

Projet de loi no 115 : Loi visant à lutter  
contre la maltraitance envers les aînés et  
toute autre personne majeure en situa-  
tion de vulnérabilité

---

*Mémoire de l'Ordre des psychologues du  
Québec déposé à la Commission des rela-  
tions avec les citoyens*

## Table des matières

<b>Avant-propos</b> .....	2
<b>L'Ordre des psychologues du Québec</b> .....	2
Sa mission .....	2
Le champ d'exercice des psychologues .....	2
À propos de ses membres .....	2
<b>La pertinence du projet de loi</b> .....	2
<b>Maltraitance et maltraitance psychologique</b> .....	4
L'atteinte au bien-être et à l'intégrité psychologique .....	4
Mieux comprendre la maltraitance psychologique pour mieux la prévenir .....	6
<b>À propos de la négligence institutionnelle</b> .....	8
<b>Pour le suivi systématique de la qualité des interventions</b> .....	8
<b>À propos du signalement</b> .....	10
<b>Au-delà des mesures de signalement</b> .....	11
<b>Pour le développement d'une culture de bienveillance</b> .....	12
<b>Pour une campagne d'information et de sensibilisation</b> .....	13
<b>Conclusion</b> .....	13
<b>Liste des recommandations</b> .....	15
Recommandation 1 .....	15
Recommandation 2 .....	15
Recommandation 3 .....	15
Recommandation 4 .....	15
Recommandation 5 .....	15
Recommandation 6 .....	16
Recommandation 6 .....	16
Recommandation 7 .....	16
<b>Références</b> .....	17
<b>Annexe 1 : Rôle et mandats des psychologues et neuropsychologues en CHSLD</b> .....	19
<b>Annexe 2 : Actions ou bonnes pratiques à prioriser pour mieux prévenir, repérer et intervenir dans des situations de maltraitance</b> .....	22

## Avant-propos

L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) n'a pas été invité à participer aux audiences de la Commission des relations avec les citoyens bien qu'il l'eut souhaité et qu'il en ait fait la demande. À défaut, le présent mémoire fait état de ses réactions, commentaires et recommandations sur le projet de loi 115 intitulé *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, ci-après le PL 115.

Le PL 115 rejoint la mission première des ordres professionnels, soit la protection du public, plus particulièrement en ce cas-ci la protection des personnes vulnérables.

## L'Ordre des psychologues du Québec

### Sa mission

L'OPQ a pour principale mission la protection du public. Pour ce faire :

- il s'assure de la qualité des services offerts par ses membres;
- il favorise le développement de la profession;
- il défend l'accessibilité aux services psychologiques.

### Le champ d'exercice des psychologues

Le champ d'exercice des psychologues se lit comme suit :

*« [...] évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement. »<sup>1</sup>*

### À propos de ses membres

L'OPQ compte dans ses rangs plus de 8650 psychologues. Plus de 6000 travaillent dans le vaste secteur de la santé, en privé ou au sein du réseau public et sont à même de reconnaître l'importance des enjeux de santé mentale de leur clientèle, notamment ceux relatifs aux troubles cognitifs et aux troubles comportementaux, enjeux fortement associés à l'inaptitude et à la maltraitance.

### La pertinence du projet de loi

L'OPQ salue ce projet de loi, considérant comme le soutiennent Beaulieu et Crevier (2010) que :

*« La société québécoise étant dans une société de droit, la volonté de bien-traitance et de lutte contre la maltraitance passe par des cadres législatifs de divers ordres... »*

En ce qui concerne les personnes âgées, on sait que l'espérance de vie est meilleure qu'auparavant. On vit donc plus longtemps, mais cela ne signifie pas qu'on se maintienne pour autant en santé et les personnes âgées vulnérables, en perte d'autonomie se font

---

<sup>1</sup> Article 37 e du Code des professions.

plus nombreuses. Dans le même ordre d'idées, on peut également soutenir l'hypothèse que les progrès de la médecine feraient en sorte qu'un plus grand nombre de personnes survivent aujourd'hui à des maladies, mais elles peuvent demeurer atteintes ou en porter des séquelles, de sorte qu'elles peuvent se trouver également en situation de perte d'autonomie et de vulnérabilité.

Il est légitime de croire qu'il y a actuellement :

- une augmentation du nombre de personnes âgées ou majeures qui vivent avec une maladie chronique, ou potentiellement mortelle (par ex. : le cancer);
- une augmentation du nombre de ces mêmes personnes qui présentent des déficits cognitifs ou encore une inaptitude partielle ou complète;
- une augmentation du nombre d'adultes qui ont à prendre soin de deux générations, leurs enfants et leurs parents.

La pertinence du PL 115 est d'autant plus grande qu'on sait que les chiffres de Statistiques Canada ne rendent pas bien compte de la prévalence de la maltraitance chez les personnes âgées en particulier, puisqu'ils sous-estimeraient le nombre de cas rapportés (Le-marchand, 2015).

Pour ce qui est des personnes majeures en situation de vulnérabilité, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) rapporte que :

*« La documentation scientifique recensée démontre, similairement à celle concernant les enfants handicapés, que les adultes handicapés sont plus à risque de subir des situations de maltraitance que ceux sans incapacité. Ces mêmes études démontrent aussi que parmi les personnes handicapées, celles qui ont une incapacité intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou des incapacités multiples sont plus susceptibles de subir ce type de situations [...] »<sup>2</sup>*

Ceci nous amène à la question des facteurs de risque de maltraitance. Yaffe et Tazkarji (2012) présentent ainsi les facteurs de risque associés à la personne qui reçoit les soins et services et ceux associés à la personne qui les offrent :

*« [...] les facteurs considérés comme prédisposant les bénéficiaires de soins à de la maltraitance, on mentionnait la perte d'autonomie, le fait d'être une femme, la dépendance envers l'abuseur, le déclin dans la santé mentale ou la déficience cognitive, des difficultés à effectuer les activités de la vie quotidienne, des comportements problématiques, la tendance à avoir des comportements physiques ou verbaux abusifs, l'isolement et l'absence d'une personne à appeler en cas de besoin. D'autre part, les facteurs proposés comme prédisposant les aidants à maltraiter autrui incluent la présence de*

---

<sup>2</sup> *La maltraitance envers les personnes avec incapacité : recension des écrits et portrait statistique*, p. 19. Accessible à l'adresse web suivante : [https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre\\_documentaire/Etudes\\_\\_analyses\\_et\\_rapports/RAP\\_\\_maltraitance\\_2014.pdf](https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Etudes__analyses_et_rapports/RAP__maltraitance_2014.pdf)

