations avec les institutions bancaires et les proches de la personne en situation de maltraitance.

Les services policiers ont agi en coordination dans une situation de maltraitance, en travaillant en équipe avec les services de [organismes spécialisés en regard de la situation vécue par les participants]. Des liens avec le secteur privé peuvent aussi être faits, par exemple, lorsque les services policiers ont contacté une institution bancaire pour sécuriser les comptes du participant 5.

La coordination peut aussi être assurée par des organismes communautaires. En Estrie, l'[organisme communautaire spécialisé dans la lutte contre la maltraitance] est décrit par les participants comme un pilier pour la coordination des services de lutte contre la maltraitance, créant des liens entre la personne vivant la maltraitance, les services publics (services de police), privés (avocats) et communautaires (divers organismes spécialisés en regard de la situation vécue par les participants).

5.6 Analyses secondaires liées à l'*empowerment* et à la résilience

Comme mentionné précédemment, la résilience émerge dans plusieurs processus d'adaptation des participants, au-delà des conséquences néfastes à court et à long terme (section 5.3.1.3). De son côté, l'*empowerment* se manifeste notamment comme un levier à la demande d'aide (section 5.4). En plus de ces constats, trois tendances sont ressorties des analyses quant à la réaction des participants face à la reconnaissance de la maltraitance et à la demande d'aide. Avant de les présenter, mentionnons d'abord que ces tendances sont tributaires d'interactions entre les facteurs de vulnérabilité, de risque et de protection. Ce faisant, une même personne aînée peut réagir différemment et ne pas se positionner dans la même tendance selon la situation.

Les trois tendances émergeant de l'échantillon se déclinent comme suit :

- La **tendance A** comprend les personnes aînées qui ont besoin qu'un proche ou qu'un professionnel veille à leur sécurité psychique, physique et financière, et qu'il puisse reconnaître les situations de maltraitance pour effectuer les démarches nécessaires à la demande d'aide avec elles (si possible) ou à leur place.
- La **tendance B** constitue quant à elle les personnes aînées qui ont besoin de la présence d'un proche pour reconnaître la situation de maltraitance ou pour les aider à trouver la motivation et la force d'entreprendre des démarches de dénonciation ou de demande d'aide.
- Enfin, la **tendance C** représente les personnes aînées complètement autonomes dans le processus de dénonciation de la situation de maltraitance et la demande d'aide.

Plus spécifiquement, la **tendance A** est celle des personnes aînées ayant des incapacités et dont la défense des droits doit être initiée, voire complètement prise en charge, par un ami, un membre de la famille ou un professionnel. Cet intermédiaire entamera le processus de dénonciation de maltraitance et les démarches visant à assurer la protection de la personne aînée ayant des incapacités, tout en respectant son autonomie psychologique. Autrement dit, il tiendra compte de la possibilité qu'elle ait à faire des choix en fonction de ses valeurs, de ses besoins et de ses préférences.

Dans le cadre de cette recherche, la condition des participantes 4 et 10, caractérisée par des incapacités permanentes à gérer leurs biens et leur patrimoine, illustre bien cette tendance. Toutes deux ont eu besoin de la présence d'un tiers pour repérer et dénoncer les situations de maltraitance et poser des gestes pour les faire cesser.

Par exemple, la participante 4 insiste sur l'importance de la présence de sa sœur qui a fait plusieurs démarches pour assurer sa protection dans les familles d'accueil où elle était hébergée : « Une chance que je l'ai, ma sœur, parce que je ne sais pas ce que je ferais. » (Participante 4). La sœur de la

participante a entrepris des démarches auprès de plusieurs instances pour porter plainte à la suite des multiples événements de maltraitance. Elle a fait preuve d'*empowerment* pour la recherche d'aide et pour défendre sa sœur. Toutefois, assurer la protection de quelqu'un n'est pas sans conséquence pour la personne qui en assume la responsabilité : « Pendant quatre ans, là. (Rire) Ça ronge quelqu'un. » (Sœur de la participante 4).

La participante 10 a pour sa part eu la chance de bénéficier de la vigilance et perspicacité d'une travailleuse sociale pour assurer sa protection et sa défense : « On s'est rendu compte, quand on a fait des vérifications avec [l'institution bancaire], qu'elle prenait vos sous, à vous et à votre mari? » (travailleuse sociale de la participante 10). Avec l'approbation de la participante 10, la travailleuse sociale a donc contacté l'institution bancaire pour que madame soit protégée.

La **tendance B** est celle où la présence d'une personne du réseau informel ou formel est déterminante pour agir comme point de bascule et inciter la personne à entreprendre les démarches de demande d'aide. En quelque sorte, la personne a besoin de la stimulation d'une personne extérieure pour faire preuve d'*empowerment* et favoriser la résilience dans son processus d'adaptation à la situation de maltraitance. Parfois, la personne ayant des incapacités aura eu seulement besoin d'un déclencheur et sera autonome une fois les démarches entamées, d'autres fois, elle aura besoin d'être accompagnée et soutenue tout au long du processus pour garder confiance en son pouvoir d'agir.

Par exemple, des proches (réseau informel) ont favorisé l'*empowerment* de la participante 2 en lui faisant prendre conscience de sa réaction inhabituelle:

Puis, là, quand j'en ai parlé avec mes deux amis d'enfance, ils ont dit : « mais comment ça se fait, (Nom de la participante 2), que tu n'as pas réagi avant? On ne te reconnaît pas, là! » [...] Les amis ont joué un rôle important, dans tout ça. (Participante 2, relatant le comportement de l'[intervenant du RSSS] lors du besoin de renouvellement de sa vignette de stationnement).

Dans le cas de la participante 1, son fils (aide informelle) l'a accompagnée dans les démarches concernant la dénonciation du comportement de l'accompagnatrice de l'entreprise d'économie sociale :

Je lui en ai parlé, je lui ai dit : « Il va falloir que tu appelles la [Nom d'un organisme communautaire] pour leur expliquer la situation. » J'ai dit : « Ça, c'est de la maltraitance pure et simple. », parce que si elle ne le faisait pas, c'était moi qui le faisais. (Fils de la participante 1).

Il lui est aussi arrivé de faire des démarches à la place de sa mère, dans la situation 1 : « Là, il y a fallu que je m'en mêle, parce que, quand la plateforme descendait, ça faisait un boum. Puis, moi, je connais assez les règlements municipaux. » (Fils de la participante 1).

La personne qui agit comme point de bascule peut aussi être une personne qui a vécu une situation semblable à celle de la personne aînée maltraitée. Ce fut le cas lorsque le comportement de la participante 8 a encouragé la participante 9 à dénoncer le comportement du directeur de service de la RPA : « Quand j'ai fait la plainte, c'est parce que j'étais tellement

fâchée. Madame (nom de la participante 8) me disait : "J'ai le numéro de téléphone de l'abus des aînés." » (Participante 9).

Ainsi, la manifestation d'*empowerment* de la participante 8 a permis à la participante 9 RPA d'affronter la situation avec le directeur de service de la RPA.

Un(e) intervenant(e) (dans ce cas-ci du RSSS) peut aussi aider la personne aînée à prendre conscience de la situation de maltraitance et à diminuer sa culpabilité en favorisant la recherche de solutions :

Je pense que c'est un mois plus tard, parce que mon intervenante a été assez bonne. Elle avait vu, là, que j'étais bouleversée puis que je ne dormais plus, puis que j'étais nerveuse. Elle a dit : « Non, non, ce n'est pas vous. Rassurez-vous. » (Participante 2).

L'accompagnement dans les démarches peut aussi se traduire par un soutien émotionnel qui favorise la résilience en diminuant les risques que la personne en situation de maltraitance rumine ses pensées et retourne sa colère contre elle-même :

Et puis, à un moment donné madame (nom de la participante 8), elle a rencontré une travailleuse sociale, madame (nom de la travailleuse sociale du RSSS). Et puis, là son petit nom m'échappe, là. Et puis, j'ai rencontré cette travailleuse-là, cette travailleuse sociale-là. Et puis, là avec elle j'ai pu me défouler un peu. J'ai pleuré, parce que j'étais trop fâchée. (Participante 9).

Il importe également de mentionner que les situations des participants de la tendance B étaient caractérisées par la présence d'un ou plusieurs freins à la demande d'aide présentés dans le tableau 16 (honte de la maltraitance vécue, peur de perdre les services, colère, peur de blesser, perte d'énergie, absence de personne proche à qui parler), d'où la nécessité d'avoir un proche ou un professionnel pour aider la personne à dépasser les freins qui la paralysent.

Les participants qui correspondent à la tendance B avaient aussi une propension à ruminer leurs pensées, à se remettre en question, à se faire des reproches et même à avoir l'impression que la situation de maltraitance était de leur faute : « [...] je me retrouvais à me centrer sur moi, puis à me dire "Bien non, bien non ! Tu sais... C'est toi qui n'es pas correcte. C'est toi qui ne fais pas les bonnes choses." » (Participante 7).

Bien, croyez-le, ne le croyez pas, je me suis laissée faire, parce que je ne savais plus quoi faire. J'avais juste envie de pleurer, ou de le *crisser* dehors de mon appartement [Intervenant du RSSS]. Mais, je me disais : « Ça doit être moi qui ne comprends pas, là. Ça doit être moi qui est trop souffrante, qui a trop de douleurs aujourd'hui, là. Puis qui... » Alors là, je me mettais tout le blâme sur le dos. (Participante 2).

La **tendance C** regroupe les participants qui ont fait preuve d'*empowerment* dans leur demande d'aide, en se tournant eux-mêmes vers les organismes publics, communautaires ou privés. De tels comportements peuvent aussi être rattachés à la résilience, conceptualisée comme un trait faisant

partie de la façon dont la personne réagit à l'adversité. On le remarque par exemple, chez les participants qui sont proactifs et qui restent à l'affût des affiches et des services pouvant leur venir en aide. C'est le cas du participant 11 qui a fait appel à plusieurs services issus des secteurs public, communautaire et privé. Ce même participant fait aussi preuve d'*empowerment* lorsqu'il prend l'initiative de discuter avec les médecins ayant soigné sa conjointe pour avoir leur version des événements.

Le participant 5 illustre aussi la tendance C. Il a notamment décidé de se déplacer dans une ville à plusieurs kilomètres de son domicile, par lui-même, et sans appui d'un membre de son réseau informel ou formel, pour aller rencontrer la personne maltraitante et discuter avec elle de la situation. On décèle aussi de la résilience et de l'*empowerment* chez la participante 8 par sa persévérance à demander de l'aide et pour sa plainte déposée après qu'une rencontre avec le directeur de service de sa RPA n'ait pas réussi à régler la situation.

Néanmoins, le fait de se situer dans cette tendance n'est pas toujours garant d'un dénouement positif à la demande d'aide. Une personne aînée peut faire preuve d'*empowerment*, trouver un service adéquat pour sa situation et continuer de subir les conséquences de la maltraitance. Par exemple, le participant 11 a effectué de multiples démarches pour régler sa situation, mais ressent tout de même une perte de contrôle sur sa vie.

Enfin, les données nous ont permis de constater qu'une personne peut réagir différemment et ne pas se situer dans la même tendance selon la situation. Comme mentionné à la section 5.4, le niveau d'*empowerment* des participants ayant vécu plus d'une situation de maltraitance varie d'une situation à l'autre. C'est le cas de la participante 2 qui, fragilisée par une première situation de maltraitance vécue quelque temps avant, a eu besoin, lors d'une seconde situation de maltraitance, que sa travailleuse sociale du RSSS entreprenne les démarches à sa place. Ainsi, dans la première situation, la participante faisait partie de la tendance C alors que dans la seconde, elle faisait plutôt partie de la tendance A : « Le bouleversement que j'ai subi, parce que je ne reconnaissais pas. Je ne comprenais pas comment ça se faisait que je n'avais pas réagi. » (Participante 2).

Le changement de tendance peut aussi être occasionné par des éléments circonstanciels internes ou externes à la personne, comme une altération de l'état de santé. C'est le cas de la participante 6 qui a été complètement dépendante de sa nièce à cause d'une incapacité physique temporaire. Le fait que la nièce de la participante ait profité de sa vulnérabilité pour lui voler de l'argent et des biens marque l'importance de la présence d'un proche ou d'un professionnel pour protéger les personnes qui se trouvent dans la tendance A (que l'incapacité à gérer ses biens et son patrimoine soit temporaire ou permanente).

6. Discussion

Ce chapitre propose un retour sur les résultats de la recherche sous différents angles. Tout d'abord, une discussion générale est présentée et de nombreux liens sont tissés entre nos constats et ce qui fut exposé au chapitre 3, soit la littérature scientifique. Cela est suivi d'un approfondissement des relations entre la maltraitance, la présence d'incapacités et le vieillissement. Par la suite, les résultats sont mis en perspective avec le modèle MDH-PPH puis, selon une perspective psychologique. La recherche émancipatoire et ses impacts dans la recherche sur les personnes âgées ayant des incapacités sont ensuite exposés. La discussion se termine par un exposé des limites de la recherche.

6.1 Discussion générale

Dans cette première section, cinq thèmes, faisant le lien entre l'état des connaissances et les résultats de cette recherche, sont abordés : la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités, ses conséquences, les freins à la demande d'aide, puis les leviers et les trajectoires de services.

6.1.1 Maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités

Les 11 participants ont rapporté 18 situations différentes de maltraitance vécues au cours des cinq années précédant la collecte de données. Cinq des 11 participants ont vécu deux ($n = 3$) ou trois situations ($n = 2$) de maltraitance au cours de cette période. Bien qu'il soit impossible de tirer des conclusions sur la prévalence de la maltraitance à partir d'un tel échantillon, il est possible de constater que près de la moitié des participants ont vécu plus d'une situation en cinq ans. Alors que le protocole d'entrevue traitait spécifiquement de la maltraitance psychologique et de la maltraitance matérielle et financière, d'autres types de maltraitance ont été évoqués spontanément par les participants. Parmi ceux-ci, on retrouve la maltraitance sexuelle, la maltraitance physique, l'âgisme, la violation des droits et la maltraitance organisationnelle. Cependant, nous aurions fort probablement documenté des situations de maltraitance rattachées à d'autres types que ceux priorisés dans cette recherche si nous avions directement posé la question.

Seules trois des 18 situations relatées ne comprenaient ni maltraitance psychologique ni maltraitance matérielle ou financière. Parmi les 15 situations de maltraitance psychologique ou de maltraitance matérielle et financière, seules trois ne comprenaient que de la maltraitance matérielle et financière et une seule, de la maltraitance psychologique. Toutes les autres situations présentaient des combinaisons de divers types de maltraitance où la plus fréquente, soit dans neuf situations, comprend à la fois de la maltraitance psychologique et de la maltraitance matérielle et financière.

La propension à conjuguer des situations de maltraitance psychologique et financière retrouvée dans cette recherche concorde avec les récents résultats de l'*Enquête sur la maltraitance envers les personnes âgées au Québec 2019 - Portrait de la maltraitance vécue à domicile* (Gingras, 2020 : 14) qui souligne que « [l]es combinaisons les plus fréquentes sont [la] "maltraitance psychologique et maltraitance physique" et [la] "maltraitance psychologique et maltraitance matérielle ou financière", qui concernent respectivement 43 % et 25 % des aînés ayant connu au moins deux types de maltraitance ».

Bien qu'il soit impossible de tirer des conclusions définitives sur la maltraitance psychologique ou financière considérée isolément dans notre étude en raison du nombre limité de situations répertoriées, des éléments spécifiques à la maltraitance financière peuvent tout de même être soulignés.

D'abord, les deux tiers des situations de maltraitance ont eu lieu au domicile des participants. Dans 10 des 18 situations, soit un peu plus de la moitié, les participants associent directement la maltraitance au fait qu'ils aient une incapacité. Dans les huit autres situations, les participants associent la maltraitance soit à l'avancée en âge, à un contexte les rendant plus vulnérables ou à des éléments qui relèvent de la personne maltraitante. De plus, 14 situations de maltraitance ont eu lieu dans un contexte de dispensation de soins et services, soit par un intervenant du RSSS à domicile ou en milieu hospitalier, par un propriétaire ou administrateur de résidence de type familiale (RTF), par un propriétaire de RPA, par un proche aidant ou par des services à domicile du domaine privé, communautaire ou d'économie sociale. Dans les dix situations où les participants (comme la participante 2) ont associé la maltraitance au fait qu'ils aient une incapacité, la maltraitance a été commise dans un contexte de dispensation de soins ou de services liés à la condition de la personne. Sans associer directement la maltraitance vécue à la présence d'incapacité, les participantes 8 et 9 ont subi une augmentation importante du coût de leur loyer sans explication claire ni amélioration aux services offerts. Cela constitue de la maltraitance sur les plans matériel et financier de la part de la direction de service de la RPA dans laquelle elles résidaient. Or, la maltraitance s'est produite dans un contexte où les participantes nécessitent des soins ou des services vu la présence d'incapacité.

Notre recherche montre ainsi l'importance de surveiller la maltraitance qui survient dans ce contexte particulier, soit celui de la dispensation des soins et des services à des personnes ayant des incapacités. En ce sens, nos résultats se distinguent des travaux antérieurs qui se sont attardés au contexte de proche aidance et d'hébergement. Dans notre recherche, la dyade proche aidant et personne aînée aidée ressort dans seulement deux situations de maltraitance, soit chez la participante 10 (sa fille) et la participante 6 (sa nièce). Et encore, il nous faut être prudent, car le contexte de proche aidance pour la participante 6 n'était que ponctuel. La seule situation de maltraitance commise envers une personne vivant en milieu d'hébergement de soins de longue durée (participante 10), n'est pas comparable à la maltraitance documentée dans la littérature scientifique, car elle est commise par la fille de la participante et non par le personnel ou la direction du milieu d'hébergement. Nos résultats proposent donc un éclairage inédit sur la maltraitance vécue par les personnes aînées en situation d'incapacité, soit celle qui se produit à leur domicile (incluant RPA et ressources de type familial), dans un contexte de soins et de services. Autrement dit, derrière des portes closes.

Selon la définition en usage au Québec, la maltraitance peut être intentionnelle ou non. Le type de collecte de données que nous avons choisi ne permet pas d'approfondir l'intentionnalité des dispensateurs de services à domicile. Néanmoins, cela soulève l'importance de former et de soutenir le personnel, professionnel ou non, dans une démarche réflexive qui commande une introspection sur leurs pratiques, jugements, préjugés, etc. La qualité des soins et des services est déterminante pour qu'une personne ayant des incapacités se sente bien dans son environnement et dans son milieu de vie. Le témoignage qui suit l'illustre avec éloquence :

On est trop dépendant d'un système, même si on est en soutien à domicile comme moi. Souvent, les personnes dans ma situation pensent à la mort, parce que, justement, on est dépendantes d'un système qui ne répond pas à

nos besoins. Et puis, en plus, quand on se fait *bardasser* pas mal fort par des employés du gouvernement qui sont supposés nous aider, là madame, ça ne va pas bien dans ce temps-là pour la personne. (Participant 2).

La dépendance à des services pour s'assurer de bien fonctionner au quotidien peut freiner la réaction spontanée lors d'une situation de maltraitance (Ansello & O'Neil, 2010). C'est ce qu'a vécu la participante 2, qui n'a pas osé contredire l'[intervenant du RSSS] lors de la première rencontre, par peur de ne pas obtenir sa vignette de stationnement pour personne handicapée.

Globalement, nos résultats corroborent le fait que la présence de certains types d'incapacités constitue un facteur de vulnérabilité à la maltraitance. Ils appuient également les récents travaux québécois qui constatent que la dépendance fonctionnelle ainsi que l'utilisation de services à domicile constituent des facteurs de vulnérabilité et de risque à la maltraitance (Gingras, 2020). En fait, la quasi-totalité des facteurs de vulnérabilité de la maltraitance globale, de la maltraitance psychologique et de la maltraitance matérielle et financière, synthétisés au tableau 4, a été relevée dans cette recherche (à l'exception des problèmes de comportements reliés aux déficits cognitifs et des troubles de la personnalité).

Plusieurs éléments ressortent aussi sur le plan financier. La notion de dépendance fonctionnelle à autrui ou à un proche aidant, vécues par les participants 4, 6 et 10, est reconnue comme un facteur de vulnérabilité à la maltraitance matérielle et financière (Gingras, 2020; Peterson et al., 2014). Des enjeux de littératie financière ont été soulevés dans quelques situations de maltraitance financière où les participants ont rencontré des enjeux contractuels, assurantiels, légaux ou financiers. Un peu moins du tiers des situations, soit cinq sur 18, impliquent ces enjeux. Des connaissances limitées en la matière et la complexité de ce type de document illustrent la nécessité de formation et de soutien pour les personnes âgées afin qu'elles enrichissent leur littératie assurantielle, contractuelle, légale et financière. Les situations de maltraitance ont aussi mis en évidence l'importance de sensibiliser les intervenants et employés de ces secteurs à la maltraitance financière et à ses indices pour limiter les risques et détecter plus rapidement les situations potentielles de maltraitance. Il est évident que certaines situations de maltraitance auraient pu être évitées par une intervention précoce. C'est le cas, notamment, du participant 5, qui a signé un contrat pour l'achat d'une automobile en son nom pour la personne maltraitante sans avoir reçu toutes les informations préalables de la part du vendeur. En fait, il raconte n'avoir jamais compris qu'il procédait à un achat.

Les déficits cognitifs, largement reconnus comme facteur de vulnérabilité (Anme, 2005; Choi & Mayer, 2000; Conner et al., 2011; Dong, Simon, Rajan & Evans, 2011; Dong, Simon, Beck, & Evans, 2014; Fulmer et al., 2005; Johannesen & LoGuicide, 2013; Racic, Sebrenka, Kozomara, & al., 2006), augmentent les risques de difficultés de gestion des biens et du patrimoine (Hansberry, Chen, & Gorbien, 2005; Walsh et al., 2010). Les résultats montrent que deux des participants ayant des incapacités sévères de type cognitif et une déficience intellectuelle avaient des difficultés à comprendre et à analyser les éléments financiers les concernant. La participante 10 voyait ses comptes bancaires utilisés par une personne maltraitante (sa fille) à des fins personnelles, précipitant la nécessité d'instaurer des mesures de protection publiques. La participante 4, déjà sous un régime de protection, a été confrontée à des enjeux dans la gestion par autrui qui l'ont placée en difficulté financière.

Les difficultés à effectuer la gestion de ses biens et la hausse du risque de maltraitance qui en découle sont notables chez la participante 4 qui a une incapacité de type déficience intellectuelle. Cette dernière a vécu de la maltraitance à maintes reprises tout au long de sa vie et cela n'a pas cessé depuis qu'elle est plus âgée.

Des recherches futures sur la maltraitance envers les personnes âgées ayant une déficience intellectuelle ainsi que sur les expériences de violence ou de négligence multiples chez cette population sont nécessaires afin d'approfondir la compréhension de cette problématique.

L'aptitude d'une personne à gérer ses biens et son patrimoine peut fluctuer, ce qui crée un possible contexte, permanent ou non, de vulnérabilité à la maltraitance (Fulmer et al., 2005; Burnes et al., 2016; Gingras, 2020). C'est le cas de la participante 6, temporairement incapable de gérer ses biens (un déménagement), qui a subi de la maltraitance financière et matérielle par une nièce. De telles situations peuvent faire passer d'une tendance B ou C vers la A, tel que décrit à la section 5.6.

Cette recherche met donc en lumière certains facteurs de vulnérabilité, comme l'inaptitude, temporaire ou permanente, à gérer ses biens et son patrimoine, qui demande une plus grande attention de la part des acteurs œuvrant auprès des personnes âgées.

Tel qu'évoqué dans la présentation des résultats, peu de facteurs de protection face au risque de vivre de la maltraitance se dégagent de cette recherche. Pour cause, les participants ont mis l'accent sur les situations vécues plutôt que sur des éléments intrinsèques ou extrinsèques qui auraient pu les protéger. Ce manque de données s'explique donc, en partie, par les paramètres méthodologiques du projet qui visaient à documenter des cas de maltraitance ayant eu cours durant les cinq dernières années.

6.1.2 Conséquences de la maltraitance

La maltraitance a des conséquences non négligeables, que ce soit sur le plan physique, social, psychologique ou financier (Fang, Yan, Chan, & Ip, 2018; Fulmer, Terry, Rodgers, & Pelger, 2014; Frazão et al., 2014). Plus spécifiquement, les conséquences psychologiques à court (n = 10) et long terme (n = 9), ainsi que les conséquences financières à long terme (n = 7) ont été les plus nombreuses chez les participants. Certaines conséquences graves, tel que les idées suicidaires, la peur de vivre de la maltraitance à nouveau, la faillite, l'endettement, etc., ont des impacts considérables sur la qualité de vie des participants. D'ailleurs, certaines conséquences peuvent aussi constituer des facteurs de risque, comme la diminution de la qualité de vie et la dépression (Fulmer et al., 2014). C'est pourquoi il est important de ne pas les banaliser. Les interventions en contexte de maltraitance devraient donc agir autant sur la situation de maltraitance pour qu'elle s'atténue, cesse et/ou ne se reproduise pas, que sur la reconnaissance et la réduction ses conséquences.

De plus, les **conséquences de la maltraitance pour les proches**, reconnues en victimologie comme les impacts qu'un crime peut avoir sur les proches de la victime (Boudreau et al., 2018), ressortent des résultats. Ces conséquences sont vécues par les conjoints, la fratrie ainsi que les enfants de certains participants. Les impacts de la maltraitance sur la personne âgée maltraitée, mais aussi sur son entourage doivent être pris en compte. Ainsi, un accompagnement et du soutien aux proches sont à considérer pour limiter les conséquences et la détresse psychosociale vécus. Ce projet ne portant

pas sur les proches des personnes âgées ayant des incapacités, ce sujet n'a pas été approfondi lors des entrevues. Cependant, les résultats montrent clairement qu'il est impératif de s'y attarder, autant dans des recherches futures que dans la pratique.

6.1.3 Freins et leviers à la demande d'aide ou à la dénonciation

Plusieurs freins à la demande d'aide ou à la dénonciation mentionnés par les participants, tels la peur des conséquences et les sentiments de honte, de gêne et de culpabilité (Beaulieu, Pelletier, & Dubuc, 2018), concordent avec la littérature. Toutefois, les participants ont identifié des freins à la demande d'aide ou à la dénonciation supplémentaires. Certains sont directement liés à la présence d'incapacité, telles la peur de perdre un service essentiel et la perte d'énergie associée à la présence d'incapacité et/ou à une multiple victimisation. Intimement liés aux situations d'incapacités, ces freins peuvent limiter les moyens qu'une personne utilisera, par elle-même, pour mettre fin à la situation de maltraitance. Ainsi, afin de limiter ces freins à la demande d'aide ou à la dénonciation, les personnes âgées ayant des incapacités doivent être assurées qu'une intervention rapide et soutenante sera offerte et que les services ne seront pas perdus s'ils dénoncent une situation de maltraitance commise par un dispensateur de services.

De plus, la présence ou l'absence d'une personne de confiance à qui se confier, ainsi que la connaissance des services d'aide et de soutien, sont des facteurs environnementaux jouant un grand rôle dans la demande d'aide et la dénonciation. La situation de maltraitance financière vécue par le participant 3 montre le caractère parfois complexe et laborieux des démarches pour obtenir de l'aide et se sortir d'une telle situation. Ce dernier a dû contacter de multiples services et ressources communautaires pour recevoir de l'aide. Or, au moment de l'entrevue, après des mois d'efforts, il poursuivait toujours ses démarches. Cette situation montre l'importance prévenir la maltraitance financière en assurant, entre autres, des services de renseignements disponibles lors de la signature de documents légaux, contractuels, assurantiels ou financiers. Il faut également mettre en place des interventions et des services pour agir rapidement lorsqu'une personne âgée vit ce type de maltraitance.

Ces freins et leviers ont été abordés par les participants et s'ajoutent à ceux identifiés dans la littérature. D'un côté, ils montrent l'importance des campagnes publicitaires qui présentent les différentes ressources d'aide en contexte de maltraitance à un large public et qui exposent clairement où et comment dénoncer les situations. D'un autre côté, ces résultats laissent croire que l'isolement social d'une personne âgée ayant des incapacités pourrait avoir un effet sur la demande d'aide et la dénonciation d'une situation de maltraitance.

Finalement, les participants ont nommé des leviers à la demande d'aide ou à la dénonciation qui correspondent à ceux identifiés dans la littérature, soit l'atteinte des limites personnelles et la connaissance des services d'aide et de soutien (Beaulieu, Pelletier, & Dubuc, 2018). La volonté de collectiviser les démarches pour éviter que d'autres vivent ce qu'ils ont vécu se joint à ces leviers, illustrant un désir d'aller plus loin et de ne pas mettre fin à leur situation seulement. La participation à cette recherche s'illustre entre autres dans leur souci d'éviter que cela ne se répète pour autrui.

6.1.4 Trajectoires de services

Chacune des 18 situations de maltraitance documentées a eu lieu dans un contexte singulier et a mené à une trajectoire de services unique, il est donc impossible d'en dégager un tracé uniforme. Cela nous amène à affirmer qu'une trajectoire type de services, lors de la survenue d'une situation de maltraitance psychologique ou de maltraitance matérielle et financière, ne semble pas exister ou du moins, elle n'est pas ressortie de cette recherche. Ce faisant, différents types de soutien ont été discutés : l'aide informelle, le secteur public, le secteur communautaire ainsi que le secteur privé. Ces services agissent de façon individuelle ou en collaboration, à certains moments.

Cette section du rapport de recherche a permis de mettre en exergue que, peu importe la sévérité de l'incapacité, la présence d'une personne clé dans la trajectoire de services des personnes âgées ayant des incapacités est importante. Cette aide peut être formelle, comme dans le cas d'une intervenante sociale du RSSS ou d'un [organisme communautaire en lutte contre la maltraitance], ou être informelle, si on fait appel à un proche. Cette conclusion tirée des analyses du projet corrobore les résultats présentés précédemment dans la littérature, où la présence d'une aide formelle (soins et services) agit comme facteur de protection afin de diminuer la sévérité de la maltraitance vécue par une personne âgée ayant des incapacités (Lee, 2008). Cependant, notre étude montre l'importance capitale de l'aide informelle en soutien dans les démarches ou en soutien émotionnel alors que cette dimension de l'accompagnement des personnes en situation de maltraitance n'a pas été étudiée à ce jour. Cela souligne donc la pertinence d'approfondir ce sujet dans de futures recherches et de bien outiller les proches qui reçoivent des confidences avec lesquelles ils ne savent peut-être pas composer.

Pour certains participants ayant des incapacités sévères, soit de type mémoire et déficience intellectuelle, il est difficile, voire impossible, d'effectuer des démarches pour mettre fin à la maltraitance vécue. Plusieurs auteurs nomment les déficits cognitifs comme un facteur rendant la dénonciation de maltraitance difficile, soit par non-reconnaissance de situations de maltraitance et par manque de connaissances des services disponibles (Frazão, Silva, Norton & Magalhães, 2014; Frazão, Correia, Norton & Magalhães, 2015; Hansberry, Chen, & Gorbien, 2005). Cela s'est effectivement illustré dans la recherche actuelle. Pour ces participants, la présence d'un proche aidant impliqué ou d'une intervenante sociale du RSSS a été essentielle pour se sortir de leur situation de maltraitance, et même, pour repérer certaines autres situations de maltraitance. La sensibilisation du personnel (RSSS, entreprises privées, etc.) œuvrant auprès des personnes âgées ayant des incapacités demeure donc une avenue importante afin de limiter les risques de maltraitance, mais aussi, pour favoriser le repérage de situations de maltraitance en utilisant les facteurs de vulnérabilité et de risque à la maltraitance comme point de départ (Johannesen & LoGiudice, 2013).

Certains participants ont soulevé l'importance d'informer les proches des différentes ressources d'aide disponibles, surtout pour les personnes ne pouvant se défendre elles-mêmes, mais pas exclusivement :

Que l'on ait ce numéro-là pour nous dépanner, ou les familles ! Les familles aient ces numéros-là, pour si leurs parents sont abusés. Parce qu'il y en a qui ne sont pas tous là. Malheureusement, en vieillissant, des fois on ne garde pas toujours toute notre mémoire. [...] Alors si les familles ont ces numéros-là, elles peuvent se faire aider. Et je trouve ça très, très, très important. Parce que

si je n'avais pas eu ce numéro-là moi, je serais restée tellement... Je lui en aurais voulu à mort à ce gars-là, là. (Participante 9).

Il y a donc une préoccupation envers les personnes âgées ayant des incapacités qui n'ont pas les moyens de se défendre face à une situation de maltraitance, particulièrement dans des cas où la personne âgée ayant une incapacité ne peut dénoncer la situation vécue.

En plus de l'aide informelle, les secteurs publics et communautaires ont particulièrement été utilisés dans les différentes trajectoires de services. Plus spécifiquement, DIRA-Estrie [organisme communautaire en lutte contre la maltraitance], des travailleurs sociaux [intervenants sociaux du RSSS] ainsi que le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services [intervenante du réseau public en gestion des plaintes] ont été cités par dix des onze participants comme étant significatifs dans leur trajectoire de services pour mettre fin à la maltraitance vécue ou pour diminuer les conséquences de celles-ci. Bien que certains participants aient nommé des insatisfactions face aux interactions avec certains intervenants sociaux du RSSS, lorsque les interactions étaient positives, elles étaient énormément appréciées et même essentielles à la résolution de la situation de maltraitance. Les intervenants sociaux du RSSS engagés auprès de leur clientèle sont donc perçus comme des acteurs positifs dans les trajectoires de services. Les résultats de cette recherche illustrent clairement l'importance de ces trois acteurs dans l'environnement des personnes âgées ayant des incapacités, autant dans la prise en charge plus globale que pour un accompagnement ou soutien aux démarches.

Malgré la satisfaction face à l'[intervenante du réseau public en gestion des plaintes], il est tout de même recommandé par un participant de faciliter le processus de plainte. La complexité de la procédure ainsi que l'énergie nécessaire ont en effet été soulevées comme des freins au processus de plainte :

Puis là, il faut me demander d'appeler telle place. D'attendre, de faire le 1, le 2, le 3, de laisser un message, attendre qu'on me rappelle, puis réexpliquer... Ils vont tu rappeler dans la bonne journée? Est-ce que je vais être capable de m'exprimer? (Participant 2).

Les impacts de l'incapacité sur le fonctionnement quotidien doivent être pris en compte dans l'importance de simplifier les processus de plainte. Il faut s'assurer que tous puissent porter plainte sans frein, peu importe leur degré d'énergie.

De façon générale, certaines ressources ont été un point tournant dans les situations vécues par les participants. Certains sont même allés jusqu'à recommander qu'une plus grande publicité soit faite pour ces organismes. Plus spécifiquement, les participants ont souligné l'importance de publiciser des organismes locaux et nationaux de lutte contre la maltraitance ainsi que l'[intervenante du réseau public en gestion des plaintes], soit en remettant des listes de ressources d'aide ou en ajoutant des publicités dans les journaux et à la télévision. D'ailleurs, plusieurs participants réagissaient positivement lorsque la liste de ressources d'aide et d'accompagnement de l'Estrie leur était remise à la suite de l'entrevue. À quelques reprises, les participants ont mentionné qu'ils auraient aimé avoir accès à ce genre d'outils lorsqu'ils vivaient leur situation de maltraitance. Cela illustre l'importance de maintenir les efforts de prévention via des campagnes de sensibilisation et d'assurer la pérennité

des publicités sur ces organismes pour que les gens aient accès aux coordonnées des services lorsqu'ils en ont besoin.

Par exemple, pour les participants 6 et 11, le contact avec l'[organisme local en lutte contre la maltraitance], à la suite de la découverte de l'organisme via les médias (télévisions, journaux), a été le point tournant pour les sortir de leur situation de maltraitance. Les services d'intervention, d'accompagnement, de coordination de services, de référencement et de soutien offerts par cet organisme ont été qualifiés d'essentiels par plusieurs participants. Ceux-ci ont souligné la pertinence des organismes spécialisés en lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées en Estrie.

En parallèle à une hausse des publicités, le participant 11 souligne l'importance d'augmenter le financement des ressources d'aide : « Financez les organismes et faites-les connaître. » (Participant 11).

Il y a donc une reconnaissance du travail déjà fait, une demande d'augmentation de l'offre de services et des possibilités d'actions de ces organismes, ainsi qu'un désir de facilitation de l'accès à ces différents services pour les personnes âgées ayant des incapacités.

Pour quelques participants, la maltraitance provenait d'un dispensateur de soins ou de services essentiel pour leur fonctionnement quotidien. La dénonciation d'une situation de maltraitance peut provoquer chez la personne maltraitée une peur de perdre ces services. Le présent document rapporte de tels cas. Ainsi, des actions rapides doivent être entreprises par les organismes (notamment par les gestionnaires ou les personnes en autorité) afin de mettre fin aux situations de maltraitance commises par des employés, tout en s'assurant de ne pas couper les services essentiels. Ces actions doivent être déployées, certes dans l'optique de stopper la situation, mais aussi dans une visée de prévention des futures situations au sein des équipes. Autrement dit, une réponse rapide et adaptée doit inévitablement être déployée pour que la personne ne regrette pas sa demande de soutien et que cette action soit répétée avec confiance, au besoin. Ce faisant, pour effectuer les changements afin de mettre fin rapidement à la maltraitance, une certaine souplesse de la part de ces organismes est nécessaire.

Quelques participants ont dû contacter une panoplie de ressources pour tenter d'obtenir de l'aide, sans succès. Lors de situations de maltraitance complexes, trouver le bon service à contacter s'avère une démarche complexe et décourageante pour les personnes ayant des incapacités en situation de maltraitance. Certaines situations de maltraitance sont complexes et demandent des expertises multiples, ce qui entraîne un refus de service par les organismes. Au mieux, ils offriront un référencement à un autre organisme. Il y aurait donc avantage à clarifier les offres de service, mais aussi à s'assurer que les situations de maltraitance complexe soient prises en charge sans démarches compliquées : « Tu sais, il y a toujours une petite *gogosse* qui fait en sorte que, hum, hum. [...] tu ne rentres pas nulle part. » (Participant 3 à propos de ses multiples appels à divers organismes pour obtenir de l'aide).