*stress chez l'aidant, une santé mentale déficiente, une maladie psychiatrique, l'alcoolisme, la toxicomanie, la dépendance financière envers le bénéficiaire des soins et le fait d'être un homme. » (P. 693)*

## Maltraitance et maltraitance psychologique

La définition que prévoit le PL 115 est la suivante :

*« "maltraitance" : un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et qui cause du tort ou de la détresse à une personne. » (P. 4)*

Il existe différentes formes de maltraitance et, parmi celles-ci, la maltraitance psychologique qui peut se présenter seule, mais qui peut accompagner tous les types de maltraitance. Celle-ci a des effets très insidieux sur la santé mentale et psychologique, notamment sur le plan de l'estime de soi alors que plusieurs, dont Lemarchand (2015), la considèrent comme la plus répandue :

*« La maltraitance psychologique est la principale forme de maltraitance vécue (6,2 %), suivie de la maltraitance financière (1,5 %) et de la maltraitance physique (1 %). »*

Bien qu'elle soit parmi les plus répandues, elle n'est pas toujours visible. Le signalement de ce type de maltraitance doit prendre en compte le fait que ses signes sont subtils et que certains gestes, paroles ou attitudes, trop souvent, ne sont pas considérés d'emblée comme violents. Le PL 115 devrait par conséquent inclure une définition de la maltraitance psychologique.

**L'OPQ recommande d'envisager l'ajout à la définition de la maltraitance que propose le PL 115 une définition de la maltraitance psychologique qui fasse consensus, accompagnée d'une liste de comportements typiques de ce type de maltraitance. Cette définition pourrait être celle que présente l'OPHQ, soit :**

***« Maltraitance psychologique ou émotionnelle : Porter atteinte à l'identité d'une personne, à sa dignité ou à son estime de soi, l'humilier, la menacer, l'agresser verbalement, l'infantiliser, l'ignorer, l'isoler, lui tenir des propos dégradants, porter atteinte à ses valeurs, croyances ou pratiques religieuses. »<sup>3</sup>***

## L'atteinte au bien-être et à l'intégrité psychologique

Parmi les gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique, on peut dégager les catégories suivantes :

---

<sup>3</sup> *La maltraitance envers les personnes avec incapacité : recension des écrits et portrait statistique*, p. 2. Accessible à l'adresse web suivante : [https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre\\_documentaire/Etudes\\_\\_analyses\\_et\\_rapports/RAP\\_\\_maltraitance\\_2014.pdf](https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Etudes__analyses_et_rapports/RAP__maltraitance_2014.pdf)

- agresser verbalement : crier ou parler à tue-tête, brusquer verbalement, user de sarcasmes, insulter, rabaisser, traiter l'autre de sobriquets ou de surnoms dégradants et humiliants, intimider et autres
- corrompre : renforcer des attitudes ou des comportements déviants
- ignorer : ne pas offrir de stimulations ou ne pas répondre quand c'est essentiel ou nécessaire
- isoler : interdire les contacts sociaux ou la participation aux activités normales ou usuelles
- opprimer : imposer des règles, l'obligation de conformité et prendre des mesures qui outrepassent les capacités et ressources de la personne
- rejeter : refus d'accorder de l'importance, de la valeur ou de l'attention et refus de reconnaître la légitimité des besoins et désirs de l'autre<sup>4</sup>

Yaffe et Tazkarji (2012) pour leur part proposent une liste de comportements pour chaque type de maltraitance. La liste qui concerne la maltraitance psychologique est la suivante :

« Voici des indices de maltraitance psychologique :

- *Mentir à la personne*
- *Cacher ses effets personnels*
- *L'humilier ou la traiter comme un enfant*
- *Faire des blagues désobligeantes*
- *Exercer de la coercition*
- *Crier ou parler à tue-tête de manière inappropriée*
- *Contrôler ses contacts avec les gens (isolement social de la famille, des amis, etc.)*
- *Menacer de frapper ou de lancer quelque chose*
- *Lui parler irrespectueusement*
- *Ne pas respecter son intimité*
- *Ne pas respecter ce qui lui appartient ou menacer de détruire ses biens*
- *L'insulter, jurer, la traiter de toutes sortes de noms, la dénigrer*
- *Menacer avec des armes, de privations, de punitions, de tutelle d'abandon ou d'institutionnalisation*
- *Médication excessive intentionnelle* » (P. 694)

Ces gestes, paroles ou attitudes ont pour effet de nourrir ou entretenir les peurs ou l'anxiété et de générer des troubles de comportement, élevant ainsi le risque de maltraitance « réactionnelle ».

On pourrait facilement obtenir consensus quant au fait que ce qui est précédemment illustré constitue de la maltraitance psychologique, mais en la matière tout n'est pas aussi évident, notamment parce que les gestes posés peuvent être équivoques alors qu'il n'y a pas toujours intention ou volonté de nuire à l'autre et qu'il se peut que la personne mal-

---

<sup>4</sup> La liste s'inspire d'un document qui traite de la maltraitance psychologique à l'égard des enfants et qui est accessible sur le web à l'adresse suivante : <http://www.psy.be/famille/enfants/maltraitance-enfant.htm>

traitante n'en soit pas consciente. Moulias et coll. (2010) jettent à cet égard un certain éclairage sur le caractère insidieux et subtil de la maltraitance psychologique :

*« Chacun, professionnel ou famille, ne peut se voir que bien-traitant : celui qui écrase l'autre d'un maternage et d'une assistance paralysante et étouffante; celui qui se lance dans un acharnement thérapeutique qu'aucune réflexion scientifique ni éthique ne justifie [...] celui qui harcèle l'autre d'une façon intolérable "pour son bien"; celui qui déclare faire pour le bien de l'autre et qui en fait bétonne son emprise, etc. Une bienveillance trop floue dans sa définition et ses limites risque de provoquer les pires dérives. »*

Dans cette même perspective d'imposer l'adoption et la mise en œuvre d'une politique de lutte contre la maltraitance, **l'OPQ recommande que le PL 115, parmi les éléments que celle-ci doit notamment contenir, inclut des listes faisant état des facteurs de risque et des indices de maltraitance qui s'appuient sur la littérature scientifique et professionnelle pertinente.**

De telles listes sont utiles notamment pour prévenir la maltraitance, la reconnaître, la signaler et y remédier. La présence de facteurs de risque (ex. : pertes cognitives, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme) oblige l'exercice d'une certaine vigilance quant à l'apparition éventuelle de maltraitance et incite à travailler à minimiser les impacts desdits facteurs. La relève d'indices, d'indicateurs ou de signes, selon la terminologie retenue, (ex. : anxiété inexplicquée, appréhension ou évitement, retrait social) permet de soulever l'hypothèse de maltraitance, hypothèse dont seule la validation, reposant sur l'observation de faits, permet de confirmer la maltraitance.

#### [Mieux comprendre la maltraitance psychologique pour mieux la prévenir](#)

La maltraitance psychologique se manifeste notamment dans la communication et se nourrit des défaillances de celle-ci, de même que de la peur et de l'ignorance, de la non-acceptation de ses limites et de celles de l'autre.

Pour s'entendre, il faut se comprendre et il n'est pas aisé de comprendre tout ce que peut vivre une personne vulnérable, voire diminuée dans ses capacités. La personne âgée, par exemple, qui a des troubles auditifs ou de la parole, qui vit des pertes cognitives, ne sait plus aussi bien se faire comprendre et les gens qui l'entourent ne savent pas plus se faire bien entendre de celle-ci. Si, pour comprendre, il n'y a que le ton, les attitudes et les comportements, les risques que l'un interprète mal les intentions de l'autre s'accroissent. Quand on ne dispose plus de la parole pour communiquer, il reste les gestes et ceux-ci, en situation de tension et de stress, peuvent devenir brusques, voire agressifs. En somme, les clients-patients, les proches et les intervenants sont liés dans un système interactionnel où les réactions de l'un ont un impact sur celles de l'autre alors que les attitudes ou comportements agressifs de l'un provoquent ceux de l'autre, conférant ainsi un caractère circulaire aux causes de la maltraitance. Par ailleurs, dans un climat d'incertitude, d'insécurité et de tension, de pression à la « performance », les manifestations d'impatience, d'irritation ou les haussements de ton, pour ne donner que ces exemples, risquent d'être mal accueillis par les intervenants, ce qui ouvre la porte à la maltraitance.

Il faut savoir que les troubles de comportement ne découlent pas nécessairement d'un désir de résister, voire d'agresser l'autre. Ils sont porteurs de sens pour des personnes qui ne se sentent ni entendues ni reçues et qui, impuissantes, tentent de retrouver un certain pouvoir sur la situation, sur l'autre, sur leur vie. Et cela est vrai autant chez la personne maltraitée que chez la personne maltraitante.

Dans ce même ordre d'idées, ignorer qu'une personne âgée ou majeure vulnérable peut être affectée par un trouble mental (ex. : troubles cognitifs, dépression, troubles anxieux, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme), être incapable d'en confirmer la présence ou les effets ou encore ignorer comment composer avec de tels troubles peut être lourd de conséquences en matière de maltraitance. Et cela, c'est sans compter sur la présence de préjugés qu'on entretient sur les personnes qui sont aux prises avec un trouble mental, ce dont font notamment état les campagnes de sensibilisation à la santé mentale (ex. : confondre dépression et paresse ou manque de courage).

L'INSPQ (2013) rapportait que :

*« Les facteurs de risque [de maltraitance] dont les évidences sont les plus robustes dans la documentation scientifique sont les troubles cognitifs chez les aînés et des problèmes de santé mentale, de consommation d'alcool et de drogues ainsi que des antécédents de violence chez les auteurs de maltraitance [...] » (p.6)*

De plus, Nour et Hébert (2010) rapportent que près de :

*« [...] 50 % des aînés ayant un problème de santé mentale ne reçoivent pas les services appropriés à leur situation, en raison de barrières sociales, émotives, psychologiques, physiques, économiques ou organisationnelles. »*

Les problèmes de santé mentale et les vulnérabilités psychologiques peuvent donc favoriser la maltraitance psychologique, mais aussi les autres types de maltraitance.

De plus, quand on n'en peut plus, qu'on se sent à court de moyens (manque de temps, manque de personnel, manque de connaissances, etc.), épuisé, il devient urgent que cela cesse et c'est en pareilles situations que les risques de maltraitance sont les plus grands. Lorsque les ressources sont insuffisantes, c'est un défi de répondre de façon appropriée aux besoins des personnes âgées et des majeures vulnérables de prendre en considération leurs goûts et intérêts et de respecter leur rythme. De plus, s'il y a insuffisance de ressources, les risques s'accroissent de recourir de façon inadéquate à des mesures de contrôle (contention physique ou chimique) pour pallier l'incapacité des équipes à, notamment :

- assurer la surveillance nécessaire
- appliquer les interventions de réadaptation requises
- procéder à une analyse clinique de qualité en vue d'agir sur les causes des comportements problématiques.



## À propos de la négligence institutionnelle

Yaffe et Tazkarji. (2012), font ainsi état de la négligence institutionnelle qu'ils identifient comme forme de maltraitance :

*« La maltraitance des aînés ne se produit pas seulement à domicile ou dans la communauté, mais aussi dans les maisons de retraite, les résidences-services, les centres d'hébergement et les hôpitaux. [...]. Parmi les facteurs avancés pour expliquer la négligence envers les résidents, on peut mentionner des conditions de travail médiocres, des horaires de travail imprévisibles, les salaires peu élevés, la formation et la supervision inadéquates des employés (en particulier sur les façons de transiger avec les comportements provocants ou insultants des bénéficiaires), le manque de motivation du personnel, les préjugés envers certains aînés et le manque de congruence entre la mission de l'établissement et les besoins particuliers sur les plans de la santé et du milieu d'un adulte plus âgé » (P. 695)*

Puis, ils relèvent une série d'indices de cette forme de maltraitance :

*« Voici des indices de négligence institutionnelle :*

- *Soins d'assistance insuffisants*
- *Supervision inadéquate des bénéficiaires du centre*
- *Soins insuffisants ou imprévisibles par les infirmières et infirmières auxiliaires*
- *Longs délais pour répondre aux besoins des aînés*
- *Alimentation inadéquate*
- *Milieu de vie sous-optimal, surpeuplé ou insalubre*
- *Habilités médiocres du personnel en communication*
- *Maîtrise de la langue insuffisante pour répondre aux besoins des aînés*
- *Interactions inappropriées ou agressives entre le personnel et les clients*
- *Recours abusif à la contention physique ou chimique » (P. 695)*

Bien que les citations précédentes renvoient particulièrement aux personnes âgées, en ce qui a trait à la « négligence institutionnelle », nous considérons que les facteurs relevés s'appliquent aussi à toutes les personnes majeures et vulnérables. Par ailleurs, nous ne soutenons en aucune façon que ce qui précède puisse caractériser les milieux de vie ou de soins des personnes âgées ou majeures vulnérables au Québec, mais ça existe et il y a lieu de s'en inspirer pour dégager des pistes d'actions et mettre en place les meilleures pratiques<sup>5</sup>.