Par exemple, le participant 3 et le participant 11 ont contacté plusieurs organismes qui sont restés sans réponse face à leur demande d'aide. Par moment, c'est l'offre de services qui ne semblait pas être suffisamment claire pour le participant. À d'autres moments, il s'agissait plutôt d'une difficulté à savoir à qui s'adresser pour obtenir du soutien, d'où la pertinence de créer une coordination de

services pour bien diriger la personne âgée et d'investir dans la publicisation des ressources d'aide. En ce sens, la coordination de services et la panoplie d'acteurs au sein des différentes trajectoires de services démontrent l'importance d'une interdisciplinarité et d'une intersectorialité dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées, que ce soit à l'étape du repérage, de l'intervention ou de la prévention.

Tout d'abord, d'un point de vue individuel, une collaboration entre les acteurs est nécessaire, tant pour mettre à profit les expertises de chacun que pour assurer un continuum de services. Par exemple, dans le cas de la participante 10, l'intervenante sociale du RSSS met en place des mesures de protection publiques, puis contacte la banque pour que des mécanismes de protection soient instaurés et que cesse la maltraitance financière perpétuée par la fille de la participante. Ainsi, le [intervenant du réseau public en gestion des plaintes] coordonne les actions en utilisant les expertises de chaque acteur. Le continuum de services est essentiel pour que les acteurs travaillent dans le même sens. Il est d'autant plus important, car il évite à la personne qui demande de l'aide de devoir répéter constamment sa situation : « Tu sais, puis je ne peux pas... À un moment donné, aussi... Tu sais, on m'a demandé à chaque fois de raconter mon histoire. Je commençais... Je commençais à être tannée, là, de raconter mon histoire! » (Participant 7).

La coordination entre tous les acteurs, incluant la personne vivant la maltraitance et ses proches, est donc la clé dans les cas où une autorisation de partage d'informations est donnée.

Les entrevues ont aussi illustré certaines difficultés liées au transfert de dossiers entre intervenants et aux changements d'intervenants fréquents. Dans certains cas, les gestes de maltraitance ont été effectués par des intervenants nouvellement affectés au dossier. Cette situation amenait donc un stress supplémentaire chez la personne maltraitée, qui craignait d'avoir à revivre une situation de maltraitance lors de futurs changements d'intervenants. Il est donc recommandé de favoriser la continuité des services, en limitant le changement d'intervenants lorsque possible, et en assurant des transferts de dossiers individualisés.

6.2 Liens entre la maltraitance, les incapacités, le genre et le vieillissement

6.2.1 Maltraitance et présence d'incapacité

Tout d'abord, un lien entre la présence d'incapacités et la maltraitance a été établi par quelques participants, soit comme facteurs de vulnérabilité à la maltraitance, soit comme amplificateur des conséquences de la maltraitance.

D'une part, la dépendance aux services ou à de l'aide ainsi et la position de vulnérabilité pouvant être engendrée par la présence d'incapacité ont été nommées par certains participants comme facteurs de vulnérabilité. Ces propos concordent avec la littérature scientifique qui classe également la présence d'incapacités et le niveau de fonctionnement au quotidien comme facteurs de vulnérabilité (Frazão, Correia, Norton, & Magalhães, 2015; Giraldo-Rodríguez, Rosas-Carrasco, & Mino-León, 2015; Johannesen & LoGuidice, 2013). En effet, cinq des onze cas rapportaient une maltraitance entièrement liée à un contexte de prestation de soins et services ou de proche aidance en lien avec l'incapacité du participant.

La dépendance aux services et aux soins de santé pour fonctionner, ainsi que la position de vulnérabilité, sont des éléments nommés par la participante 2 :

Bien, moi je sens une émotion, là, parce que, tu sais, je repense à ce que j'ai vécu. C'est la position de vulnérabilité. On se retrouve dans un... Puis on a besoin de l'aide, le maintien à domicile, ce n'est pas pour rien. Puis, quand on se fait *bardasser*, on se dit : « Déjà, ce n'est pas facile de vivre avec un handicap, une douleur chronique. », tu te dis : « Bien là, je vis pour quoi, moi ? » (Participante 2)

Ne pas tenir compte des besoins d'une personne âgée ayant des incapacités dans le cadre d'une relation de soins et de services a pour effet d'amoindrir, voire de court-circuiter la capacité de cette personne à accomplir ses activités courantes et ses rôles sociaux (participation sociale selon le modèle du MDH-PPH). Par exemple, la participante 2 qui ne pouvait obtenir sa vignette de stationnement ne pouvait donc pas se déplacer en voiture pour accomplir ses activités.

Sans s'attarder au caractère nécessaire des services de transport, la participante 1 indique clairement que les situations de maltraitance n'auraient pas eu lieu si elle n'avait pas eu d'incapacité :

Bien là, c'est certain que ça ne se serait pas passé pareil. J'aurais eu deux jambes. [...] Non, non, non. J'aurais mes talons hauts qui iraient claquer sur les trottoirs. Moi, j'étais une femme, j'ai mis des talons hauts. C'est ça qui m'a fait le plus de peine. 26 ans, mes talons hauts. (Participante 1).

La participante 2 indique, pour sa part, que l'état d'affaiblissement quasi constant associé à la présence d'incapacité rend difficile le fait de se défendre et de s'interposer lors d'une situation de maltraitance :

Quand tu es fatiguée, tu es souffrante, tu es affaiblie par la maladie, tu as plein de nuages dans le cerveau, tu n'es pas capable de penser. Tu te laisses faire, parce que tu ne sais pas quoi faire d'autre. [...] Tu sais? Tu ne sais pas quoi faire d'autres. Tu n'es pas capable de penser, tu as la tête toute... Comme quand tu as une grosse grippe, là, puis tu fais de la fièvre, là. Tu sais, tu as la tête toute... Tu n'es pas capable de penser. (Participante 2).

D'autre part, l'analyse des entrevues a permis de mettre en évidence que les conséquences de la maltraitance sont amplifiées par la présence d'incapacités. Entre autres, en augmentant les difficultés déjà présentes et en diminuant la qualité de vie. La participante 2 le résume ainsi :

Parce que, vous savez, les claques, c'est (hésitation), c'est l'abus psychologique, c'est de la violence verbale, c'est de l'agression, comme j'ai vécu avec une [intervenante du RSSS]. Qui fait que le petit peu de qualité de vie à laquelle tu veux t'accrocher... Quand tu vis cela, ça (hésitation). [...] Tu fais quoi quand tu ne l'as plus, cette énergie-là? Tu te laisses faire. C'est ça, le drame. (Participante 2).

6.2.2 Maltraitance et genre

Tel que proposé dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*, les résultats ont été analysés selon une approche genrée. Toutefois, étant donné le nombre limité de participants et une saturation théorique en fonction du genre non atteinte, peu de conclusions peuvent être tirées en ce sens. Néanmoins, des éléments réflexifs peuvent guider de futurs travaux. D'abord, le lien entre la maltraitance vécue et la présence d'incapacités a été soulevé uniquement par des femmes. Les hommes ont plutôt lié la maltraitance à un contexte de vulnérabilité (conflits familiaux, décès, etc.) ainsi qu'au vieillissement.

De plus, il est constaté que les hommes ont entamé un très grand nombre de démarches pour obtenir de l'aide, alors que les femmes l'ont fait moins intensément. Les hommes ont réalisé de multiples appels, se sont déplacés pour rencontrer des organismes et ont tous tenté des approches auprès des personnes maltraitantes à la suite des événements. Sans conclure à une plus grande proactivité de la part des hommes en général, cette recherche laisse poindre l'importance de poursuivre les travaux de recherche selon le genre.

6.2.3 Maltraitance et avancée en âge

Certains participants nomment l'âge comme un facteur ayant influencé la situation de maltraitance. Tel que le mentionne le participant 5, la personne maltraitante utilise l'avancée en âge comme facilitateur pour maltraiter :

Bien, à un moment donné, là, elle lisait des papiers, et tout ça. Bon, bien, elle dit « Maintenant, signe, mets ton nom là. » Bon, je n'ai pas... Elle se servait que j'ai 87 ans, je suis moins rapide que quand j'en avais 28. (Participant 5).

Dans un autre ordre d'idée, le participant 3 souligne une diminution de son sens de la répartie pour répondre aux compagnies maltraitantes : « L'âge, puis la répartition facile. Moi, j'étais une grande gueule... Bien j'avais le tour de parler, puis je trouvais les bonnes réponses, là ! Bien, c'est quelque chose que j'ai un petit peu perdu, ça. » (Participant 3).

6.2.4 Maltraitance, présence d'incapacité et avancée en âge

Certains participants ont lié la maltraitance à la présence d'incapacité et à l'avancée en âge. Cette dernière s'ajouterait aux difficultés et au manque d'énergie déjà associé à leur incapacité :

Alors, c'est facile qu'on abuse de nous quand on est en position de (hésitation) faiblesse (hésitation), moi j'appelle ça de faiblesse physique et (réflexion) à cause de la maladie, à cause de la vieillesse. Manque d'énergie. On est dépendant d'un système, puis... On se fait (hésitation) *enfirouaper*, comme dirait le (hésitation) un *slang* populaire. (Participante 2)

Tel que mentionné à la section 5.4.1, le manque d'énergie est un frein à la demande d'aide ou à la dénonciation. Ainsi, les démarches pour mettre fin à la maltraitance sont aussi influencées par la perte d'énergie liée à l'avancée en âge et la présence d'incapacités :

Quand tu vieillis, tu ne l'as pas l'énergie de te défendre. Tu t'écrases, tu... Tu n'es pas capable. L'énergie que ça m'a demandé, là... Tu sais, les spécialistes te disent : « Essayez d'avoir du plaisir un petit peu à chaque jour, ça va aider votre moral à passer à travers de ce que vous vivez. » Mais, dans le temps que tu prends le petit peu d'énergie que t'as, là, au lieu d'avoir du plaisir à aller à la bibliothèque et à jaser avec les femmes là, ce qui serait bon pour ton moral, tu prends ce petit peu d'énergie-là, là, pis tu appelles [intervenant responsable de la gestion des plaintes] pour porter plainte contre un *trou de cul* qu'on a engagé, puis qui maltraite les personnes âgées. (Participant 2).

D'autres participants ne lient pas la maltraitance à la présence d'incapacité, mais plutôt au fait qu'ils vivaient, au moment des événements, une situation qui les rendaient vulnérables :

J'étais tout seul, complètement seul. Mon garçon a même fait de la prison. Ma femme est partie [décédée] après quatre ans de maladie. J'étais tout seul pour tout organiser ! Donc, j'étais émotivement, je ne le savais pas avant maintenant, plus, là... Comment dirais-je ? J'étais plus vulnérable, j'étais plus faible, parce que tout, autour de moi, était négatif. (Participant 5).

De plus, certains participants identifient la personne maltraitante comme cause de la maltraitance, sans pour autant tracer de lien avec leur incapacité ou leur âge :

[Dame maltraitante] est arrivée comme une salvatrice. (Réflexion) C'est une femme intelligente, tu sais, je veux bien croire qu'elle ait fait des choses, d'ailleurs, elle est en procès pour décembre. Mais, il demeure qu'elle s'est servie de la situation pour d'abord... Là, je sais maintenant qu'elle s'est servie de [Fils du participant]. (Participant 5).

D'ailleurs, certaines caractéristiques de la personne posant les gestes de maltraitance sont soulevées comme étant des facteurs de risque à la maltraitance à forte validité dans la littérature scientifique (Beaulieu, Leboeuf, Pelletier, & Cadieux Genesse, 2018), ce qui appuie les dires de ces participants.

Le fait que certains participants ne fassent pas de liens entre les situations de maltraitance vécue et leur incapacité vont dans le même sens que plusieurs travaux faisant état d'une certaine universalité de la vulnérabilité. Ces travaux ne nient toutefois pas l'existence de facteurs de risque et de vulnérabilité prédisposant à la maltraitance. (Crevier, 2020; Sherwood-Johnson, 2013). À cet égard, certains écrits s'appuient sur une approche conjonctive de la vulnérabilité, prônée par la théorie politique du *care*, (Genard, 2015; Garrau, 2013) qui stipulent que toutes les personnes âgées, même celles qui sont objectivement plus autonomes, peuvent être vulnérables à la maltraitance à un moment ou à un autre de leur vie (Crevier, 2020; Sherwood-Johnson, 2013). Ainsi, dans une perspective où « les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel » (Paperman, 2011, p. 311), les auteurs préconisent l'importance de prendre en compte l'autonomie et la vulnérabilité dans l'élaboration de services et de politiques destinées aux personnes âgées en situation de maltraitance (Sherwood-Johnson, 2013). Plus précisément, Sherwood-Johnson (2013) dénonce le fait qu'à l'instar des interventions qui

s'effectuent auprès d'autres clientèles qui sont en situation de violence et de maltraitance, comme les femmes en situation de violence conjugale, les politiques et services qui visent à accompagner les personnes âgées ayant des incapacités ne prennent pas en considération leur autonomie et leur autodétermination.

Dans un même ordre d'idées, les propos de certains participants illustrent bien que, malgré le fait qu'ils puissent expérimenter certaines situations de vulnérabilité liées à leurs incapacités et leur avancée en âge, ils revendiquent leur autonomie et leur autodétermination. Ainsi, les propos de cette participante illustrent bien cette coexistence entre l'autonomie et la vulnérabilité : « Je l'ai regardé en voulant dire : "Wow, attends un peu, là. Je suis peut-être bien vieille, je suis peut-être handicapée, mais, je ne suis pas conne." » (Participante 2).

En ce sens, certains participants dénoncent un manque de respect de leur autonomie et de leurs choix par les professionnels de la santé et des services sociaux :

Je n'aurais pas dû avoir un [intervenant du RSSS] comme elle, j'aurais pu avoir mieux. Parce que j'y vais assez... La présentation n'était pas bonne, tu sais ? Elle voulait tout *runner*, tu sais ? Elle voulait tout *runner*, puis moi, là, *run* moi pas (rires). (Participante 1).

Selon certains tenants du modèle social du handicap, ce non-respect de l'autodétermination des personnes ayant des incapacités a contribué à la construction de la représentation de la dépendance et de la vulnérabilité, « c'est-à-dire à la constitution d'une situation qui nourrit une représentation de la personne handicapée comme dépendante, sans pouvoir [...] » (Boucher, 2003, p.151). Par ailleurs, cette représentation négative est accentuée par les rapports de pouvoir qui se jouent entre les professionnels et les personnes ayant des incapacités.

6.3 Discussion en fonction du MDH-PPH

Cette recherche a exploré la question entourant le rôle social de défense des droits dans le contexte de la maltraitance matérielle, et financière et de maltraitance psychologique auprès de personnes âgées ayant des incapacités. Des liens avec le cadre conceptuel du MDH-PPH ressortent d'emblée de l'analyse des données. En effet, les facteurs de risque ou de vulnérabilité face à de telles situations mentionnés dans les entrevues se rapportent, pour les uns, à des facteurs personnels et, pour les autres, à des facteurs environnementaux.

En cohérence avec le MDH-PPH, ces facteurs prennent leur sens dans l'interaction entre les facteurs individuels et environnementaux pour influencer l'exercice du rôle social de défense des droits. Par exemple, comme souligné précédemment, la présence d'incapacités peut représenter un amplificateur de risque de maltraitance. Cela s'explique davantage par le regard stigmatisant de ceux présents dans l'environnement de la personne que dans la nature de ses déficiences en tant que telle, qui se transpose parfois en dépendance aux services. À l'opposé, les attitudes supportantes de proches ou d'intervenants se conjuguent avec les facteurs personnels de la personne âgée ayant des incapacités pour l'amener à s'affirmer et à défendre ses droits. Cette capacité à s'affirmer et à faire respecter ses droits ne vient pas nécessairement de soi. Cela commande de mettre en place des approches propices à rehausser l'estime de soi et l'*empowerment* des personnes ayant des incapacités tout au long de leur

vie. Il y a donc une nécessité de lutter contre les préjugés et la discrimination envers les personnes ayant des incapacités, se traduisant par le capacitisme, afin de favoriser l'affirmation et la défense des droits. Les approches doivent miser sur la valorisation du potentiel et des forces de la personne plutôt que de viser la réduction de leurs incapacités.

Par ailleurs, cette recherche montre, comme le met de l'avant le MDH-PPH, comment l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux peut influencer l'exercice de rôles sociaux. Elle montre également que, le fait d'exercer ou non la défense de ses droits a, à son tour, une influence sur les caractéristiques de la personne et de son entourage. Ainsi, l'exercice du rôle social de défense des droits peut contribuer à rehausser l'estime de soi et l'*empowerment* des personnes ayant des incapacités. Inversement, on observe un effet délétère si la personne ressent qu'elle n'a pas su ou pu s'affirmer face à la personne maltraitante, et qu'elle lie cela à son incapacité à défendre ses droits. L'influence des facteurs identitaires en termes de résilience et de capacité à s'autodéterminer est à souligner. Ces réflexions mettent elle aussi en exergue l'importance de déployer des outils pour soutenir les personnes ayant des incapacités dans l'exercice de leurs droits, en privilégiant idéalement un accompagnement pour qu'elle le fasse par elle-même, ou avec une assistance, et moins en agissant en leur nom (à moins qu'elles le souhaitent et qu'elles en soient incapables). Cela implique d'agir sur la personne, mais aussi sur ses proches pour que ceux-ci apprennent à encourager la personne et à la soutenir dans son pouvoir d'agir. Dans le quotidien de la personne, cela implique de reconnaître sa capacité à prendre des décisions pour elle-même et d'éviter la surprotection. En d'autres mots, savoir adopter un juste dosage entre protection et promotion de l'autonomie est crucial pour soutenir l'*empowerment*. La confiance en soi se développe tant dans les petits gestes que dans les grandes réalisations.

6.4 Discussion des aspects psychologiques en lien avec le MDH-PPH

Tel que décrit à la section 5.6, les analyses secondaires, en lien avec les concepts de résilience et d'*empowerment*, effectuées dans une perspective de psychologie clinique, ont fait ressortir trois tendances chez les participants dans leurs recours pour mettre fin à la situation de maltraitance.

- La **tendance A** comprend les personnes âgées qui ont besoin qu'un proche ou qu'un professionnel veille à leur sécurité psychique, physique et financière, et qu'il puisse reconnaître les situations de maltraitance pour effectuer les démarches nécessaires à la demande d'aide avec elles (si possible) ou à leur place.

- La **tendance B** regroupe les personnes âgées qui ont besoin de la présence d'un proche pour reconnaître la situation de maltraitance ou pour les aider à trouver la motivation et la force d'entreprendre des démarches de dénonciation ou de demande d'aide.

- Enfin, la **tendance C** représente les personnes âgées complètement autonomes dans le processus de dénonciation de la situation de maltraitance et la demande d'aide.

Cela ne signifie pas que les personnes s'inscrivant dans la tendance C n'ont pas besoin de soutien. Au contraire, la majorité des participants, toutes tendances confondues, mentionnent l'importance de la présence d'un proche dans leurs actions contre la personne maltraitante. La question n'est certes

pas de débattre de la pertinence de la présence d'un tiers auprès de la personne âgée ayant des incapacités vivant une situation de maltraitance, mais plutôt du rôle qu'il a à jouer selon la situation. Il est possible de faire un lien entre l'importance du rôle du tiers aidant (formel ou informel), la tendance dans laquelle se situe la personne âgée et le modèle MDH-PPH (Figure 1, p. 4). Le modèle suggère que la réalisation d'actions quotidiennes dépend de l'interaction entre les facteurs personnels (facteurs de vulnérabilité) et les facteurs environnementaux (facteurs de risque et de protection). Parmi les facteurs personnels, on retrouve les facteurs identitaires, les systèmes organiques et les aptitudes. Plus un individu présentera des déficiences organiques et des incapacités au niveau de ses aptitudes, plus il aura besoin de facilitateurs au niveau de sa personnalité pour rebondir et entreprendre une demande d'aide. Il aura également davantage besoin de facilitateurs environnementaux pour s'adapter positivement. À l'inverse, un individu en pleine possession de ses moyens, tant sur le plan de l'intégrité que de ses capacités (facteurs personnels), sera plus à même de rebondir devant un environnement parsemé d'obstacles (facteurs environnementaux).

C'est donc en ce sens que la présence bienveillante et protectrice du tiers aidant (formel ou informel) est d'autant plus essentielle chez les personnes âgées de la tendance A, puisque ces dernières ont pour rôle de pallier les incapacités de la personne. Considérant l'ampleur de l'incapacité (temporaire ou permanente), le tiers aidant aura essentiellement un rôle de facilitateur au niveau de l'environnement. Il doit notamment être attentif à tout indice de maltraitance que la personne du profil A pourrait ne pas reconnaître elle-même (prévenir, repérer), et doit intervenir le cas échéant. Le but de cette prise en charge est de défendre la personne âgée en situation de maltraitance et/ou de diminuer le risque que pareille situation survienne, puisque sa condition physique ou mentale lui permet difficilement d'être autonome dans sa vie en général, et donc dans sa démarche de dénonciation.

En ce qui concerne la tendance B, le rôle du tiers aidant (formel ou informel) sera celui de « catalyseur d'*empowerment* ». Par sa présence, son écoute et son respect, il redonne force et vigueur (physique ou psychique) à la personne âgée en situation d'incapacité, fragilisée par la situation de maltraitance. En favorisant la mise en place de facilitateurs environnementaux (p. ex., encourager la personne à dénoncer, l'accompagner dans ses démarches ou en réaliser quelques-unes à sa place), il agit à titre de vecteur de résilience. Sa présence est importante, comme un point de bascule, entre la résignation et le repli sur soi, et le passage à l'action pour se sortir de la situation.

Pour ce qui est de la tendance C, il est possible d'établir un parallèle avec la conceptualisation de la résilience comme un trait de personnalité ou une capacité de l'individu (Jacelon, 1997; Michallet, 2010). Les participants de cette tendance recherchent spontanément des ressources pour régler la situation. Ils se confient plus facilement et sont plus proactifs dans leur demande d'aide. Tous ces comportements sont en quelque sorte des facilitateurs personnels, selon le modèle MDH-PPH.

Ce faisant, pour être en équilibre, la personne connaîtra d'elle-même les ressources disponibles dans son environnement sur le plan méso ou macro (organismes de lutte contre la maltraitance, intervenant dédié à la gestion des plaintes, etc.) Elle n'aura donc pas besoins d'autant de facilitateurs environnementaux sur le plan micro (famille, ami ou intervenant pivot apportant un suivi régulier). À titre d'exemple, alors que plusieurs personnes se retrouvant dans la tendance B auront besoin que l'on aille vers elles, que l'on gagne leur confiance pour permettre l'ouverture et les confidences sur la situation de maltraitance, celles de la tendance C se tourneront elles-mêmes vers les ressources.

Pour faciliter leurs démarches, les services doivent cependant être connus ou l'information doit être facile à trouver. On peut aussi penser que les personnes de la tendance C persévéreront davantage dans leurs démarches si des insatisfactions adviennent lors du premier contact (tableau 18) et qu'elles arriveront à dépasser plus facilement les freins à la demande d'aide (tableau 16).

Enfin une situation de maltraitance peut constituer un obstacle environnemental suffisant pour faire en sorte qu'une personne ayant des incapacités qui fait preuve d'*empowerment* et de résilience dans sa vie en général (tendance C) bascule vers la tendance B, étant donné les répercussions psychologiques et physiques qui en découlent. Sans compter que, si l'on considère les personnes âgées ayant des incapacités comme plus susceptibles d'avoir subi une « cascade d'injustices » au cours de leur vie (Ansello & O'Neil, 2010; Frazao, Santos Silva, Norton, & Magalhaes, 2014), on conçoit aisément que certaines personnes s'insèrent dans la tendance B, devant la répétition des événements et des demandes d'aide non concluantes.

Bref, un lien clair peut donc être établi entre le modèle MDH-PPH, la résilience et l'*empowerment*. Les facteurs personnels de l'individu et les facteurs environnementaux s'imbriquent, ce qui explique en partie dans quelle tendance s'inscrit l'individu.

On retiendra donc qu'au-delà des tendances, chaque situation de maltraitance est singulière et chaque personne âgée ayant des incapacités réagit notamment selon sa personnalité, sa condition physique et mentale, ses expériences antérieures et la relation de dépendance qu'elle a avec la personne maltraitante. En outre, les freins et les leviers à la demande d'aide mettent bien en évidence que les tendances peuvent être liées à des éléments conjoncturels autant, sinon plus, qu'à la personnalité.

6.5 Recherche émancipatoire

La volonté de prendre part à ce projet de recherche afin de collectiviser les démarches des personnes âgées ayant des incapacités peut s'inscrire dans une forme de recherche émancipatoire (Oliver, 1997; 2004). Plus précisément, la recherche émancipatoire vise des changements sociaux importants dans l'amélioration des conditions de vie et dans la défense des droits des personnes en situation de handicap. Pour ce faire, celles-ci sont invitées à s'engager en tant qu'activistes et même en tant que chercheurs (Tremblay et Hudon, 2014; Oliver, 2004; 1997). Par ailleurs la recherche émancipatoire s'appuie sur le modèle social du handicap. Ce même modèle a par ailleurs inspiré le cadre conceptuel du MDH-PPH (Sapey, 2010; Boucher, 2003).

La recherche émancipatoire vise également à favoriser, non pas uniquement l'*empowerment* des personnes ayant des incapacités, mais aussi un changement dans les relations de production des connaissances entre les chercheurs et les personnes ayant des incapacités :

The issue then for the emancipatory research paradigm is not how to empower people but, once people have decided to empower themselves,

precisely what research can do to facilitate this process. This does then mean that the social relations of research (Oliver, 1997, p.111)⁵.

En effet, les personnes âgées ayant des incapacités qui ont participé à ce projet ont exprimé une volonté de collectiviser les situations de maltraitance pouvant être perpétrée à leur égard. Plus précisément, en s'inspirant des travaux de Bourne (1991) sur le racisme, Oliver (1997) identifie six composantes de la recherche émancipatoire. Ces critères sont repris par Tremblay et Hudon (2014, p.154) :

1. La description par les personnes concernées de leur propre expérience;
2. La redéfinition de la problématique du handicap;
3. La remise en cause des paradigmes et méthodologies traditionnelles en recherche;
4. Le développement de méthodes et de techniques propres à la recherche émancipatoire;
5. La description de l'expérience collective du mouvement des personnes en situation de handicap;
6. Le suivi, la gestion et l'évaluation des services développés, contrôlés par les personnes en situation de handicap.

Cependant, l'adaptation des méthodes de recherche à la situation de handicap des participants constitue un défi véritable. Et il n'est pas toujours possible de le surmonter « parce que ni les structures ni les conditions de financement de la recherche ne sont contrôlées par les chercheurs et les personnes en situation de handicap » (Tremblay et Hudon, 2014, p. 155). En ce sens, le pouvoir ne doit pas être donné aux personnes handicapées, mais doit être pris par ces dernières :

« [...] *empowerment* is not a gift of the powerful; albeit whether they are politicians, policy makers, or researchers; *empowerment* is something that people do for themselves collectively. Disabled people have decided to empower themselves therefore the question is whether our work makes a contribution to this process » (Oliver, 1997, p.20)⁶.

Dans cette perspective, les individus ayant des incapacités prennent part à la recherche : ils peuvent y être participants (Tremblay et Hudon, 2014) ou agir comme cochercheurs dans une perspective de coconstruction (Parent, 2017; Oliver, 2004;1997). Il est avancé que les méthodes de recherche s'adaptent aux participants qui vivent certaines situations de handicap. Par exemple, si certains sont atteints d'une déficience intellectuelle, les méthodes d'entrevues de recherche peuvent être adaptées (Tremblay et Hudon, 2014). Selon Tremblay et Hudon (2014), les personnes handicapées sont alors centrales, et c'est le but : elles « doivent exercer un contrôle sur toutes les étapes de la recherche (conception, réalisation et diffusion) » (p. 156).

C'est dans cette dernière optique que s'inscrit notre projet de recherche, donc en visant l'intégration des personnes âgées ayant des incapacités comme participants, mais aussi, au sein de divers comités.

⁵ Traduction libre : « Dans la recherche émancipatoire, la question n'est pas de savoir comment aider les gens à gagner du pouvoir, mais, une fois que les gens ont décidé de se donner du pouvoir, de savoir précisément comment la recherche peut faciliter ce processus. Cela signifie donc que les relations sociales se font dans la recherche. »

⁶ Traduction libre : : « L'*empowerment* n'est pas un don réservé aux puissants; qu'ils soient politiciens, planificateurs de politiques publiques ou chercheurs; l'*empowerment* est quelque chose que les gens font pour eux-mêmes, collectivement. Les personnes ayant des incapacités ont décidé de prendre du pouvoir. La question est donc de savoir si notre travail contribue à ce processus. »

Ainsi, bien que la recherche présente ne s'inscrive pas entièrement dans le processus de la recherche émancipatoire, elle répond partiellement à ses critères et s'appuie sur une volonté claire de tendre vers cette méthode de recherche.

D'ailleurs, cette volonté s'illustre avec l'implication dès le début du projet d'une collaboratrice ayant une incapacité au sein des comité scientifique et consultatif, ainsi que dans la rédaction de ce rapport, ce qui répond partiellement au critère 3 de Tremblay et Hudon (2014). Plus précisément, les chercheurs se sont intéressés au point de vue de personnes âgées ayant des incapacités sur la maltraitance vécue et les services reçus, répondant donc au critère 1 de la recherche émancipatoire. Ensuite, dans l'optique de répondre au critère 4, des conditions favorables à la participation des personnes âgées ayant des incapacités, telles que la possibilité d'être accompagné lors des entrevues, le déplacement des intervieweurs dans l'Estrie et l'utilisation de dessins en entrevue, ont été mises en place. Dans l'optique de répondre au critère 5, cette recherche offre un premier portrait global de la maltraitance psychologique et de la maltraitance matérielle et financière envers les personnes âgées ayant des incapacités, tout en assurant la création de guides professionnels et de dépliants pour les usagers. Il y a donc un désir de collectiviser les résultats de cette recherche qui est bien présent. Finalement, les participants de cette recherche partageaient leurs appréciations sur différents services reçus, tendant donc vers une forme d'évaluation des services offerts aux personnes âgées ayant des incapacités et répondant partiellement au critère 5. Les participants proposaient aussi des recommandations pour assurer des services plus satisfaisants.

6.6 Limites

Cette recherche est la première au Québec visant à documenter l'expérience de la maltraitance psychologique et de la maltraitance matérielle et financière chez les personnes âgées ayant des incapacités et la trajectoire de services pour y mettre fin. Elle comporte cependant certaines limites.

La première de ces limites est le nombre restreint de participants. En effet, le recrutement de participants, sans compter les contraintes de santé publique associées au contexte pandémique, a posé de nombreux défis tout au long du projet, restreignant le nombre de participants à onze. Lors de la sollicitation pour le recrutement, des intervenants du CIUSSS de l'Estrie-CHUS ont identifié des défis concernant la recherche auprès de certaines populations, notamment des personnes âgées ayant des incapacités de type mémoire et de type déficience intellectuelle. Tout d'abord, certains intervenants des programmes SAPA ont indiqué la complexité des situations de maltraitance vécues par des personnes âgées ayant des déficits cognitifs. Effectivement, la non-reconnaissance des situations de maltraitance, l'incapacité à participer à une entrevue, les difficultés de réminiscence des événements et les émotions négatives associées à la situation de maltraitance font partie des difficultés soulevées par les intervenants. Pour ceux qui travaillent auprès des personnes âgées ayant des incapacités du type déficience intellectuelle, d'autres défis se présentent : la maltraitance de type matérielle et financière et la maltraitance psychologique peut être présente, mais non identifiée ou nommée par la personne maltraitée elle-même. Ainsi, ces défis illustrent la complexité de la recherche auprès de ces populations. Ils indiquent aussi la nécessité de développer, dans l'avenir, des méthodes de recherches créatives et diversifiées afin d'être en mesure de recueillir les propos de ces personnes et ainsi permettre d'approfondir la compréhension de la maltraitance.

La seconde limite découle directement de la première et a trait à la diversité de l'échantillon. Le nombre limité de participants n'a pas permis d'effectuer des analyses genrées tel que prévu au départ.

Ainsi, un échantillon plus large aurait offert un portrait plus global de la population, afin d'illustrer la réalité des hommes et des femmes. Il en va de même pour la question ethnoculturelle qui n'a pas pu être traitée en raison de l'appartenance au même groupe uniforme des participants. Malgré le nombre de participants plus bas qu'anticipé, les entrevues menées auprès des onze participants étaient suffisantes pour observer différents types de maltraitance, différents auteurs de maltraitance, des trajectoires de maltraitance diversifiées ainsi qu'une multitude d'acteurs impliqués. Cela a donc tout de même permis de formuler des recommandations en matière de prévention, de repérage, d'intervention et de coordination de soins et de services.

Une troisième limite de cette recherche est le référencement de participants principalement par le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ainsi que par deux organismes communautaires de l'Estrie. Le lien entre le participant et l'organisme de référencement pourrait influencer les résultats, notamment par l'entremise d'un biais positif en raison de la satisfaction des services face à ces organismes.

Finalement, la recherche a été effectuée sur le territoire de l'Estrie seulement, où des services sont offerts par un organisme communautaire spécialisé dans la lutte contre la maltraitance, ce qui n'est pas le cas pour toutes les régions du Québec. Les résultats obtenus peuvent difficilement être généralisés à d'autres régions, mais illustrent l'importance et la place centrale occupée par ce type d'organisme dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées.

7. Recommandations

Cette section sur les recommandations, s'inscrit en continuité de ce qui a été énoncé dans la section 3.3.7, qui exposait des recommandations provenant de travaux de recherche menés auprès de personnes âgées vivant avec des incapacités dans divers pays. Bien que pertinentes, ces dernières ne sont pas spécifiques au Québec et mettent essentiellement l'accent sur les proches aidants alors que les situations de maltraitance documentées dans la présente recherche découlent plutôt d'un contexte de soins et de services. Ce faisant, à ces recommandations s'ajoutent les nôtres, qui ont été énoncées par les participants eux-mêmes ou élaborées à la suite des analyses de leurs propos et des documents qu'ils ont rendus accessibles.

Nos recommandations sont classées en trois sections. D'abord sont établies les conditions gagnantes pour que les personnes âgées ayant des incapacités et qui sont maltraitées se sentent bien accompagnées lorsqu'elles ont recours aux services. Ensuite, les recommandations sont abordées en fonction du continuum de services pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées. Finalement, des recommandations en vue de poursuivre les travaux de recherche sur ce sujet clôturent la section.

7.1 Conditions gagnantes pour des services satisfaisants en contexte de maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités

Afin de diminuer les risques de maltraitance et de favoriser un suivi satisfaisant lors d'une situation de maltraitance, certaines conditions doivent être mises en place. L'accompagnement des personnes âgées avec des incapacités ayant vécu de la maltraitance peut, dans les services publics, privés et communautaires, être maximisé par une approche de bientraitance qui se traduit notamment par :

- La qualité de l'accueil (écoute, reconnaissance de l'expérience, empathie et disponibilité);
- Une identification rapide et fine de la demande (ou des besoins);
- Une réponse adaptée à la spécificité de chaque situation de maltraitance;
- Une approche partenariale avec la personne concernée (ou ses proches) tout au long du processus de suivi (favoriser une approche centrée sur les forces, l'*empowerment* et l'usager partenaire);
- Un accompagnement qui prend en compte la nature et la sévérité de l'incapacité sans tomber dans la surprotection;
- Une offre de soutien dans les diverses démarches, notamment en assurant un transfert de dossier personnalisé vers d'autres services;
- Un suivi d'information sur les démarches entreprises en l'absence de la personne concernée.

Prenant appui sur l'identification de trois groupes d'acteurs plus signifiants dans les trajectoires de services, il est fortement recommandé qu'au Québec :

- Chaque région soit dotée de services communautaires spécialisés en matière de lutte contre la maltraitance, de type DIRA-Estrie. Cela implique le développement de l'expertise et un financement adéquat;
- Chaque équipe du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services agisse avec professionnalisme et célérité;

- Des intervenants du RSSS (en particulier des travailleurs sociaux) soient alertes et engagés dans le suivi des situations.

7.2 Recommandations en fonction du continuum de services pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées

Le *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* a établi un continuum de services afin de situer les différentes étapes et actions nécessaires pour mettre fin à la maltraitance envers les personnes âgées au Québec. Ce continuum comprend quatre étapes, soit la prévention, le repérage, l'intervention et la coordination des services (Gouvernement du Québec, 2016). Nos recommandations sont exposées selon chacune des étapes de ce continuum, afin de les intégrer harmonieusement aux services en place.

7.2.1 Prévention

Considérant que :

- Nos conférences en vue de recruter des participants ont été reçues comme des activités de sensibilisation et de formation par les divers organismes publics et communautaires et par leurs membres;
- La majorité des participants connaissaient peu ou pas les services publics, privés et communautaires de lutte contre la maltraitance envers les aînés pouvant leur venir en aide (y compris la Ligne Aide Abus Aînés qui, lorsqu'utilisée, renvoie prestement à des services régionaux et locaux);
- Plusieurs participants ont réagi très positivement lors de la remise de la liste de ressources régionales et provinciales, allant même jusqu'à dire qu'ils auraient aimé posséder cette liste au moment de la situation de maltraitance;
- Aucun participant n'a parlé du comité des usagers prévu à la Loi sur la santé et les services sociaux;
- Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes est peu connu et que les participants qui ont eu recours au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services y sont allés après y avoir été dirigés par des intervenants;
- Trois participants ont vécu de la maltraitance dans des milieux de vie collectifs où l'État fait des suivis de la qualité (RTF et RPA);
- Plusieurs participants connaissaient peu ou pas leurs droits;
- Les documents de nature assurantielle, contractuelle, légale ou financière sont susceptibles de poser des défis de compréhension pour tout un chacun et encore plus pour les personnes ayant des incapacités de type déficience intellectuelle ou d'atteinte à la mémoire;
- Les participants ont, quasi tous, dévoilé en premier lieu leur expérience de maltraitance à des proches avant d'entreprendre une demande d'aide vers des services publics, privés ou communautaires;
- La majorité des participants ont été maltraités dans le cadre d'une prestation de services publics, privés ou communautaires, ou encore par un proche (pas nécessairement en contexte de proche-aidance);

- Plusieurs situations commises par des dispensateurs de services ont révélé des lacunes communicationnelles et relationnelles;
- La défense de ces droits représente une forme importante de participation sociale et, par conséquent, contribue à un vieillissement actif tel que mis de l'avant par le gouvernement.