## Pour le suivi systématique de la qualité des interventions

Lothian et Philip (2001) soutiennent que :

---

<sup>5</sup> Voir à cet égard l'Annexe 2 de ce mémoire.

*« Une vision négative des aînés peut se traduire dans les soins de santé au travers d'une perte de dignité, d'identité et de pouvoir de prise de décision pour les aînés. »*

Longneaux (2010) considère que la bientraitance doit s'inscrire dans :

*« [...] une démarche volontaire par laquelle on essaie de promouvoir, à travers les soins ou toute autre relation, l'autre comme sujet. Cela se fait généralement lorsqu'en toute circonstance, on s'adresse tout simplement au patient comme à une personne, c'est-à-dire comme à quelqu'un qui est le point de départ de sa vie (au lieu d'être par exemple l'"objet" de soins). »*

Nous reviendrons sur cette question de la bientraitance.

Les personnes âgées et les personnes majeures vulnérables pèsent de plus en plus lourd sur notre système de santé et on se demande même si les ressources actuelles dont on dispose suffisent pour répondre à leurs besoins. Force est de constater un certain paradoxe où peuvent ici s'opposer performance et prise en charge personnalisée de chacune des personnes âgées ou majeures vulnérables. S'il s'agit de répondre aux besoins de plus de personnes et de répondre plus rapidement pour mieux desservir l'ensemble, et ce, avec un minimum de moyens, nous croyons qu'il faut suivre de près l'offre de soins et de services et **l'OPQ recommande que le PL 115 comprenne l'obligation de mettre en place le suivi systématique de la qualité des interventions auprès des personnes à risque de maltraitance** de sorte que cela ne génère pas d'effets pervers sur les relations personnalisées qu'il faut établir avec les personnes âgées ou majeures vulnérables.

On exige par ailleurs des intervenants en santé qu'ils « performant », mais on constate que les indicateurs de performance sont souvent plus quantitatifs que qualitatifs et le risque est de répondre à des exigences administratives plutôt qu'à des personnes, au détriment en somme de ce qui importe le plus, soit l'établissement de véritables relations avec les personnes âgées ou majeures vulnérables.

Beaulieu et Crevier (2010) donnent à comprendre que culture de bientraitance et culture de performance qui se centrerait uniquement sur le faire sont à risque d'incompatibilité. Il y aurait plutôt lieu de mettre de l'avant les compétences en matière de savoir sur les personnes âgées ou majeures vulnérables, en matière de savoir-être (porter sur les aînés ou majeures vulnérables un regard qui ne soit ni complaisant, ni empreint de pitié) et de savoir-faire (qui consiste à entrer en relation non pas avec un objet, des symptômes ou une maladie, mais avec une personne à part entière qui porte ses difficultés et ses limites à sa façon propre). Et nous ajouterions à ces trois savoirs, le savoir-penser qui exige qu'on puisse prendre un certain recul dans l'action.

Afin de contrer les effets pervers potentiels des incitatifs à la performance, **l'OPQ recommande que le PL 115 exige la révision des critères de performance pour ajouter aux mesures quantitatives, des mesures permettant de tenir compte des exigences relationnelles rattachées aux soins et services à offrir aux personnes âgées ou majeures vulnérables.**

## À propos du signalement

L'OPQ est en accord avec l'argumentaire du Conseil interprofessionnel du Québec relativement à l'importance du secret professionnel. On peut lire notamment dans le mémoire qu'il a déposé à la Commission des relations avec les citoyens ce qui suit :

*« En raison de la confiance particulière que les gens recourant aux services des professionnels sont appelés à leur témoigner, le secret professionnel constitue la pierre d'assise de la relation entre le professionnel et son client, sans laquelle la pertinence et la qualité même des services professionnels pourraient être compromises. »*

Ceci est particulièrement vrai pour les psychologues alors qu'en général les gens les consultent avec la prémisse forte que ce qui leur sera confié ne sera jamais dévoilé. C'est d'ailleurs cette garantie qui permet aux personnes de s'ouvrir sur des questions qu'elles n'abordent jamais avec d'autres, même avec d'autres professionnels, en raison de la culpabilité et de la honte qui y sont associées et des risques d'atteintes sérieuses à l'estime de soi et à l'équilibre de leurs relations personnelles, amoureuses, professionnelles et autres.

On peut comprendre par ailleurs que l'intention du PL 115 en est une de protection, non pas de délation. **L'OPQ par conséquent appuie le fait que les mesures législatives à retenir prévoient non pas l'obligation, mais l'autorisation de faire un signalement qui découle de l'exercice de leur jugement professionnel.** Nous considérons en effet que ces situations doivent être laissées au jugement du professionnel, car il est possible que le signalement ait pour effet pervers de mettre fin à la relation professionnelle dont ont besoin les personnes en situation de maltraitance ou encore, de bloquer l'accès aux services des psychologues à des proches ou à des collègues ou autres intervenants dont les comportements seraient inadéquats et qui auraient besoin de se confier, d'être soutenus, encadrés, supervisés ou formés.

Il faut garder en tête que le secret professionnel sert de façon plus que significative à développer l'alliance thérapeutique et se veut ainsi un levier important de changement. En situation de maltraitance, autant la personne maltraitée que celle qui maltraite peuvent être en souffrance et faire un appel à l'aide. Or, l'un ou l'autre peuvent ne pas être prêts pour que la situation de maltraitance dont ils ont besoin de parler soit mise à jour. Si elles soupçonnaient que toute confiance à cet égard devait être immédiatement et obligatoirement signalée, elles se garderaient bien d'en livrer le secret ou, pire encore, elles refuseraient de consulter. On comprend donc que la perspective d'un signalement obligatoire aurait pour effet de retirer au professionnel son pouvoir d'action sur la maltraitance et qu'on s'engagerait plus résolument dans la répression au détriment de la réparation.

Il faut considérer de plus que passer outre la volonté des victimes concernées, notamment quand l'information dont on dispose s'avère être une confiance qu'on nous a faite uniquement parce que c'est ce que permet la relation professionnelle établie, c'est faire preuve de non-respect et ainsi ajouter aux comportements de maltraitance dont elles font déjà l'objet et qu'on voudrait dénoncer. Bref, le risque ici est de permettre indirectement

à la loi du silence de s'imposer aussi dans les relations professionnelles à établir avec les clients-patients, avec les proches ou avec des collègues ou autres intervenants.