Il est recommandé de :

- Développer des stratégies de communication rehaussant la connaissance du rôle des comités des usagers, des centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes et du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
- Intégrer à la programmation des organismes qui œuvrent auprès des personnes ayant des incapacités une série d'activités de sensibilisation à la maltraitance récurrentes et diversifiées destinée aux personnes âgées ayant des incapacités, à leurs proches et aux membres du personnel concernés (prévoir un financement adéquat);
- Poursuivre la publicité de la Ligne Aide Abus Aînés afin qu'elle soit encore mieux connue;
- Distribuer dans chaque région, notamment avec la collaboration des organismes œuvrant auprès des personnes ayant des incapacités ou en défense de leurs droits, une liste des ressources disponibles (mission, public cible et services) que les gens peuvent conserver et consulter si une situation de maltraitance survient;
- S'assurer que cette liste de ressources disponibles soit adaptée pour pouvoir être consultée par des personnes ayant des incapacités spécifiques (visuelle, intellectuelle, etc.);
- Dans le même esprit, créer du matériel de sensibilisation largement diffusé sur les différents droits : usagers du RSSS, de locataires, de consommateurs, etc.;
- S'assurer que cette information sur les droits soit adaptée pour pouvoir être consultée par des personnes ayant des incapacités spécifiques (visuelle, intellectuelle, etc.);
- Rendre accessible une liste unifiée de ces ressources sur le site internet de l'Office des personnes handicapées du Québec, sur la Ligne Aide Abus Aînés ou sur d'autres sites internet gouvernementaux afin d'en faciliter l'accès à un large public;
- Renforcer les contrôles gouvernementaux (règles d'accréditation, inspections, etc.) dans différents milieux collectifs où sont susceptibles de se trouver des personnes en situation de vulnérabilité (RTF, RPA, CHSLD, etc.);
- Favoriser des activités permettant de bonifier la littératie assurancielle, contractuelle, légale ou financière des personnes âgées ayant des incapacités en tenant compte de leur capacité de compréhension (développer un programme de formation);
- Développer des activités de sensibilisation où les droits des personnes ayant des incapacités sont mis de l'avant, droits qu'elles pourront promouvoir et revendiquer;
- Poursuivre la sensibilisation du grand public pour outiller les proches dans l'identification de la maltraitance et les préparer plus adéquatement à accueillir les demandes d'aide (ou dévoilements), le cas échéant (un angle possible à aborder lors des prochaines campagnes de sensibilisations provinciales);
- Veiller à ce que les programmes de formation permettent de développer des pratiques exemplaires en matière de défense de droits et d'exercice de la citoyenneté des personnes ayant des incapacités;
- Se coordonner avec le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et les divers Ordres professionnels afin que tout programme de formation de futurs intervenants ait un volet

réflexif et pratique sur les stratégies communicationnelles et les attitudes et comportements à adopter avec leur clientèle/usager ayant des incapacités;

- Se coordonner avec le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et les divers ordres professionnels afin que tout programme de formation pour les futurs intervenants auprès de personnes ayant des incapacités aborde le capacitisme, l'âgisme, le sexisme, le racisme et les effets de leur intersectionnalité;
- S'assurer que les formations au sujet de la maltraitance, notamment prévues dans le cadre du grand déploiement de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (L-6.3), rejoignent les intervenants du réseau public et communautaire et qu'elles soient élargies au secteur privé.

7.2.2 Repérage

Considérant que :

- Les indices de maltraitance chez une personne aînée sont souvent subtils;
- Dans les deux situations où les participants avaient des atteintes cognitives (incapacité intellectuelle et déficit de la mémoire), ce sont des intervenants du réseau public ou des proches qui ont repéré la maltraitance;
- Dans les autres situations, ce sont les personnes aînées elles-mêmes (seules ou avec le soutien d'un proche) qui ont demandé de l'aide ou dénoncé la situation.

Il est recommandé de s'assurer que :

- Tout programme de formation des futurs intervenants auprès de personnes ayant des incapacités aborde la reconnaissance de la maltraitance, ses indices et indicateurs;
- Tout programme de formation continue des intervenants des réseaux public, communautaire et privé, susceptibles d'interagir avec des personnes aînées ayant des incapacités aborde la reconnaissance de la maltraitance, ses indices et indicateurs;
- Les organismes qui accompagnent les proches des personnes aînées ayant des incapacités offrent des activités de sensibilisation afin de les outiller dans l'identification de la maltraitance, ses indices et indicateurs et qu'ils sachent vers quels services se diriger.

7.2.3 Intervention

Considérant que :

- Plusieurs situations de maltraitance ont été commises dans un contexte de soins et de services publics, communautaires ou privés, ce qui engage la responsabilité des organismes concernés;
- Les organismes de personnes ayant des incapacités ou de défense de leurs droits ont été peu engagés dans les suivis (peu de participants se sont tournés vers eux);
- Le cas de maltraitance envers un participant vivant en CHSLD et celui d'un autre sous régime de protection n'ont pas mené à l'application de la Loi L-6.3;
- Tous les participants ont connu des conséquences à court terme et que, pour plusieurs, ces dernières se sont établies à long terme;

- Les proches de ces personnes ont aussi subi les conséquences de la maltraitance, sans pour autant avoir de soutien.

Il est recommandé de s'assurer que :

- Les organismes se dotent de règles claires d'intervention permettant de réagir avec diligence à tout signalement, dénonciation ou plainte impliquant un de leurs employés;
- Les organismes de personnes ayant des incapacités ou de défense de leurs droits développent une expertise dans l'accompagnement de leurs membres ayant vécu de la maltraitance;
- La L-6.3 soit plus largement publicisée dans tous les organismes publics, communautaires ou privés offrant des soins ou services à des personnes âgées vivant avec des incapacités ou des adultes vivant un vieillissement accéléré, en vue d'en assurer une application unifiée;
- Un service d'accompagnement psychosocial soit non seulement offert à toute personne âgée avec des incapacités ayant été maltraitée, mais aussi à ses proches s'ils le désirent, afin de pallier les conséquences à court et long terme de la maltraitance.

7.2.4 Coordination

Considérant que :

- Pour plusieurs participants, cheminer dans leur trajectoire de services a demandé un nombre important de démarches;
- La coordination, lorsqu'il y en a eu, a émané soit d'intervenants sociaux du RSSS ou de l'organisme communautaire spécialisé en matière de lutte contre la maltraitance;
- Les organismes de personnes ayant des incapacités ou de défense de leurs droits ont peu été engagés dans les suivis.

Il est recommandé que :

- Chaque région du Québec, en collaboration avec les coordonnateurs régionaux de lutte contre la maltraitance, au moyen de leurs actions partenariales et collaboratives, se dote d'une trajectoire claire, connue et partagée de services afin de faciliter la collaboration intersectorielle;
- La trajectoire de services balise explicitement l'offre de services offerte à la population pour chacun des organismes publics, communautaires ou privés pouvant être impliqué, afin de limiter au maximum le phénomène des « portes tournantes » lors de la demande d'aide;
- Les organismes de personnes ayant des incapacités ou de défense de leurs droits soient des partenaires dans cette démarche de développement de trajectoire;
- Les structures locales et régionales de lutte contre la maltraitance animent le partage de pratiques inspirantes et une veille stratégique de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités et que ces informations soient partagées au niveau provincial.

7.3 Recommandations pour la recherche

Considérant que :

- Cette recherche est la première au Québec à concevoir l'incapacité non pas comme un facteur de vulnérabilité de la maltraitance chez les personnes âgées, mais bien comme une condition de certaines personnes qui mérite une attention entière;
- Cette recherche est la première à explorer sommairement les enjeux intersectionnels du capacitisme, de l'âgisme, du sexisme (seul le racisme n'a pas été étudié, car la composition de l'échantillon ne le permettait pas – tous les participants étant des francophones caucasiens);
- Cette recherche est la première au Québec à donner la parole à des personnes âgées en situation d'incapacité à la fois sur leur expérience de la maltraitance et sur leur trajectoire de services;
- Cette recherche centrée sur la maltraitance psychologique et la maltraitance matérielle et financière a permis d'effleurer d'autres types de maltraitance vécus par les participants;
- Certaines personnes ayant des incapacités n'ont pas pu participer à la recherche en raison même de leurs incapacités, ce qui pose la question du tiers répondant en recherche;
- Que la participation au projet ait été facilitée par une personne accompagnatrice pour deux participantes (même trois si l'on considère la présence du fils d'une participante);
- En dépit du déploiement d'une panoplie de stratégies, le recrutement pour ce projet de recherche a posé de nombreux défis;
- Près de la moitié des participants lient la situation de maltraitance à leur incapacité;
- La majorité des situations documentées se sont produites à domicile et dans un contexte de dispensation de soins ou de services;
- Aucun programme d'intervention spécifique n'a été développé (ou adapté) au Québec, donc il n'y a eu aucune recherche permettant d'évaluer les contenus, l'implantation de programme et ses effets;
- Cette recherche va mener dans les mois à venir à au développement d'une capsule de formation et à la production de dépliants.

Il est recommandé de :

- Prévoir avec des partenaires – tels la Ligne Aide Abus Aîné, des organismes de soutien aux personnes maltraitées, des organismes de soutien ou de défense des droits des personnes ayant des incapacités – de continuer à documenter la demande d'aide en situation de maltraitance chez les personnes âgées ayant des incapacités;
- Garder à jour une veille scientifique regroupant les écrits nationaux et internationaux qui documentent la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités;
- Prévoir une collecte de données permettant de documenter d'autres types de maltraitance que la maltraitance psychologique et la maltraitance matérielle et financière vécues par les personnes âgées ayant des incapacités;
- Considérer réaliser une recherche qui prendrait en compte la parole de témoins de maltraitance ou de tiers répondants, surtout quand les personnes ayant des incapacités ont du mal à relater leur expérience de maltraitance;
- Dans une visée émancipatrice et d'*empowerment* et dans la foulée des activités du LIPPA, développer, en projet-pilote, un programme de sensibilisation à la maltraitance par et pour les personnes âgées ayant des incapacités (avec un comité de pilotage constitué d'ânés ayant des incapacités) et évaluer leur expérience;

- Planter et évaluer l'implantation et les effets de ce projet-pilote;
- Selon les résultats du projet-pilote, évaluer la possibilité de déployer plus largement le programme au Québec;
- Financer une étude d'implantation du matériel de la capsule de formation et des dépliants découlant de notre projet;
- Créer un programme de bourse d'études avancées (travail social, psychologie, autres disciplines pertinentes) qui permettrait de soutenir un ou plusieurs projets de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées ayant des incapacités.

8. Conclusion

Cette recherche est la première au Québec à avoir documenté spécifiquement la maltraitance psychologique et la maltraitance matérielle et financière vécue par des personnes âgées ayant des incapacités. Elle leur a donné la parole à 11 personnes âgées ayant des incapacités pour qu'elles relatent leur expérience, en décrivant clairement les divers protagonistes impliqués, tant les personnes commettant les gestes de maltraitance que les témoins. Les participants devaient également décrire les conséquences à court et long terme découlant de cette maltraitance. Ce faisant, la recherche s'inscrit dans une visée émancipatrice de lutte contre le capacitisme, où la parole des principales personnes concernées est mise de l'avant. La recherche a aussi permis de décrire le tracé, parfois sinueux et complexe, des trajectoires de services des personnes maltraitées. Dans la quasi-totalité des situations, les trajectoires commencent par un dévoilement ou une demande d'aide à un proche et se poursuivent par le déploiement d'actions impliquant une série d'acteurs du réseau public, communautaire et privé. Fait marquant, les proches des personnes âgées sont continuellement présents dans les sillons de ces trajectoires.

Au total, 18 situations de maltraitance ayant eu lieu au cours des derniers cinq années ont été documentées. La collecte de données comprenait, certes, leur récit, mais aussi quelques documents que les participants et leurs proches ont spontanément remis à l'équipe de recherche. Une photographie du dessin de chaque trajectoire de services réalisée, séance tenante, par un des intervieweurs a été gardée. Chacune entrevue a été menée par un duo d'intervieweurs en raison de la sensibilité du sujet, et trois d'entre elles ont été réalisées, à la demande des participants, en présence d'une personne accompagnatrice, soit un proche, à deux reprises et une intervenante. Même si l'entrevue portait spécifiquement sur deux types de maltraitance, soit psychologique ou matérielle et financière, les personnes interviewées ont spontanément relaté d'autres expériences de maltraitance : sexuelle, âgisme, violation des droits, etc. Cela indique que d'autres collectes de données pourraient être effectuées pour mener à l'enrichissement de la compréhension de la maltraitance vécue par les personnes âgées ayant des incapacités. La section 7 relate, en guise de socle à nos recommandations, les principaux constats. Nous invitons les lecteurs à s'y référer puisque cette conclusion se concentre exclusivement sur une mise en perspective générale des données.

Ainsi, le recours au MDH-PPH pour situer la maltraitance envers les personnes ayant des incapacités a permis une analyse systémique de la question par la mise en relation des facteurs liés à la personne et ceux associés à l'environnement dans lequel elle évolue. Deux questions ont été posées au début de ce rapport : Comment la maltraitance présente au sein de l'environnement de la personne nuit-elle aux habitudes de vie? Et comment l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux influence-t-elle le rôle social de défense des droits? Voici quelques éléments de réponse.

Les habitudes de vie des personnes âgées ayant des incapacités sont chamboulées par la maltraitance. Que ce soit au moment même des événements ou par la suite, à court ou à long terme, les personnes éprouvent une série de sentiments et ont des réactions qui affectent leur quotidien sur les plans psychologique, physique, social et financier. Bref, aucune sphère de leur vie n'est épargnée. Notre recherche est la seule, en regard à l'état des connaissances dressé à la section 5.3 de ce rapport, à distinguer les conséquences post-événements en deux temps. Reconnaisant l'ampleur des conséquences à court terme, nous constatons qu'à long terme, les participants rapportent également des séquelles comme une incompréhension qui perdure, de la culpabilité, du stress, de la peur, de la perte de confiance et des prises de décisions qui pourraient avoir des conséquences importantes pour

leur santé. Par exemple, ces conséquences comprennent des idées suicidaires, un deuil difficile, une nervosité accrue, une altération de leur confiance en soi, l'isolement, une aggravation de problèmes de santé déjà présents, l'endettement, etc. Si une majorité des participants se montrent satisfaits de la façon dont la maltraitance a été réglée, force est de constater que l'accompagnement psychosocial pour favoriser la résilience pourrait être optimisé. C'est certes une voie prônée par de nombreux organismes qui accompagnent les victimes d'actes criminels, tel l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes qui insiste sur la nécessité de comprendre les diverses conséquences de la victimisation en vue d'offrir l'intervention adéquate (2018).

La défense des droits a été au cœur de cette recherche. Elle a d'abord été exprimée par certains participants qui ont affirmé que leur participation à cette recherche a été mue par le désir de mettre à contribution leur expérience difficile afin de prévenir de telles épreuves pour autrui. Dans leurs multiples démarches pour obtenir de l'aide, un changement d'intervenant pour s'affranchir de celui qui les aurait maltraités, une meilleure compréhension de la situation (surtout dans les situations de maltraitance qui engagement des documents assurantiels, légaux, ou autres), un contact avec la personne maltraitante ou autre, les participants affirmé leur volonté que leurs droits soient respectés. Cette recherche montre l'importance d'un accompagnement dans la défense des droits, en particulier en portant une attention spécifique à ce qu'ont révélé les personnes qui ont eu à mener leur démarche seules en plus de devoir surmonter de nombreux obstacles. Tous n'ont pas eu le sentiment que leurs droits avaient été enfin reconnus et que la situation se réglait avec satisfaction. Néanmoins, les droits des usagers du RSSS semblent avoir été pris en compte de façon satisfaisante. Pour la plupart, l'intervenant considéré comme maltraitant était rapidement retiré et la personne aînée était réaffectée à un autre intervenant et le dossier était traité par le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Toutefois, pour certains, ces droits n'étaient nullement connus ou, pour les participants qui les connaissaient, les droits ont été difficiles à actualiser et à faire reconnaître.

Cette recherche est un premier jalon au Québec en matière de maltraitance envers les personnes aînées ayant des incapacités. Elle s'inscrit dans la lignée d'une recension des écrits qu'avaient réalisée Dugas et Lamotte en 2015 pour l'OPHQ. De nombreuses pistes d'actions sont proposées afin de contribuer à une meilleure réponse et un meilleur soutien aux personnes aînées ayant des incapacités qui subissent de la maltraitance.

Le mot de la fin est laissé à un participant qui a eu un réel parcours du combattant pour tenter de dénouer sa situation. Il a cogné à de nombreuses portes sans succès. Son témoignage est partagé tel un cri du cœur pour inciter tout un chacun à faire le bout de chemin qu'il doit ou peut faire pour changer quelque chose dans la vie d'une personne ayant des incapacités qui demande de l'aide. C'est un cri qui s'adresse aux intervenants, mais aussi aux organismes pour assurer une meilleure coordination en remplacement d'une approche qui ressemble à une partie de ping-pong :

Moi, je peux vous dire qu'il y a plein de dépliants, il y a plein de groupes, il y a plein de choses. Mais, quand que tu arrives, que c'est un cas réel : « Oh, ça ne serait pas tout à fait nous autres, vous seriez mieux d'appeler là. » « Vous seriez mieux d'appeler là. » Tu te fais passer d'un à l'autre, finalement. Tu n'as pas personne, tu sais... Dans le fond, ils sont là pour t'aider, mais... [...] on dirait que, des fois, ça leur tente pas. (Participant 3).

9. Références

- Acierino, R., Watkins, J., Hernandez-Tejada, M. A., Muzzy, W., Frook, G., Steedley, M., & Anetzberger, G. (2019). Mental health correlates of financial mistreatment in the national elder mistreatment study wave II. *Journal of Aging and Health, 31*(7), 1196-1211. doi: 10.1177/0898264318767037
- Alexa, I. D., Ilie, A. C., Pislaru, A. I., Dronic, A., Gavrilovici, O., Alexa-Stratulat, T., Stefaniu, R., Sandu, I., Nuta, C., & Herghelegiu, A. M. (2020). Elder abuse and associated factors in Eastern Romania. *Psychogeriatrics, 20*(2). 196-205. doi: 10.1111/psyg.12488
- Anaut, M. (2015). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers, 121*(2), 28-39. doi:10.3917/rsi.121.0028
- Anne, T., McCall, M., & Tataru, T. (2005). An exploratory study of abuse among frail elders using services in a small village in Japan. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 17*(2), 1-20. doi: 10.1300/J084v17n02_01
- Ansello, E. & O'Neil, P. (2010). Abuse, neglect, and exploitation: Considerations in aging with lifelong disabilities. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 22*(1-2), 105-130. doi: 10.1080/08946560903436395
- Association Québécoise Plaidoyer-Victimes (AQPV) (2018). *Introduction à l'intervention auprès des victimes d'actes criminels*. 3^e édition revue et augmentée. Montréal : AQPV.
- Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (2018) Introduction to the section: Ageism – Concept and origins. Dans L. Ayalon, & C. Tesch-Römer (dir.) *Contemporary Perspectives on Ageism* (p. 1-10). Switzerland: Springer.
- Bagshaw, D., Wendt, S., Zannettino, L., & Adams, V. (2013). Financial abuse of older people by family members: Views and experiences of older Australians and their family members. *Australian Social Work, 66*(1), 86-103. doi: 10.1080/0312407X.2012.708762
- Baril, A. (2018). Les personnes suicidaires peuvent-elles parler? Théoriser l'oppression suicidiste à partir d'un modèle sociosubjectif du handicap. *Criminologie, 5* (2), 189–212.
- Barker, N. N., & Himchak, M. V. (2006). Environmental issues affecting elder abuse victims in their reception of community-based services. *Journal of Gerontological Social Work, 48*(1-2), 233-255. doi: 10.1300/J083v48n01_16
- Beaulieu, M., Leboeuf, R., Pelletier, C., & Cadieux Genesse, J. (2018). La maltraitance envers les personnes âgées. Dans Laforest, J., Bouchard, L.M. & Maurice, P. (dir.) *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique. Gouvernement du Québec. 170-197.