### Au-delà des mesures de signalement

L'institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publiait en 2013 un avis scientifique intitulé *Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne*, lequel soulignait que :

*« La stratégie la plus susceptible d'améliorer la pratique professionnelle de la détection s'appuie sur trois mesures complémentaires :*

- *Une utilisation prudente des outils de détection disponibles;*
- *Une offre d'activités de formation aux professionnels;*
- *Des conditions organisationnelles favorables. »*<sup>6</sup>

Pour prévenir la maltraitance et corriger les attitudes et comportements inadéquats, il faut comprendre, informer, former, soutenir et accompagner les personnes âgées ou majeures vulnérables, le personnel offrant soins et services et les proches aidants. Nous croyons que la majorité de ceux qui posent des gestes malheureux ne le fait pas avec l'intention de maltraiter et ils sont de ce fait des « bientraitants » potentiels, si tant est que l'on considère également leur point de vue, leurs besoins et leurs limites et que l'on reconnaisse les situations difficiles auxquelles ils ont à faire face.

**L'OPQ recommande donc que le PL 115 précise que la politique de maltraitance dont doivent se doter les établissements fasse état des sujets à traiter lors d'activités de sensibilisation, d'information ou de formation relatives entre autres :**

- **au risque de maltraitance des personnes âgées ou majeures vulnérables;**
- **à l'impact de la maladie, notamment des troubles mentaux, sur le comportement des personnes qui reçoivent des services de santé et des services sociaux;**
- **aux attitudes et comportements à adopter dans le contexte de soutenir et développer la culture de bientraitance.**

**Ceci implique que l'on s'assure que les bons professionnels soient aussi présents au quotidien, à proximité, au sein des équipes interdisciplinaires, et en nombre suffisant pour offrir non seulement ces activités de sensibilisation, d'information ou de formation, mais aussi les services d'évaluation requis pour l'élaboration de plans de traitement et d'intervention qui soient ajustés aux besoins, goûts et intérêts et rythme des personnes âgées ou majeures vulnérables et qui tiennent compte des capacités et des ressources des intervenants ou de ceux qui ont à s'en occuper.**<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> P. 1 du document synthèse accessible à l'adresse suivante :

[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1809\\_Detecter\\_Maltraitance\\_Aines.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1809_Detecter_Maltraitance_Aines.pdf)

<sup>7</sup> Nous vous invitons à cet égard à consulter le document intitulé *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD. Collaboration interprofessionnelle*. Ce document le fruit de la collaboration de 15 ordres professionnels et du Regroupement provincial des

## Pour le développement d'une culture de bientraitance

Lutter contre la maltraitance, c'est aussi soutenir la bientraitance. Or, dans des situations où les intervenants seraient débordés, épuisés, en proie à un important sentiment d'impuissance, c'est un défi de travailler au développement d'une culture de bientraitance. De plus, il peut même parfois arriver que certains moyens que l'on pourrait envisager pour lutter contre la maltraitance puissent nuire au développement d'une culture de la bientraitance.

La culture de bientraitance favorise l'établissement de relations de confiance, le soutien et l'entraide. Pour la développer, il faut mettre en place des incitatifs à se confier, à demander de l'aide. Il ne faut pas susciter la honte ni accentuer les risques que les intervenants susceptibles de se comporter de façon inacceptable cherchent davantage à se cacher, voire réussissent à mieux le faire. Culture de bientraitance et culture de méfiance, d'hostilité, d'oppression et de répression ne vont pas de pair. Il y a là un juste équilibre à établir.

**L'OPQ considère important que le PL 115 prévoit spécifiquement dans les mesures à mettre en place dans la politique de maltraitance dont doivent se doter les établissements la nécessité de développer une culture d'empathie et de bientraitance, culture dont doivent bénéficier sans exception les personnes âgées et majeures vulnérables, leurs proches et tous les intervenants impliqués.**

Bref, il faut faire plus que signaler ou dénoncer des comportements que par ailleurs, la majorité reconnaîtrait d'emblée comme inadéquats et déplorables, y compris fort probablement les personnes pouvant manifester des comportements ou attitudes de maltraitance. On doit aider autrement :

- non seulement lutter contre les attitudes négatives, mais aussi et surtout, encourager des attitudes positives;
- expliquer le vieillissement, la maladie et leurs vicissitudes, donner un sens aux attitudes et comportements inadéquats de certaines personnes âgées ou vulnérables, à leurs demandes souvent irréalistes;
- reconnaître que les attitudes et comportements répétés des personnes âgées ou des personnes vulnérables en perte de moyens, et qui pourraient de surcroît avoir des atteintes cognitives, peuvent être inadéquats et ainsi devenir insupportables, mettant à rude épreuve la patience de leur entourage, ce qui peut contribuer aux comportements de maltraitance;
- dédramatiser, sans toutefois les accepter, les écarts de conduite, rien n'étant irremédiable ou irréparable;
- proposer des alternatives au comportement de maltraitance qui soient réalistes au quotidien et offrir des modèles qui soient accessibles.

---

comités des usagers. Il fait état notamment de la contribution des différents professionnels selon leur champ d'exercice. Ce document est accessible à l'adresse suivante : <http://collaborationinterprofessionnelle.ca/>. L'Annexe 1 de ce mémoire présente un extrait faisant état de la contribution particulière des psychologues.

## Pour une campagne d'information et de sensibilisation

On ne peut bien mener la lutte contre la maltraitance que si l'on a de meilleures connaissances de tout ce qui est en jeu pour les personnes âgées ou majeures vulnérables, pour leurs proches et pour les intervenants qui leur donnent soins et services. **L'OPQ recommande d'envisager une vaste campagne d'information et de sensibilisation**

La perspective de développer une culture d'empathie et de bienveillance exige d'aller au-delà de la simple dénonciation de comportements. Il faut éviter les effets pervers de la honte ou de la culpabilité, notamment pour certains proches aidants et/ou intervenants, surchargés ou épuisés, qui pourraient se reconnaître dans les personnages à bout de nerfs et qui par conséquent pourraient avoir envie de mieux se cacher. Cette campagne que nous recommandons de mettre sur pied devrait couvrir les mêmes thématiques ou problématiques que nous avons abordées dans le présent mémoire.