- Beaulieu, M., Pelletier, C. et Dubuc, M.-P. (2018). *Maximiser les activités de sensibilisation sur la maltraitance et l'intimidation envers les personnes âgées : Guide de pratique DAMIA. Pour personnes administratrices et coordonnatrices*. Québec. 78 p.
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogène* (225). 70-88.
- Blais, M. & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Boucher, N. (2003). Handicap, recherche et changement social. L'émergence du paradigme émancipatoire dans l'étude de l'exclusion sociale des personnes handicapées. *Lien social et Politiques*, 50, 147-154.
- Boudreau, J., Poupart, L., Leroux, K., & Gaudreault, A. (2018). *Introduction à l'intervention auprès des victimes d'actes criminels* (3^e éd) Québec : Association québécoise Plaidoyers-victimes. 354 p.
- Bourne, J. (1981). Cheerleaders and Ombudsmen: a sociology of race relations in Britain. *Race and Class*, 21(4), 331-352.
- Brodsky, A. E., & Cattaneo, L. B. (2013). A transconceptual model of empowerment and resilience: Divergence, convergence and interactions in kindred community concepts. *American Journal of Community Psychology*, 52, 333-346. doi: 10.1007/s10464-013-9599-x
- Burgess, A. W., Ramsey-Klawnsnik, H., & Gregorian, S. B. (2008). Comparing routes of reporting in elder sexual abuse cases. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(4), 336-352. doi: [10.1080/08946560802359250](https://doi.org/10.1080/08946560802359250)
- Burnes, D., Pillemer, K., Caccamise, P. L., Mason, A., Henderson, C. R., Berman, J., Cook, A. M., Shukoff, D., Brownell, P., Powell, M., Salamone, A., & 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*, 63(9), 1906-1912. doi: [10.1111/jgs.13601](https://doi.org/10.1111/jgs.13601)
- Burnes, D., Pillemer, K. & Lachs, M. (2016). Elder abuse severity: A critical but understudied dimension of victimization for clinicians and researchers. *The Gerontologist*, 57(4). 745-756 DOI: 10.1093/geront/gnv688
- Busby, F. (2010). A nation-wide elder and handicapped abuse help-line network – Call us and stamp out abuse now. *Ageing Int*, (35), 228-234.
- Campbell, R. C., Lichtenberg, P. A., Hall, L. N., Teresi, J. A. & Ocepek-Welikson, K. (2019). Assessment of financial decision making: an informant scale. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 31(2), 115-128. doi: [10.1080/08946566.2018.1556762](https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1556762)
- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2018). À propos : un CIUSSS unique. Repéré à : <https://www.santeestrie.qc.ca/a-propos/>

- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2016). Plan d'organisation du CIUSSS de l'Estrie-CHUS 2015-2017 : Engagement, Humanisme, Adaptabilité. Repéré à : https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/A_propos/Documents-divers/Planorganisation_15-17_2juin2016_br.pdf
- Chane, S. & Adamek, M. E. (2015). « Death is better than misery »: Elders' accounts of abuse and neglect in Ethiopia. *The International Journal of Aging & Human Development*, 82(1), 54-78. doi: [10.1177/0091415015624226](https://doi.org/10.1177/0091415015624226)
- Chen, R. & Dong, X. (2017). Risk factors of elder abuse. Dans X. Dong (dir.), *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (p. 93-107). Springer International Publishing. doi: [10.1007/978-3-319-47504-2_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-47504-2_5)
- Choi, N. G. & Mayer, J. (2000). Elder abuse, neglect, and exploitation: Risk factors and prevention strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33(2), 5-25. doi: [10.1300/J083v33n02_02](https://doi.org/10.1300/J083v33n02_02)
- Commission ontarienne des droits de la personne (S.D.). *Racisme et la Discrimination raciale - Discrimination systémique*. <https://www.ohrc.on.ca/fr/capacitisme-attitudes-n%C3%A9gatives-st%C3%A9r%C3%A9otypes-et-stigmatisation-fiche>, consultée le 2 janvier 2022.
- Conner, T., Prokhorov, A., Page, C., Fang, Y., Xiao, Y., & 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. doi: [10.1177/0886260510362880](https://doi.org/10.1177/0886260510362880)
- Cooper, C., Manela, M., Katona, C., & Livingston, G. (2008). Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 283-288. doi: [10.1002/gps.1875](https://doi.org/10.1002/gps.1875)
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4e éd.). Los Angeles : Sage.
- Crevier, M. (2020). *L'approche politique du care pour comprendre le bénévolat dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées*. Thèse de doctorat en gérontologie. Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- Dalley, G., Gilhooly, M. L., Gilhooly, K., Levi, M., & Harries, P. (2017). Researching the financial abuse of individuals lacking mental capacity. *Journal of Adult Protection*, 19(6), 394-405. doi: [10.1108/JAP-05-2017-0022](https://doi.org/10.1108/JAP-05-2017-0022)

- Davies, M., Harries, P., Cairns, D., Stanley, D., Gilhooly, M., Gilhooly, K., Notley, E., Gilbert, A., Penhale, B., & Hennessy, C. (2011). Factors used in the detection of elder financial abuse: A judgement and decision-making study of social workers and their managers. *International Social Work*, 54(3), 404-420. doi: [10.1177/0020872810396256](https://doi.org/10.1177/0020872810396256)
- Del Bove, G. D., Stermac, L., & Bainbridge, D. (2005). Comparisons of sexual assault among older and younger women. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(3), 1-18. doi: [10.1300/J084v17n03_01](https://doi.org/10.1300/J084v17n03_01)
- Desmarais, D., Fortier, I., & Rhéaume, J. (2012). *Transformations de la modernité et pratiques (auto)biographiques*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Dhavernas, M.-J. & Kandel, L. (2020). Sexisme, *Encyclopaedia Universalis*. [En ligne]. Repéré à <https://www.universalis.fr/encyclopedie/sexisme/>
- Dong, X.Q. (2015). Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *J AM Geriatr Soc*, 63(6), 1214-1235.
- Dong, X., Chang, E.-S., Wong, E., Wong, B., & Simon, M. A. (2014). Association of depressive symptomatology and elder mistreatment in a US Chinese population: Findings from a community-based participatory research study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(1), 81-98. doi: [10.1080/10926771.2014.864740](https://doi.org/10.1080/10926771.2014.864740)
- Dong, X., Chen, R., & Simon, M. A. (2014). Elder abuse and dementia: A review of the research and health policy. *Health Affairs*, 33(4), 642-649. doi: [10.1377/hlthaff.2013.1261](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1261)
- Dong, X. & Simon, M. A. (2014). Vulnerability risk index profile for elder abuse in a community-dwelling population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(1), 10-15. doi: [10.1111/jgs.12621](https://doi.org/10.1111/jgs.12621)
- Dong, X., Simon, M., Beck, T., & Evans, D. (2014). Decline in cognitive function and elder mistreatment: Findings from the Chicago health and aging project. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(6), 598-605. doi: [10.1016/j.jagp.2012.11.004](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.11.004)
- Dong, X., Simon, M., & Evans, D. (2012). Decline in physical function and risk of elder abuse reported to social services in a community-dwelling population of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), 1922-1928. doi :[10.1111/j.1532-5415.2012.04147.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04147.x)
- Dong, X., Simon, M., & Evans, D. (2014). A population-based study of physical function and risk for elder abuse reported to social service agency: Findings from the Chicago health and aging project. *Journal of Applied Gerontology*, 33(7), 808-830. doi: [10.1177/0733464812459371](https://doi.org/10.1177/0733464812459371)
- Dong, X., Simon, M., Rajan, K., & Evans, D. A. (2011). Association of cognitive function and risk for elder abuse in a community-dwelling population. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 32(3), 209-215. doi: [10.1159/000334047](https://doi.org/10.1159/000334047)

- D'Huyteza, A. (2000). La maltraitance et les personnes ayant un handicap mental. *Adsp*, (31), 38-41.
- Dufour, P. (2013). Le modèle social du handicap : un travail de réponse?, *Hypothèse*, En ligne : <https://homde.hypotheses.org/181>
- Dugas, L. & Lamotte, P. (2015). *La maltraitance envers les personnes handicapées : recension des écrits et portrait statistique*, Drummondville, Direction de l'évaluation, de la recherche et des communications, Office des personnes handicapées du Québec, 44 p.
- Éditeur officiel du Québec. (2020). *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et social*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/E-20.1.pdf>
- Ernst, J. S. (2019). Older adults neglected by their caregivers: vulnerabilities and risks identified in an adult protective services sample. *The Journal of Adult Protection*, 21(1), 5-15. doi: [10.1108/JAP-07-2018-0014](https://doi.org/10.1108/JAP-07-2018-0014)
- Fang, B., Yan, E., Chan, K. L., & Ip, P. (2018). Elder abuse and its medical outcomes in older Chinese people with cognitive and physical impairments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(8), 1038-1047. doi: [10.1002/gps.4890](https://doi.org/10.1002/gps.4890)
- Fang, B., Yan, E., & Lai, D. W. L. (2019). Risk and protective factors associated with domestic abuse among older Chinese in the People's Republic of China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 120-127. doi: [10.1016/j.archger.2019.02.001](https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.001).
- Faustino, A. M., Gandolfi, L., & Barroso de Azevedo Mourak, L. (2014). Functional capability and violence situations against the elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(5), 392-398. doi : [10.1590/1982-0194201400066](https://doi.org/10.1590/1982-0194201400066)
- Feltner, C., Wallace, I., Berkman, N., Kistler, C. E., Middleton, J. C., Barclay, C., Higginbotham, L., Green, J. T., & Jonas, D. E. (2018). Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: Evidence report and systematic review for the US Preventive services task force. *JAMA*, 320(16), 1688. doi: [10.1001/jama.2018.13212](https://doi.org/10.1001/jama.2018.13212)
- Fileborn, B. (2017). Sexual assault and justice for older women: A critical review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(5), 496-507. doi: [10.1177/1524838016641666](https://doi.org/10.1177/1524838016641666)
- Flint, L. A., Sudore, R. L., & Widera, E. (2012). Assessing financial capacity impairment in older adults. *Generations*, 36(2), 59-65.
- Fougeyrollas, P. (1986). Processus de production du handicap et lutte pour l'autonomie des personnes handicapées. *Anthropologie et sociétés*, 10(2), 183-186. doi : [10.7202/006357ar](https://doi.org/10.7202/006357ar)
- Fournier, C., Godbout, M. & Cazale, L. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée, Volume 1*. Québec, Institut de la statistique du Québec, 71 p.

- Frazão, S. L., Correia, A. M., Norton, P., & Magalhães, T. (2015). Physical abuse against elderly persons in institutional settings. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 36, 54-60. doi: [10.1016/j.jflm.2015.09.002](https://doi.org/10.1016/j.jflm.2015.09.002)
- Frazão, S., Santos Silva, M., Norton, P. & Magalhães, T. (2014), Domestic violence against elderly with disability. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, (28), 19-24. doi: [10.1016/j.jflm.2014.09.003](https://doi.org/10.1016/j.jflm.2014.09.003)
- Fulmer, T., Paveza, G., Vandeweerd, C., Fairchild, S., Guadano, L., Bolton-Blatt, M., & Robert, M. (2005). Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect. *The Gerontologist*, 45(4), 525-534. doi: [10.1093/geront/45.4.525](https://doi.org/10.1093/geront/45.4.525)
- Fulmer, T., Rodgers, R. F., & Pelger, A. (2014). Verbal Mistreatment of the Elderly. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(4), 351-364. Doi: [10.1080/08946566.2013.801817](https://doi.org/10.1080/08946566.2013.801817)
- Gabbaï, P. (2004). Longévité et avance en âge - Des personnes handicapées mentales et physiques. *Gérontologie et société*, 27(10), 47-73. doi : [10.3917/gs.110.0047](https://doi.org/10.3917/gs.110.0047)
- Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., Lòpez-Pouse, S., Juvinyà, D., Vilà, A., & Vilatlta-Franch, J. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(5), 815-822. doi : [10.1111/j.1532-5415.2009.02221.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02221.x)
- Gassoumis, Z. D., Navarro, A. E., & Wilber, K. H. (2015). Protecting victims of elder financial exploitation: The role of an Elder Abuse Forensic Center in referring victims for conservatorship. *Aging & Mental Health*, 19(9), 790-798. Doi: [10.1080/13607863.2014.962011](https://doi.org/10.1080/13607863.2014.962011)
- Garrau, M. (2013). Regards croisés sur la vulnérabilité. Anthropologie conjonctive et épistémologie du dialogue. *Tracés*, 13, 141-166. Repéré à : <https://journals.openedition.org/traces/5731>
- Genard, J.-L. (2015). L'humain sous l'horizon de l'incapacité. Recherches sociologiques et anthropologiques, 46-1. Repéré à : [http:// journals.openedition.org/rsa/1424](http://journals.openedition.org/rsa/1424)
- Ghesquiere, A. R., McAfee, C., & Burnett, J. (2019). Measures of Financial Capacity: A Review. *The Gerontologist*, 59(2), e109-e129. doi: [10.1093/geront/gnx045](https://doi.org/10.1093/geront/gnx045)
- Gingras, L. (2020). *Enquête sur la maltraitance envers les personnes âgées au Québec 2019. Portrait de la maltraitance vécue à domicile*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 153 p. Repéré à www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/securite/victimisation/maltraitance-personnes-ainees-domicile-2019-portrait.pdf
- Giraldo-Rodriguez, L., Rosas-Carrasco, O. & Mino-Leon, D. (2015). Abuse in Mexican older adults with long-term disability: National prevalence and associated factors. *JAGS*, 8(63), 1594-1600. doi: [10.1111/jgs.13552](https://doi.org/10.1111/jgs.13552)

- Gouvernement du Québec. (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. 82 p.
- Gouvernement du Québec. (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. 613 p.
- Gouvernement du Québec. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. Repéré à : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf>
- Gouvernement du Québec – Ministère de la Famille. (2018). *Les aînés du Québec – Quelques données récentes (2^e édition)*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebec-chiffres.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2020). *Charte des droits et libertés de la personne*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-12>
- Gouvernement du Québec – Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation. (s.d.). *Répertoire des municipalités*. Repéré à <https://www.mamh.gouv.qc.ca/repertoire-des-municipalites>
- Grant, M. J. & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, (26), 91-108. doi: [10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x)
- Hamby, S., Smith, A., Mitchell, K., & Turner, H. (2016). Poly-victimization and resilience portfolios: Trends in violence research that can enhance the understanding and prevention of elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 28(4-5), 217-234. doi: 10.1080/08946566.2016.1232182
- Hansberry M. R., Chen E., & Gorbien M. J. (2005). Dementia and elder abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2), 315-332. doi: [10.1016/j.cger.2004.11.002](https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.11.002)
- Harper, E. (2012). *Regards sur l'intersectionnalité*. Rapport du CRI-VIFF. Collection Études et analyses (44) CRI_VIFF en collaboration avec Relais-femmes.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L., McCoy, E., Mikton, C., Shakespeare, T. & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, (379), 1621-1629. doi: [10.1016/S0140-6736\(11\)61851-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61851-5)
- Institut de la statistique du Québec. (2012). *Le vieillissement démographique : de nombreux enjeux à déchiffrer*. Gouvernement du Québec, Québec. 260 p.
- Jacelon, C. S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 123-129. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025123.x

- Johannesen, M. & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42(3), 292-298. doi: [10.1093/ageing/afs195](https://doi.org/10.1093/ageing/afs195)
- Kamavarapu, Y. S., Ferriter, M., Morton, S., & Völlm, B. (2017). Institutional abuse – Characteristics of victims, perpetrators and organisations: A systematic review. *European Psychiatry*, 40, 45-54. doi: [10.1016/j.eurpsy.2016.07.002](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.07.002)
- Karp, N. (2012). Protecting older investors: The challenge of diminished capacity. *Generations*, 36(2), 33-38.
- Kralik, D., Van Loon, A., & Visentin, K. (2006). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*, 14(2), 187-201. doi: [10.1080/09650790600718035](https://doi.org/10.1080/09650790600718035)
- Lagacé, M. (2015). Introduction. Dans M. Lagacé (Dir.), *Représentations et discours sur le vieillissement : la face cachée de l'âgisme?* (p. 1-3). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lalitha, K. & Aswartha Reddy, A. (2017). Level of disability, social supports and depression as correlates to elder abuse among older men and women. *Journal of Psychosocial Research*, 12(1), 107-115.
- Leduc, V., Boukala, M., Rouleau, J., Louw, A., McAskill, A., Thérout, C., Heussaff, S., Grenier, L., Bernier, M., Bouscatier, S., Marcelli, E., Parent, L., Saunders, D., Tembeck, T., Angrignon-Girouard, O., Grimard, C (2020). *Les pratiques artistiques des personnes sourdes ou handicapées au Canada*. Rapport de recherche. Montréal : Conseil des arts du Canada.
- Lee, M. (2008). Caregiver stress and elder abuse among Korean family caregivers of older adults with disabilities. *Journal of Family Violence*, 23(8), 707-712. doi: [10.1007/s10896-008-9195-2](https://doi.org/10.1007/s10896-008-9195-2)
- Lee, M. & Kolomer, S. (2005). Caregiver burden, dementia, and elder abuse in South Korea. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(1), 61-74. Doi: [10.1300/J084v17n01_04](https://doi.org/10.1300/J084v17n01_04)
- Le réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH). (2021a). Le modèle du MDH-PPH. Repéré à : <http://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>
- Le réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH). (2021b). Le modèle du MDH-PPH – Concepts-clés. Repéré à : <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>
- Lichtenberg, P. A. (2016). Financial exploitation, financial capacity, and Alzheimer's disease. *American Psychologist*, 71(4), 312-320. doi: [10.1037/a0040192](https://doi.org/10.1037/a0040192)
- Lichtenberg, P. A., Ficker, L. J., & Rahman-Filipiak, A. (2016). Financial decision-making abilities and financial exploitation in older African Americans: Preliminary validity evidence for the Lichtenberg Financial Decision Rating Scale (LFDRS). *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 28(1), 14-33. doi: [10.1080/08946566.2015.1078760](https://doi.org/10.1080/08946566.2015.1078760)