## Conclusion

Le présent mémoire s'inscrit tout à fait dans l'esprit et en continuité de ce qui se trouve dans deux (2) documents importants relatifs à la maltraitance, soit celui du Gouvernement du Québec, *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*, 2<sup>e</sup> édition, édité par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke et celui publié par l'OPHQ, *La maltraitance envers les personnes avec incapacité : recension des écrits et portrait statistique*. Nous considérons essentiel que des personnes « sans voix » fassent l'objet d'une préoccupation particulière puisque, bien souvent, leur seule façon d'exprimer leur mal-être est le trouble du comportement lui-même, trouble pouvant être à la source des comportements de maltraitance, notamment par l'utilisation inappropriée de mesures de contrôle dans un contexte de ressources limitées (ressources humaines et d'expertise), alors qu'on ne ferait que bâillonner ces personnes qui ainsi ne disposeraient plus d'aucun moyen de se faire entendre. Bref, pour lutter adéquatement contre la maltraitance, il faut des politiques claires, un engagement organisationnel ferme, l'attribution de ressources suffisantes et le rehaussement des compétences cliniques dans une perspective de réadaptation et de respect des personnes âgées ou majeures vulnérables. Il va sans dire que l'expertise des psychologues peut certainement être mise à profit à ces égards.

Bref, l'OPQ salue dans un premier temps les nouvelles dispositions du PL 115 relatives au signalement, considérant que celles-ci contribueront certainement à mettre à jour les situations de maltraitance qui passent inaperçues. Mais, comme le rapporte l'INSPQ :

*« La maltraitance envers les aînés est un phénomène complexe et on connaît encore peu les facteurs qui prédisposent un aîné à subir de la maltraitance ou ceux qui poussent une personne à maltraiter un aîné avec lequel il a développé une relation de confiance. On sait cependant que ces facteurs concernent autant l'aîné, l'auteur de maltraitance, la relation qu'ils entretiennent, que la communauté et la société, et qu'il existe une interaction complexe entre ces facteurs [...] » (p.6)*

La lutte contre la maltraitance ne doit pas se limiter au signalement d'inconduites et nous croyons que le PL 115 peut être enrichi pour refléter l'importance des efforts à faire non

seulement pour rendre la maltraitance visible, mais aussi pour la comprendre, la prévenir et intervenir adéquatement. Il faut donc aussi travailler à instaurer une véritable culture d'empathie et de bienveillance et, pour ce faire, il faut accompagner et soutenir les différents protagonistes en formalisant l'obligation de mettre sur pied des activités d'information, de sensibilisation et de formation auxquelles tous ceux qui sont concernés devront participer. Il faut informer et former les proches des personnes âgées ou majeures vulnérables et le personnel traitant sur la maladie, le vieillissement et leurs vicissitudes, mais aussi sur cette personne âgée ou majeure vulnérable particulière, dont ils ont à s'occuper, parce que toutes ne sont pas pareilles. Il faut aussi bien « soigner » ceux qui donnent des soins, se donner comme société des moyens d'éviter que ceux-ci ne s'enlisent dans l'impuissance et ne s'épuisent et, pour ce faire, porter un regard objectif sur l'offre actuelle de services et ses conditions de délivrance. C'est d'ailleurs le sens de plusieurs de nos recommandations.

## Liste des recommandations

*Les recommandations présentées ici se retrouvent en caractère gras dans le texte du mémoire. Elles sont énumérées dans l'ordre où elles sont apparues dans le document.*

### Recommandation 1

*Étant donné la difficulté à reconnaître la maltraitance psychologique,*

Que soit ajoutée à la définition de la maltraitance que propose l'article 2 une définition de la maltraitance psychologique qui fait consensus, accompagnée d'une liste de comportements typiques de ce type de maltraitance. Cette définition pourrait être celle que présente l'Office des personnes handicapées du Québec, soit :

*« Porter atteinte à l'identité d'une personne, à sa dignité ou à son estime de soi, l'humilier, la menacer, l'agresser verbalement, l'infantiliser, l'ignorer, l'isoler, lui tenir des propos dégradants, porter atteinte à ses valeurs, croyances ou pratiques religieuses. »*

### Recommandation 2

*Afin de rendre plus explicite la politique de lutte contre la maltraitance que doivent obligatoirement adopter et mettre en œuvre les établissements visés,*

Que soient ajoutées des listes faisant état des facteurs de risque et des indices de maltraitance qui s'appuient sur la littérature scientifique et professionnelle pertinente.

### Recommandation 3

*Étant donné la charge de plus en plus lourde que doit assumer le système de santé et les risques que cela génère des effets pervers sur les relations personnalisées qu'il faut établir avec les personnes âgées ou majeures vulnérables,*

Que l'article 3 comprenne l'obligation de mettre en place le suivi systématique de la qualité des interventions auprès des personnes à risque de maltraitance. À défaut d'inclure une telle disposition dans l'article 3, prévoir l'ajout d'un nouvel article à cet effet.

### Recommandation 4

*Afin de contrer les effets pervers potentiels des indicateurs actuels de performance,*

Que l'article 3 comprenne l'obligation de réviser les critères de performance pour ajouter aux mesures quantitatives, des mesures permettant de tenir compte des exigences relationnelles rattachées aux soins et services à offrir aux personnes âgées ou majeures vulnérables. À défaut d'inclure une telle disposition dans l'article 3, prévoir l'ajout d'un nouvel article à cet effet.

### Recommandation 5

*Afin d'éviter l'effet pervers d'ajouter aux comportements de maltraitance et dans le but de ne pas porter atteinte aux relations professionnelles porteuses de changement en la matière,*



Que les mesures législatives, comme l'envisage le PL 115, prévoient non pas l'obligation, mais l'autorisation à donner aux professionnels de faire un signalement qui découle de l'exercice de leur jugement professionnel.

#### Recommandation 6

*Étant donné que la maltraitance est plus susceptible de se produire quand on ne comprend pas bien ce qui est en jeu et qu'on n'a pas accès à des modèles de comportements à adopter,*

Que l'article 3 précise que la politique de maltraitance dont doivent se doter les établissements fasse état des sujets à être traités lors d'activités de sensibilisation, d'information ou de formation relatives entre autres :

- au risque de maltraitance des personnes âgées ou majeures vulnérables;
- à l'impact de la maladie, notamment des troubles mentaux, sur le comportement des personnes qui reçoivent des services de santé et des services sociaux;
- aux attitudes et comportements à adopter dans le contexte de soutenir et développer la culture de bienveillance.

Ceci implique que l'on s'assure que les bons professionnels soient aussi présents au quotidien, à proximité, au sein des équipes interdisciplinaires, et en nombre suffisant pour offrir non seulement ces activités de sensibilisation, d'information ou de formation, mais aussi les services d'évaluation requis pour l'élaboration de plans de traitement et d'intervention qui soient ajustés aux besoins, goûts et intérêts et rythme des personnes âgées ou majeures vulnérables et qui tiennent compte des capacités et des ressources des intervenants ou de ceux qui ont à s'en occuper.

#### Recommandation 6

*Considérant qu'il faut faire plus que signaler ou dénoncer des comportements que, par ailleurs, la majorité reconnaîtrait d'emblée comme inadéquats et déplorables, y compris fort probablement les personnes pouvant manifester des comportements ou attitudes de maltraitance,*

Que le PL 115 prévoit spécifiquement dans les mesures à mettre en place dans la politique de maltraitance dont doivent se doter les établissements, la nécessité de développer une culture d'empathie et de bienveillance, culture dont doivent bénéficier sans exception les personnes âgées et majeures vulnérables, leurs proches et tous les intervenants impliqués.

#### Recommandation 7

*Étant donné les difficultés pour la majorité des gens de comprendre les personnes âgées ou majeures vulnérables et dans la perspective de développer une culture de bienveillance,*

Que soit envisagée la mise sur pied une vaste campagne d'information et de sensibilisation.

## Références

- Beaulieu, M. et Crevier, M. (2010). Contrer la maltraitance et promouvoir la bienveillance des personnes âgées. *Gérontologie et Société*, 2(133), 69-87. doi : 10.3917/gs.133.0069
- Gouvernement du Québec (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. ISBN : 978-2-550-74472-6. Peut être consulté sur le site suivant : [www.maltraitanceaines.gouv.qc.ca](http://www.maltraitanceaines.gouv.qc.ca)
- Haesevoets, Y-M. (2010). *Les maltraitances psychologiques à l'égard des enfants*. Accessible à l'adresse web suivante : [http://www.psy.be/famille/enfants/maltraitance-enfant\\_2.htm](http://www.psy.be/famille/enfants/maltraitance-enfant_2.htm)
- Hawes, C., Blevins, D., et Shanley, L. (2001). Preventing abuse and neglect in nursing homes: The role of the nurse aide registries. *Report to the Centers for Medicare and Medicaid Services (formerly HCFA)*. College Station, Texas : School of Rural Public Health, Texas A&M University System Health Science Center.
- Institut national de santé publique du Québec (2013). *Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne*. Accessible à l'adresse web suivante : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1687\\_RechCasMaltraitPersAineesProfSSPremiLigne.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1687_RechCasMaltraitPersAineesProfSSPremiLigne.pdf)
- Lemarchand, A. (2015). Facteurs de vulnérabilité des aînés à la maltraitance perpétrée par un ou plusieurs de leurs enfants. (Essai de 3<sup>e</sup> cycle, Université du Québec à Trois-Rivières). Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/7644/1/030933481.pdf>
- Longneaux, J. M. (2010). On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir. *Gérontologie et Société*, 2(133), 33-41. doi : 10.3917/gs.133.0033
- Lothian, K. et Philip, I. (2001). Care of older people: Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *British Medical Journal*, 322(7287), 668-670. doi : 10.1136/bmj.322.7287.668
- Nour, K., et M. Hébert (2010). Pour les aînés aux prises avec des problèmes de santé mentale : miser sur la communauté. *Pluriâges*, 1(1), 15-17.

- Office des personnes handicapées du Québec (2015). *La maltraitance envers les personnes avec incapacité : recension des écrits et portrait statistique*. ISBN : 978-2-550-73093-4 (version PDF), ISBN : 978-2-550-73094-1 (version texte électronique)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016). *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD. Collaboration interprofessionnelle*. Accessible à l'adresse web suivante : <http://collaborationinterprofessionnelle.ca/>
- Ordre des psychologues du Québec (2016). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022. Mémoire de l'Ordre des psychologues du Québec déposé au Secrétariat aux aînés, ministère de la Famille du Québec*. Accessible à l'adresse web suivante :  
<https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/58588/Plan+d%E2%80%99action+gouvernemental+pour+contrer+la+maltraitance+envers+les+personnes+a%C3%A9es+2017-2022/d4a6cfb1-857a-4f34-baad-dbc6a382a113>
- Yaffe, M. J. et Tazkarji, B. (2012). Comprendre la maltraitance des aînés en pratique familiale. *Canadian Family Physician – Le médecin de famille canadien*, vol. 58(12), 692-698. Accessible à l'adresse web suivante :  
<http://www.cfp.ca/content/58/12/e692.full.pdf>

## Annexe 1 : Rôle et mandats des psychologues et neuropsychologues en CHSLD

*Le contenu de cette annexe est extrait de Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD. Collaboration interprofessionnelle. Ce document est le fruit de la collaboration de 15 ordres professionnels et du Regroupement provincial des comités des usagers. Il fait état notamment de la contribution des différents professionnels selon leur champ d'exercice. Ce qui suit concerne spécifiquement le psychologue, mais, pour plus d'information, nous vous invitons à prendre connaissance de l'ensemble du document accessible à l'adresse suivante : <http://collaborationinterprofessionnelle.ca/>*

Le psychologue est habilité à évaluer le fonctionnement psychologique et mental de la personne et sur cette base, à déterminer, à recommander et à mettre en œuvre des interventions et des traitements. Ses interventions s'adressent directement aux personnes hébergées en CHSLD, à leur famille ou à leurs proches. Elles peuvent aussi avoir une portée indirecte, notamment lorsque le psychologue participe à la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ou à d'autres manifestations comportementales importantes (souvent associés à un diagnostic en santé mentale), contribue à l'amélioration du milieu de vie et apporte soutien et conseils aux équipes interdisciplinaires.

L'évaluation initiale ou continue du fonctionnement psychologique et mental sert entre autres à :

- dresser un profil des ressources et capacités, notamment sur le plan cognitif, identifier la présence de troubles particuliers comme l'anxiété, la dépression ou les troubles de la personnalité;
- dégager les impacts de ce qui précède sur la capacité de la personne à :
  - faire les deuils qu'impliquent les pertes vécues;
  - s'intégrer dans son milieu de vie;
  - interagir avec les proches ou aidants naturels, les autres personnes hébergées et le personnel soignant;
  - prendre soin d'elle-même et de ses biens;
  - consentir à des soins complexes;
- déterminer la nature et le mode des interventions qui peuvent être déployées.

Le psychologue peut ensuite intervenir directement auprès des personnes hébergées ou auprès des proches et des aidants naturels qui sont touchés par la condition de la personne hébergée et qui, en raison de leur dynamique relationnelle, ont une influence importante sur le vécu de celle-ci et son intégration dans son milieu de vie.