- Lichtenberg, P. A., Stoltman, J., Ficker, L. J., Iris, M., & Mast, B. (2015). A person-centered approach to financial capacity assessment: Preliminary development of a new rating scale. *Clinical Gerontologist*, 38(1), 49-67. doi: [10.1080/07317115.2014.970318](https://doi.org/10.1080/07317115.2014.970318)
- Lightfoot, E., & Williams, O. (2009a). Critical issues in researching domestic violence among people of color with disabilities. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(2), 200-219. doi: [10.1080/10926770802675684](https://doi.org/10.1080/10926770802675684)
- Lightfoot, E., & Williams, O. (2009b). The intersection of disability, diversity, and domestic violence: Results of national focus groups. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(2), 133-152. doi: [10.1080/10926770802675551](https://doi.org/10.1080/10926770802675551)
- Lin, M.-C. (2020). Communication neglect, caregiver anger and hostility, and perceptions of older care receivers' cognitive status and problem behaviors in explaining elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 32(3), 235-258. doi: [10.1080/08946566.2020.1741054](https://doi.org/10.1080/08946566.2020.1741054)
- Lund, E. & Hammond, M. (2014). Single-session intervention for abuse awareness among people with developmental disabilities. *Sexuality & Disability*, 32(1), 99-105. doi: [10.1007/s11195-013-9335-3](https://doi.org/10.1007/s11195-013-9335-3)
- Lundy, M. & Grossman, S. (2009). Domestic violence service users: A comparison of older and younger women victims. *Journal of Family Violence*, 24(5), 297-309. doi: [10.1007/s10896-009-9230-y](https://doi.org/10.1007/s10896-009-9230-y)
- McCawley A, Tilse C, Wilson J, Rosenman L, & Setterlund D. (2006). Access to assets: older people with impaired capacity and financial abuse. *Journal of Adult Protection*, 8(1), 20-32. doi: [10.1108/14668203200600004](https://doi.org/10.1108/14668203200600004)
- McDonald, L. (2018). The mistreatment of older Canadians: findings from the 2015 national prevalence study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 30(3), 176-208. doi: [10.1080/08946566.2018.1452657](https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1452657)
- Michallet, B. (2010). Perspective historique, défis théorique et enjeux cliniques, *Frontières*, 22(1-2), 10-18. doi: <https://doi.org/10.7202/045021ar>
- Mills, W. L., Roush, R. E., Moye, J., Kunik, M. E., Wilson, N. L., Taffet, G. E., & Naik, A. D. (2012). An educational program to assist clinicians in identifying elder investment fraud and financial exploitation. *Gerontology & Geriatrics Education*, 33(4), 351-363. doi: [10.1080/02701960.2012.702164](https://doi.org/10.1080/02701960.2012.702164)
- Moore, C. & Browne, C. (2017). Emerging innovations, best practices, and evidence-based practices in elder abuse and neglect: A review of recent developments in the field. *Journal of Family Violence*, 32(4), 383-397. doi: [10.1007/s10896-016-9812-4](https://doi.org/10.1007/s10896-016-9812-4)

- Mouton, C. P., Haas, A., Karmarkar, A., Kuo, Y.-F., & Ottenbacher, K. (2019). Elder abuse and mistreatment: results from medicare claims data. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 31(4-5), 263-280. doi: [10.1080/08946566.2019.1678544](https://doi.org/10.1080/08946566.2019.1678544)
- Nahmiash, D. (2004). Powerlessness and abuse and neglect of older adults. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 14(1), 21-47. doi: 10.1300/J084v14n01_02
- Naughton, C., Drennan, J., & Lafferty, A. (2014). Older people's perceptions of the term elder abuse and characteristics associated with a lower level of awareness. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(3), 300-318. doi: [10.1080/08946566.2013.867242](https://doi.org/10.1080/08946566.2013.867242)
- National Initiative for the Care of the Elderly (NICE). (2016). Into the light: National survey on the mistreatment of older Canadians 2015. Repéré à <https://cnpea.ca/images/canada-report-june-7-2016-pre-study-lynnmcdonald.pdf>
- Olofsson, N., Lindqvist, K., Danielsson, I. (2012). Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65-84 years. *Public Health*, 126(4). 358-364. DOI: 10.1016/j.puhe.2012.01.015
- O'Leary, V. E., & Bhaju, J. (2006). Resilience and Empowerment. Dans J. Worell, et C. D. Goodheart (Dir.). *Handbook of girls' and women's psychological health* (p. 157-165). Oxford: Oxford University Press.
- Oliver, M. (2004). The social model in action: If I had a hammer. Dans C. Barnes et G. Mercer (dir.), *Implementing the Social Model of Disability. Theory and Research* (p. 18-31). Leeds, UK : Disability Press.
- Oliver, M. (1997). Emancipatory research: Realistic goal or impossible dream? Dans C. Barnes et G. Mercer (dir.), *Doing Disability Research* (p. 15-31). Leeds, UK: Disability Press.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2021). *Rapport mondial sur l'âgisme. Résumé d'orientation*. OMS. ISBN:978-92-4-002052
- Paillé, P. & Mucchielli, A (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3^e éd). Paris : Armand Colin.
- Paperman, P. (2011). Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel. Dans P. Paperman, et S. Laugier (Dir.). *Le souci des autres. Éthique et politique du care* (nouvelle édition augmentée, p. 321-338). Paris : École des Hautes études en sciences sociales.
- Parent, L. (2017). Ableism/disablism, on dit ça comment en français? *Canadian Journal of Disability Studies*, 6(2), 183-212. doi: [10.15353/cjds.v6i2.355](https://doi.org/10.15353/cjds.v6i2.355)
- Park, E. O. (2019). Most prevalent type of elder abuse and its correlation with elder depression, *Acta Paul Enferm*, 32(1), 95-100. doi: 10.1590/1982-0194201900013

- Peterson, J. C., Burnes, D. P. R., Caccamise, P. L., Mason, A., Henderson, C. R. Jr., Wells, M. T., Berman, J., Cook, A. M., Shukoff, D., Brownell, P., Powell, M., Salamone, A., Pillemer, K. A., & Lachs, M. S. (2014). Financial exploitation of older adults: A population-based prevalence study. *Journal of General Internal Medicine*, 29(12), 1615-1623. doi: [10.1007/s11606-014-2946-2](https://doi.org/10.1007/s11606-014-2946-2)
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(S2), S194-S205.
- Podnieks, E., Pillemer, K., Nicholson, J. P., Shillington, T., & Frizzel, A. (1990). National survey on abuse of the elderly in Canada: The Ryerson study. Repéré à <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Photocopy/139167NCJRS.pdf>
- Pottie Bunge, V. (2000). *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2000* (publication n° 85-224-XIF). Statistique Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-224-x/85-224-x2000000-fra.pdf?st=v05k9j_Z
- Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Ligne Aide Abus Aînés, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec (2017). *Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées*. 2 p.
- Racic, M., Sebreška, S., Kozomara, L., Debelnogić, B., & Tepić, R. (2006). The prevalence of mistreatment among the elderly with mental disorders in primary health care settings. *The Journal of Adult Protection*, 8(4), 20-24. doi: [10.1108/14668203200600025](https://doi.org/10.1108/14668203200600025)
- Reeves, S. & Wysong, J. (2010). Strategies to Address Financial Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22(3-4), 328-334. doi: [10.1080/08946566.2010.490182](https://doi.org/10.1080/08946566.2010.490182)
- Rivera-Navarro, J. & Contador, I. (2019). Family caregivers' perceptions of maltreatment of older adults with dementia: findings from the northwest of Spain. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 31(1), 77-95. doi: [10.1080/08946566.2018.1543623](https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1543623)
- Roberto, K. A., Teaster, P. B., & Duke, J. O. (2004). Older Women Who Experience Mistreatment: Circumstances and Outcomes. *Journal of Women & Aging*, 16(1/2), 3-16. doi: [10.1300/J074v16n01_02](https://doi.org/10.1300/J074v16n01_02)
- Sapey, B. (2010). La politique du handicap : un modèle reposant sur l'autonomie individuelle. *Informations sociales*, 3(159), 128-137.
- Sasaki, M., Arai, Y., Kumamoto, K., Abe, K., Arai, A., & Mizuno, Y. (2007). Factors related to potentially harmful behaviors towards disabled older people by family caregivers in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 250-257. doi: [10.1002/gps.1670](https://doi.org/10.1002/gps.1670)

- Sathya, T. & Premkumar, R. (2020). Association of functional limitations and disability with elder abuse in India: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 20(220). doi: [10.1186/s12877-020-01619-3](https://doi.org/10.1186/s12877-020-01619-3)
- Şen, F. & Meriç, M. (2020) Determination of abuse and depression in the elderly. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 32:1, 60-71. doi: [10.1080/08946566.2019.1691697](https://doi.org/10.1080/08946566.2019.1691697)
- Serra, L., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Ruisoto, P., Jenaro, C., Flores, N., Ramos, F., & Rivera-Navarro, J. (2018). Resilience and social support as protective factors against abuse of patients with dementia: A study on family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(8), 1132-1138. doi: [10.1002/gps.4905](https://doi.org/10.1002/gps.4905)
- Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Zhang, Z., Barboza, G. E., Griffiore, R. J., Von Heydrich, L., Post, L. A., Weatherill, R. P., & 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 & Neglect*, 24(1), 65-83. doi: [10.1080/08946566.2011.608056](https://doi.org/10.1080/08946566.2011.608056)
- Sherwood-Johnson, F. (2013). Constructions of ‘vulnerability’ in comparative perspective: Scottish protection policies and the trouble with ‘adults at risk’. *Disability and Society*, 28(7), 908-921. doi: [10.1080/09687599.2012.732541](https://doi.org/10.1080/09687599.2012.732541)
- Stannard, C. I. (1973). Old folks and dirty work: The social conditions for patient abuse in a nursing home. *Social Problems* 20(3). 329-342. doi: [10.2307/799597](https://doi.org/10.2307/799597)
- Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 50, 101339. doi: [10.1016/j.avb.2019.101339](https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339)
- Taylor, B. J., Killick, C., O’Brien, M., Begley, E., & Carter-Anand, J. (2014). Older people’s conceptualization of elder abuse and neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(3), 223-243. doi: [10.1080/08946566.2013.795881](https://doi.org/10.1080/08946566.2013.795881)
- Tchotourian, I. (2016). Littératie financière : une solution efficace pour la protection des personnes âgées? *Revue générale de droit*, 46, 155-217. doi: [10.7202/1036162ar](https://doi.org/10.7202/1036162ar)
- Tremblay, M. & Hudon, I. (2014). La recherche participative et émancipatoire en déficience intellectuelle : vers une éthique de la citoyenneté. Dans G. Petitpierre & B-M. Martini-Willemin (Dir.). *Méthodes de recherche dans le champ de la déficience intellectuelle : nouvelles postures et nouvelles modalités* (149-186). Berne : Peter Lane.
- Tronetti, P. (2014). Evaluating abuse in the patient with dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(4), 825-838. doi: [10.1016/j.cger.2014.08.010](https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.010)
- Välimäki, T., Mäki-Petäjä-Leinonen, A., & Vaismoradi, M. (2020). Abuse in the caregiving relationship between older people with memory disorders and family caregivers: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 10.1111/jan.14397. Advance online publication. doi: [10.1111/jan.14397](https://doi.org/10.1111/jan.14397)

- Walsh, C. A., Olson, J. L., Ploeg, J., Lohfeld, L., & MacMillan, H. (2010). Elder abuse and oppression: Voices of marginalized elders. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(1), 17-42. doi: [10.1080/08946566.2011.534705](https://doi.org/10.1080/08946566.2011.534705)
- Warmling, D., Lindner, S. R., & Coelho, E. B. S. (2017). Intimate partner violence prevalence in the elderly and associated factors: systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva; Rio de Janeiro*, 22(9), 3111-3125. doi: [10.1590/1413-81232017229.12312017](https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12312017)
- Weerd, C. V. & Paveza, G. J. (2006). Verbal mistreatment in older adults: A look at persons with Alzheimer's disease and their caregivers in the State of Florida. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(4), 11-30. doi: [10.1300/J084v17n04_02](https://doi.org/10.1300/J084v17n04_02)
- Weissberger, G. H., Mosqueda, L., Nguyen, A. L., Samek, A., Boyle, P. A., Nguyen, C. P., & Han, S. D. (2020). Physical and mental health correlates of perceived financial exploitation in older adults: Preliminary findings from the Finance, Cognition, and Health in Elders Study (FINCHES). *Aging & Mental Health*, 24(5), 740-746. doi: [10.1080/13607863.2019.1571020](https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1571020)
- Wieviorka, M. (1999). *Racisme*. Dans Akoun et Amsart (Eds.) Dictionnaire de la sociologie. (p. 437). Paris : Le Robert / Seuil.
- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., & Fitzgerald, W. (2010). Screening for abuse and neglect of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(3), 493-500. doi: [10.1111/j.1532-5415.2010.02737.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02737.x)
- Yan, E. C.-W. & Tang, C. S.-K. (2004). Elder abuse by caregivers: A study of prevalence and risk factors in Hong Kong Chinese families. *Journal of Family Violence*, 19(5), 269-277. doi: [10.1023/B:JOFV.0000042077.95692.71](https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000042077.95692.71)
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research. Design and Methods*. (5e éd.). Thousand Oaks: Sage.
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 5(2). e147-e156. doi: [10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2018). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58-67. doi: [10.1093/eurpub/cky093](https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093)
- Zhang, Z., Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Barboza, G. E., Griffore, R. J., Post, L. A., Weatherill, R. P., & Mastin, T. (2010). Neglect of Older Adults in Michigan Nursing Homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(1), 58-74. doi: [10.1080/08946566.2011.534708](https://doi.org/10.1080/08946566.2011.534708)

Centre de recherche
sur le vieillissement

Maltraitance psychologique et financière envers les personnes âgées ayant des incapacités au Québec

La Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées et le CIUSSS de l'Estrie-CHUS, avec le soutien financier de l'Office des personnes handicapées du Québec, souhaitent recueillir vos propos concernant une expérience de maltraitance psychologique ou financière.

➤ Documenter la problématique de la maltraitance psychologique ou matérielle et financière envers les personnes âgées ou les adultes vivant un vieillissement accéléré ayant des incapacités en vue de bonifier les pratiques.

- Participez à une **entrevue de recherche** afin de partager votre expérience;
- Les informations transmises resteront **confidentielles**.

Contactez Anabelle Rondeau-Leclaire, coordonnatrice du projet de recherche
819-780-2220 poste 45039 ou anabelle.rondeau-leclaire@usherbrooke.ca

* Cette affiche fut approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.



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

[illegible]



Vous avez de l'intérêt?

- Participez à une entrevue de recherche afin de partager votre expérience.
- Les informations transmises resteront confidentielles.
- Pour plus d'informations ou pour participer au projet, contactez Anabelle Rondeau-Leclaire au (819) 780-2220 poste 45039

Afin de participer au projet de recherche, contactez:

Anabelle Rondeau-Leclaire
Coordonnatrice du projet de recherche
(819) 780-2220 poste 45039
anabelle.rondeau-leclaire@usherbrooke.ca

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke
Québec



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



Centre de recherche
sur le vieillissement

Vous êtes un(e) aîné(e) ayant une incapacité et avez vécu de la maltraitance psychologique ou de l'exploitation financière?

Vous souhaitez contribuer à bonifier les services offerts en situation de maltraitance et prévenir des situations similaires?

Si oui, nous aimerions discuter avec vous!

Projet de recherche

Maltraitance psychologique et financière envers les personnes âgées ayant des incapacités au Québec

Projet de recherche financé par l'Office des personnes handicapées du Québec, mené par la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées en partenariat avec le CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

BUT DU PROJET DE RECHERCHE

- Mieux comprendre l'expérience de la maltraitance psychologique ou matérielle et financière vécue par les personnes âgées ou les adultes vivant un vieillissement accéléré ayant des incapacités;
- Améliorer les services aux aîné(e)s.



*Ce dépliant fut approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.



Qu'est-ce que la maltraitance envers les personnes âgées ?

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

Gouvernement du Québec. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. 88 p.

Qu'est-ce que la maltraitance psychologique ?

« Il y a maltraitance psychologique lorsque des gestes, des paroles ou des attitudes affectent le bien-être ou l'intégrité psychologique d'une personne âgée »

Par exemple, cela peut être :

- Chantage affectif, insultes, humiliation, menace, surveillance exagérée des activités, rejet, isolement social, indifférence, etc.

Qu'est-ce que la maltraitance financière ?

« Il y a maltraitance financière lorsqu'une personne obtient ou utilise frauduleusement, illégalement, sans autorisation des biens ou des documents légaux de la personne âgée. Il y a également maltraitance lorsque la personne ne transmet pas l'information ou modifie les informations financières ou légales transmises à la personne âgée. »

Par exemple, cela peut être :

- Une pression pour modifier le testament, une utilisation non autorisée d'une carte bancaire, un détournement de fonds, une usurpation d'identité, ne pas gérer les biens dans l'intérêt de la personne, etc.

ANNEXE B : Liste des organismes communautaires contactés pour le recrutement

Organismes communautaires de la région de l’Estrie
Association coopérative d’économie familiale de l’Estrie (ACEF Estrie)
Action Handicap Estrie <u>Inclut les organismes communautaires suivant :</u> - Association de la paralysie cérébrale du Québec Inc. - Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle - Association des Accidentés Cérébro-vasculaires et traumatisés crâniens de l’Estrie - Association des personnes handicapées de la MRC de Coaticook - Association des personnes handicapées visuelles de l’Estrie - Association des sourds de l’Estrie - Conseil des aveugles de Memphrémagog - Handi Apte - Handi-Capable - Han-Droits
Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR)
Association des personnes aphasiques de Granby (APAG)
Association des personnes handicapées de la MRC de Coaticook
Association Granby pour la déficience intellectuelle et l’autisme
Centre d’assistance et d’accompagnement aux plaintes (CAAP)
Centre d’action bénévole de Granby (services de maintien à domicile)
Centre d’action bénévole de Magog (Carrefour du partage)
Centre d’action bénévole de Richmond
Centre d’action bénévole de Valcourt et région
Centre d’action bénévole de Windsor
Centre d’action bénévole des sources
Centre d’action bénévole du Haut-Saint-François
Centre d’action bénévoles de Coaticook
Centre l’Élan
Club des personnes handicapées Brome-Missisquoi inc.
Comité de prévention de la maltraitance de la Table de concertation contre la maltraitance envers les personnes âgées de la MRC de Coaticook
Coopérative de services à domicile de l’Estrie
DIRA-Estrie
Dysphasie Estrie
FADOQ – Région Estrie
Handi Apte
Han-Droits
La Cordée
Laboratoire d’innovations par et pour les aînés (LIPPA)
Parkinson Estrie
Petits Frères de Sherbrooke
Popote roulante

Pro-DEF Estrie
Promotion Handicap Estrie
Réseau d'Amis de Sherbrooke
Regroupement des usagers du transport adapté de Sherbrooke métropolitain (RUTASM)
Sercovie
Société Alzheimer de Granby et région inc.
Société Alzheimer de l'Estrie
Solution Budget +
TDAH Estrie

ANNEXE C : Protocole d'entrevue

Protocole d'entrevue

Projet de recherche :

Maltraitance psychologique et financière envers les personnes âgées ayant des incapacités au Québec (2019-2020)

Financé par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

Responsable du projet :

Marie Beaulieu, titulaire de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées

Introduction – Notes à la personne qui mène l'entrevue

1. Mettre la personne à l'aise en commençant la rencontre avec des sujets quotidiens (météo, route, voyage, etc.).
2. Informer la personne qu'il y aura un enregistrement audio de la rencontre. S'assurer qu'elle donne son accord avant de démarrer l'enregistrement. Si elle soulève des interrogations sur l'enregistrement, la personne qui anime l'entrevue doit y répondre avant de le démarrer.
3. Préciser à la personne participante qu'elle peut mettre fin à l'enregistrement audio en tout temps, qu'elle peut demander d'en effacer certains extraits sans que cela ne lui cause préjudice.
4. Expliquer le déroulement de l'entrevue : questions ouvertes, possibilité d'être accompagné par leur représentant légal, enregistrement, durée approximative de 120 minutes au maximum après la complétion du recueil du consentement.
5. Expliquer à la personne participante son droit de refuser de répondre à des questions, qu'il n'y a pas de bonnes et de mauvaises réponses. Lui préciser que c'est son point de vue qui nous intéresse, son expérience.
6. À la lumière de ces informations, si la personne participante accepte de joindre l'étude, **commencer ici l'enregistrement.**
7. Lire le formulaire de consentement à voix haute avec la personne participante (débit lent). Donner des explications supplémentaires au besoin. Vérifier régulièrement si la personne participante a des questions, si elle comprend bien le contenu du formulaire.
8. Inviter la personne participante à signer le formulaire de consentement en 2 copies (lui en laisser une). Rapporter la copie signée de la Chaire et la déposer sous clé à l'endroit désigné. **N. B. Cette procédure pourrait être différente si nous avons l'autorisation de procéder à un consentement verbal.** Advenant ce scénario, il faudra laisser un formulaire explicatif du projet comprenant toutes les informations nécessaires.

9. Compléter verbalement le questionnaire sociodémographique.

10. Mettre en contexte le projet :

Par ce projet, nous souhaitons mieux comprendre l'expérience de personnes âgées ou d'adulte vivant un vieillissement accéléré ayant une incapacité qui ont vécu une situation de maltraitance psychologique ou matérielle et financière au cours des derniers 5 ans. Nous aborderons le contexte de cet événement, ses conséquences dans votre vie et ce qui fut fait pour vous accompagner et éventuellement mettre fin à la situation. Les informations recueillies lors de cette entrevue permettront le partage de recommandations concernant la prévention, le repérage et l'intervention en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées ayant une incapacité auprès de divers publics (OPHQ, réseau de la santé et des services sociaux, associations d'ânés et de personne ayant des incapacités, organismes communautaires, différent ministère, etc.).

Quelques rappels pour l'animateur

Se rappeler de quelques attitudes et comportements à proscrire :

- Induction d'idées;
- Partage de son opinion;
- Pression exercée pour obtenir une réponse;
- Agir comme un intervenant;
- Juger les propos;
- Utiliser des questions de type « pourquoi » (donne l'impression aux gens qu'ils doivent se justifier).

Utiliser des formules de relance pour approfondir :

- Comment en êtes-vous venu à...?
- Pouvez-vous m'en parler davantage?
- Pouvez-vous me donner d'autres exemples?
- À quoi pensiez-vous quand...?

Ne pas perdre de vue qu'un protocole d'entrevue est un **guide pour la discussion**. Bien que chacun des éléments doit être couvert, rien n'oblige à ce qu'il soit administré de façon linéaire. Vous avez une discussion avec une personne participante et vous la relancez sur ce qu'elle dit. Ainsi, par exemple, il n'y a pas de conséquences à couvrir, lors du premier tiers de l'entrevue, un thème prévu à la fin du protocole.

Pendant l'entrevue, si une personne participante pleure :

- Lui donner le temps de s'exprimer;
- Lui demander si elle souhaite prendre une pause;
- Si cela semble très difficile de poursuivre, lui proposer de mettre un terme à l'entrevue pour éventuellement la reprendre à un autre moment;
- Être à l'affût si la personne demande de mettre un terme définitif à l'entrevue;
- Offrir un service d'écoute et de soutien par un organisme communautaire ou public, au besoin.

Informations sociodémographiques des participants

Date : _____

Prénom : _____

Nom : _____

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Âge : _____

Statut civil :

- ☐ Marié(e) ou conjoint(e) de fait
- ☐ Divorcé(e)
- ☐ Veuf (veuve)
- ☐ Célibataire (jamais marié)

Type d'incapacité

- ☐ Audition
- ☐ Vision
- ☐ Parole
- ☐ Mobilité
- ☐ Agilité
- ☐ Apprentissage
- ☐ Mémoire
- ☐ Déficience intellectuelle / Trouble envahissant du développement
- ☐ Psychologique

Moment de la déclaration de l'incapacité

- ☐ À la naissance
- ☐ Acquis à l'âge de : _____

Milieu de vie :

- ☐ Domicile traditionnel (maison, appartement, condo)
- ☐ Coopérative d'habitation
- ☐ Logement social pour aînés (ex : HLM)
- ☐ Chambre
- ☐ Résidence intermédiaire
- ☐ Résidence de type familial
- ☐ Résidence privée pour aînés

Taille du milieu de vie :

- ☐ 20 résidents et moins
- ☐ 21 à 50 résidents
- ☐ 51 à 100 résidents
- ☐ 101 résidents et plus

Réseaux locaux de services (RLS) de l'Estrie

- ☐ RLS du Granit
- ☐ RLS du Haut-St-François
- ☐ RLS du Val-St-François
- ☐ RLS de Sherbrooke
- ☐ RLS de Coaticook
- ☐ RLS de Memphrémagog
- ☐ RLS de d'Asbestos

- ☐ RLS de la Haute-Yamaska
☐ RLS de la Pommeraie

Municipalité : _____

Territoire

- ☐ Urbain
☐ Rural
☐ Semi-rural

Origine ethnique :

- ☐ Québécois ou Canadiens de plusieurs générations
☐ Autres, précisez : _____

Langue parlée à la maison :

- ☐ Français
☐ Anglais
☐ Autres, précisez _____

Partie thématique

Thème 1 : Événement(s) et contexte(s)

- Au cours des cinq dernières années, vous avez vécu un (ou des) événement(s) où vous vous êtes senti maltraité. Pouvez-vous me raconter ce qui s'est passé?

Laisser aller la personne dans sa narration et l'encourager par des reformulations. S'assurer aussi d'avoir couvert de nombreux éléments essentiels pour l'atteinte des objectifs. Ce faisant, prévoir des questions de relance sur :

- La forme et le type de maltraitance vécue; (*Note : se rappeler qu'il peut y avoir plusieurs formes et types de maltraitance en concomitance*);
- La personne maltraitante (nature de la relation avec la personne maltraitante, caractéristiques de cette personne en ayant en tête les facteurs de risques tels qu'énumérés dans la littérature, voir chapitre Beaulieu et al. (2018) dans *Rapport québécois sur la violence* de l'INSPQ);
- Le lieu de la maltraitance;
- Le contexte (lors de soins, de visite, d'une activité, etc.);
- Le moment (situer dans le temps si possible);
- La fréquence et l'intensité de l'évènement (si l'évènement était répété);
- Le ressenti au moment des faits;
- Le moment et le déclencheur de la prise de conscience à l'effet que ces gestes étaient de la maltraitance;
- Les conséquences à court et moyen terme (santé physique et émotionnelle, finances, relations interpersonnelles, etc.).

Thème 2 : Dévoilement/demande d'aide ou repérage

- J'aimerais que l'on parle de l'aide et des services que vous avez reçus à la suite de cet événement. Pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé quand vous en avez parlé à une première personne ou qu'une première personne s'en est aperçue et en a discuté avec vous.

Laisser aller la personne dans sa narration et l'encourager par des reformulations. S'assurer aussi d'avoir couvert de nombreux éléments essentiels pour l'atteinte des objectifs (dévoilement/demande d'aide ou repérage par autrui, qui est cette personne, liens qui les unissent, etc.). Prévoir des questions de relance selon le scénario :

A) Si la personne a dévoilé l'événement ou demandé de l'aide

- La personne ayant repéré la situation de maltraitance (qui est-elle?);
- Les freins et les leviers à ce dévoilement ou cette demande d'aide;
- La réception suite au dévoilement ou à la demande d'aide;
- Le soutien reçu (les faits, mais aussi son appréciation);
- Ce qui fut apprécié dans ce que l'autre a fait ?
- Les défis rencontrés (communication, écoute, soutien, environnement physique⁷, social⁸ et personnel⁹)
- S'il y a eu un changement de personne ressource, comment cela s'est déroulé (bris d'information, répéter l'histoire, etc.).
- La qualité de la prise en compte de ses besoins : adaptation des interventions à l'incapacité, déplacement à domicile, etc.)
- La référence vers un service ou un intervenant;
- L'appréciation du service (réception de la demande, vitesse de traitement de la demande, savoir-être et savoir-faire de la personne contactée);

S'il y a lieu, quelles furent les autres personnes mobilisées après son dévoilement pour lui offrir de l'aide (*Note : dresser une liste exhaustive pour aller vers le thème 3*)

B) Si une personne extérieure à la situation est venue en aide

- La personne ayant repéré la situation de maltraitance (qui est-elle?);
- Les liens unissant la personne âgée et la personne ayant repéré la situation de maltraitance;
- La façon dont s'est prise la personne ayant repéré la situation pour lui parler de la situation;
- Le type de soutien reçu (les faits, mais aussi son appréciation);
- L'appréciation de ce que l'autre personne a fait;

⁷ Accessibilité des ressources d'aide, distance à parcourir, rampe d'accès, etc.

⁸ Réseau social, qualité des relations, etc.

⁹ Timidité, méconnaissance de la maltraitance, crainte, etc.

- Les défis rencontrés (communication, écoute, soutien, environnement physique¹⁰, social¹¹ et personnel¹²)
- La qualité de la prise en compte de ses besoins : adaptation des interventions à l'incapacité, déplacement à domicile, etc.)
- L'implication de la personne âgée dans la démarche une fois la prise de contact complétée (part active ou plutôt passive, mise au courant de la progression de la situation, mécanisme de prise de décision unilatérale ou partagée, moyen pour conserver son autodétermination, etc.).
- La nature de l'interaction entre la personne âgée et l'intervenant (prise en charge, accompagnement, etc.).
- L'appréciation du service (réception de la demande, vitesse de traitement de la demande, arrêt dans le traitement de la demande, savoir-être et savoir-faire de la personne contactée);
- La référence vers un autre service ou un autre intervenant;
- S'il y a eu un changement de personne ressource, comment cela s'est déroulé (bris d'information, répéter l'histoire, etc.).

S'il y a lieu, quelles furent les autres personnes mobilisées après le repérage pour lui offrir des services (*Note : dresser une liste exhaustive pour aller vers le thème 3*)

Thème 3 : Le parcours de services

Nous allons maintenant parler des autres aides et services que vous avez reçus (*Note : ajuster selon la réponse à la dernière question des blocs A ou B du thème 2*).

Nous allons reprendre chacune de ces acteurs (personnes ou organisations) un à un et nous allons discuter (*Note : faire le tour de ces questions pour toutes les personnes nommées dans les blocs A ou B du thème 2*)

- Le contexte (gestion de crise, application d'une stratégie pour contrer la maltraitance, suivi post-intervention, etc.), et la façon dont cet acteur est arrivé dans le dossier (membre d'une équipe de travail multidisciplinaire, une demande de levée partielle de confidentialité par un intervenant, à la suite d'une plainte (policier, CPQS, CDPDJ, etc.)
- Les actions ou services offerts et reçus (Écoute, défense de droits, évaluation, référencement, application de mesures de protection (financière). etc.). (*Note : Tenter de préciser au maximum les actions psychosociales et légales mises en place par ces acteurs*);
- La durée (en jours, semaines, mois, années) et l'intensité du service offert (Ex : très rapproché en début d'intervention, moins au milieu de l'intervention et espacé en fin de suivi);
- La qualité de la prise en compte de ses besoins : adaptation des interventions à l'incapacité, déplacement à domicile, etc.)
- L'implication de la personne âgée dans la démarche une fois la prise de contact complétée (Ex : part active ou plutôt passive, mise au courant de la progression de la situation,

¹⁰ Accessibilité des ressources d'aide, distance à parcourir, rampe d'accès, etc.

¹¹ Réseau social, qualité des relations, etc.

¹² Timidité, méconnaissance de la maltraitance, crainte, etc.

mécanisme de prise de décision unilatérale ou partagée, moyen pour conserver son autodétermination, etc.).

- La nature de l'interaction entre la personne aînée et l'intervenant (prise en charge, accompagnement, etc.).
- Les défis rencontrés (communication, écoute, soutien, environnement physique, social et personnel);
- L'appréciation du service (réception de la demande, vitesse de traitement de la demande, arrêt dans le traitement de la demande, savoir-être et savoir-faire de la personne contactée, etc.);
- La référence vers un autre service ou vers un autre intervenant;
- S'il y a eu un changement de personne ressource, comment cela s'est déroulé (bris d'information, répéter l'histoire, etc.).

Nous voulons être certains que nous n'oublions aucun service ou aucune personne qui vous a aidé. Je vais vous nommer une série d'intervenants et de services et vous me direz s'ils sont ou non intervenus avec vous. *Si oui, demander le nom de la ressource et poser à nouveau la série de questions ci-haut.*

Intérieur du RLS (Public)

- Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP);
- Centre de jour;
- Centre de réadaptation du CIUSSS de l'Estrie-CHUS;
- Comité des usagers (CU), comité des résidents (CR);
- Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS);
- Conseil pour la protection des malades;
- Info-Social (ligne téléphonique);
- Intervenants : Ergothérapeute, Infirmière, Médecin, Travailleur social, Préposé aux bénéficiaires, ITMAV, Physiothérapeute, orthophoniste, technicien en travail social, technicien en éducation spécialisée, autre;
- Urgence ou Hôpital.

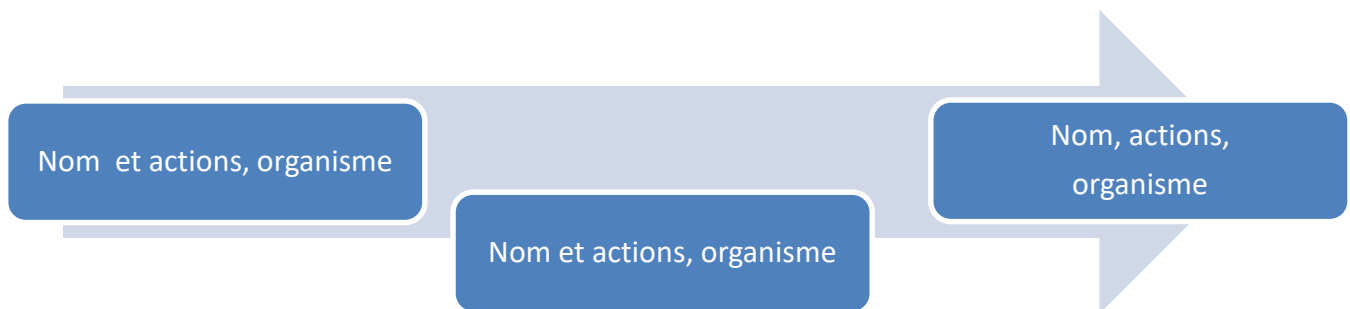
Hors RLS (Communautaire, Associatif et Intersectoriel)

- Action Handicap Estrie (AHE);
- Association de la paralysie cérébrale du Québec (Estrie);
- Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (ASDI);
- Association des accidentés cérébro-vasculaires et traumatisés crâniens de l'Estrie (ACTE);
- Association des personnes handicapées visuelles de l'Estrie (APHVE);
- Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ);
- Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR);
- Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AQRP);
- Audition Québec;
- Autorité des marchés financiers (AMF);
- Centre d'action bénévole (CAB);
- Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC);
- Commission des droits de la personne et de la jeunesse (CDPDJ);

- Coordonnateurs régionaux spécialisés en matière de lutte contre la maltraitance;
- Curateur public;
- Dira-Estrie;
- Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP);
- Direction ou intervenants d'une RPA;
- Dysphasie-Estrie;
- Entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD);
- Handi Apte;
- Handi-Capable;
- Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC);
- Institution bancaire (ou Mouvement Desjardins);
- La Cordée;
- Ligne Aide Abus Aînés (LAAA);
- Office de la protection du consommateur du Québec;
- Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ);
- Organisme de justice alternative (OJA) - Équijustice Estrie;
- Police;
- PRO-DEF Estrie;
- Promotion handicap Estrie inc.;
- Protecteur du citoyen;
- Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie (S.I.P.S.E.);
- Tribunal administratif du Québec (TAQ).

Est-ce que d'autres intervenants ont aussi joué un rôle pour vous accompagner lors de cet événement et pour le régler ? *Si oui, demander le nom de la ressource et poser à nouveau la série de questions ci-haut.*

Avant de terminer ce bloc-ci, j'aimerais que l'on essaie de placer chacun de ces intervenants sur une ligne de temps. Donc la situation s'est produite le (ou vers le) XXX. La première personne à vous soutenir fut XXX. Ensuite est arrivée XXX. *(Continuer avec la personne en dessinant une ligne de temps selon le modèle suivant. Ajouter des cases pour chaque intervenant. Garder en tête que l'intervention en matière de lutte contre la maltraitance n'est pas nécessairement linéaire et qu'elle peut demander des allers-retours dans le temps avant de fermer la boucle).*



(Note : La personne responsable de l'entrevue prendra une photo de la ligne du temps et laissera la copie papier à la personne aînée ou à l'adulte vivant un vieillissement accéléré).

Thème 4 : Effets

- Nous approchons de la fin de l’entrevue. Quels sont les effets de cet événement dans votre vie actuelle?
- L’Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) est intéressé à connaître les conséquences de la maltraitance envers les personnes ayant des incapacités. Vous m’avez parlé précédemment de diverses conséquences, pensez-vous que certaines furent plus spécifiques en raison de votre condition ?
- Quand vous y pensez maintenant, comment décrieriez-vous la qualité de l’accompagnement ou de l’aide reçue ? (*Note à l’interviewer, selon les informations partagées par la personne, relancer avec les sous-questions suivantes*)
 - Quels sont les points forts de l’accompagnement offert par les dispensateurs de soins et de services ?
 - Quels sont les points faibles de l’accompagnement offert par les dispensateurs de soins et de services ?
 - Selon vous, quels sont les éléments à améliorer dans l’accompagnement offert par les dispensateurs de soins et services auprès de personne vivant avec une incapacité ?
- Nous venons de se reparler d’un (ou des) événement(s) difficile(s). Quand vous y repensez, comment comprenez-vous que cela soit arrivé ?

Thème 5 Conclusion

- Avant de terminer l’entrevue, auriez-vous d’autres choses à ajouter ?
- Avant de vous laisser, je me souci de vous. Comment vous sentez-vous à la suite de cette entrevue ? (*Offrir du soutien si nécessaire, rappeler les ressources dans la communauté disponibles et remettre les coordonnées écrites de ces ressources*).

Clôture et départ — Notes à la personne qui mène l’entrevue

1. Avant de poser les 2 dernières questions, revoir le protocole d’entrevue afin de vous assurer d’avoir tout couvert.
2. Une fois l’enregistrement terminé. Restez quelques minutes avec la personne si elle souhaite ventiler.
3. Remettre la liste des ressources disponibles en région. Si besoin, revenir sur le contenu de cette liste avec la personne interviewée.
4. Avant de quitter, lui rappeler que nous la contacterons dans une semaine afin de s’assurer de son bien-être.
5. Avant de partir, la remercier encore chaleureusement. Lui rappeler qu’elle pourra, si elle le souhaite, nous contacter afin de nous donner de nouvelles informations et lui rappeler qu’elle pourra recevoir les résultats de l’étude si elle le désire.
6. Ayez un départ cordial.

ANNEXE D : Figure PRISMA de la recension des écrits systématique