Au sein de l'équipe interdisciplinaire, le psychologue partage ses connaissances sur le fonctionnement psychologique et mental ainsi que sur l'incidence comportementale de

divers facteurs : environnement physique et social, pertes cognitives ou démence, personnalité et tempérament. Ainsi, il contribue à l'élaboration de :

- plans d'interventions ou de soins qui prennent en compte les besoins, désirs et motivations des personnes hébergées et qui misent sur leurs ressources et capacités dans le but de faciliter leurs rapports aux autres, de favoriser leur autonomie, d'assurer leur sécurité et d'améliorer leur qualité de vie;
- stratégies d'intervention et de prévention relativement à des situations à risque ou en situation de crise (adoption de méthodes et d'attitudes qui soient le moins coercitives possible et risquant le moins d'être perçues comme menaçantes par les personnes hébergées);
- mesures non pharmacologiques (afin de contrer la surconsommation de médicaments ou l'utilisation de médicaments qui ne sont plus appropriés) visant à prévenir ou ralentir les pertes anticipées, à compenser les manifestations dépressives ou d'anxiété, à contenir les comportements problématiques, perturbateurs ou agressifs.

Sur le plan des interventions indirectes, le psychologue peut aider les personnes hébergées, le personnel traitant et les équipes de soins en formulant des recommandations ou en intervenant sur ce qui, dans le milieu, génère ou perpétue la souffrance psychologique (solitude, angoisse, détresse...) ou les comportements problématiques.

En tant que consultant, le psychologue se consacre :

- à l'amélioration de la compréhension qu'ont ses collègues des limites, besoins et capacités des personnes hébergées et de leurs proches, de ce qu'ils vivent et ressentent, des impacts sur les comportements que peuvent avoir l'environnement physique et social, les pertes cognitives ou la démence et la personnalité ou le tempérament;
- au développement ou à l'amélioration des compétences ou des habiletés de ceux qui interagissent au quotidien avec les personnes hébergées et leurs proches;
- à l'ajustement ou à l'adaptation de l'environnement physique et social aux besoins émotionnels et affectifs des personnes hébergées.

Il peut également :

- donner de la formation au personnel (et aux bénévoles), à la famille et aux proches aidants sur des sujets comme les symptômes psychologiques, les pertes cognitives, les comportements problématiques;
- enseigner aux intervenants l'utilisation d'approches adaptées;
- donner des avis et conseils aux gestionnaires relativement au climat de la résidence, aux relations interpersonnelles et autres;

- offrir du soutien au personnel (et aux bénévoles), souvent en proie à l'impuissance, bouleversé par ce qu'ils voient et ce qu'ils vivent dans leurs relations avec les personnes hébergées.

## Annexe 2 : Actions ou bonnes pratiques à prioriser pour mieux prévenir, repérer et intervenir dans des situations de maltraitance

*La liste qui suit est extraite du mémoire que l'Ordre des psychologues a présenté en mai 2016 au Secrétariat aux aînés, ministère de la Famille du Québec en réponse à sa consultation relativement au Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022. Bien qu'il n'y soit question que des personnes âgées, on comprend que ces recommandations de bonnes pratiques s'appliquent également aux personnes majeures vulnérables.*

S'assurer que ces résidences [celles où séjournent les personnes âgées] sont dûment agréées et qu'elles disposent de valeurs, de normes et de politiques claires eu égard non seulement à la maltraitance et à l'obligation de signalement, mais aussi à la bientraitance.

S'assurer que la personne âgée ne soit pas placée dans un milieu loin du quartier où elle a vécu, où sont ses proches, de sorte qu'elle ne soit pas davantage isolée et qu'il ne revienne pas qu'au seul personnel soignant de répondre à tous ses besoins, notamment ceux d'ordre relationnel ou affectif.

Faire place à la famille et aux proches, tenant compte de leurs capacités et limites, en évitant de les culpabiliser ou de faire pression pour qu'ils s'impliquent davantage ou autrement. Comprendre pourquoi ils pourraient vouloir se tenir à l'écart, le cas échéant, comprendre qu'ils sont eux aussi en perte et qu'ils y réagissent comme ils le peuvent. Reconnaître leurs compétences, ouvrir le dialogue, ce sont eux qui savent mieux que tout autre qui sont leurs aînés, quels sont leurs besoins, comment ils ont évolué. Les considérer comme des partenaires, mais des partenaires parfois fragiles ou fragilisés par ce qui arrive à leurs aînés. S'ils ne se sentent pas accueillis ou reconnus, ils peuvent devenir distants ou pire méfiants, hostiles.

Prendre le temps et l'énergie qu'il faut pour impliquer les personnes âgées elles-mêmes, dans la mesure de leurs capacités et ressources, en faire des acteurs de leur propre vie plutôt que de les maintenir dans une position passive de réception de soins. Elles se sentiront ainsi concernées et estimées plutôt que victimes potentiellement résistantes ou recalcitrantes.

Disposer de professionnels et d'intervenants qualifiés, compétents, en nombre suffisant, capables et prêts à investir, voire à aimer les personnes âgées comme elles sont.

Miser sur la compétence pour redonner du pouvoir, contrer l'impuissance. Soutenir et accompagner le personnel soignant et les proches aidants.

Miser sur l'information et la formation pour contrer l'ignorance et la peur, pour modifier les perceptions erronées et négatives de la clientèle des milieux institutionnels. L'absence d'information ou une mauvaise diffusion des besoins de la personne âgée peuvent engendrer des malentendus, des maladresses, voire de la maltraitance.

Mettre sur pied un programme de formation continue sur le vieillissement normal et pathologique, sur les impacts des maladies chroniques débilantes, programme qui soit dis-

ponible et réellement accessible au personnel soignant de même qu'aux familles et aux proches.

Miser sur une expertise multidisciplinaire, sur des équipes de soignants (qui, sous toute réserve, sont actuellement surtout composées d'infirmières et de travailleurs sociaux) qui ont accès à des ressources professionnelles différentes [...], capables d'informer et de former le personnel soignant, de même que les proches aidants.

Développer une compréhension et une vision commune.

Privilégier une prise en charge personnalisée priorisant des interventions d'ordre relationnel qui ne visent pas que le contrôle de la personne âgée (ex. : minimiser les recours à la contention physique ou pharmacologique). Mettre celle-ci en situation de prendre un maximum de décisions la concernant, à la mesure de ses capacités.

Ne pas se centrer sur les soins à exécuter, mais sur la personne qui les reçoit, miser sur la relation qui doit être positivement significative pour que des soins soient bien reçus.

Donner des soins qui soient prévisibles, tout en les offrant de façon flexible pour s'adapter au rythme et aux besoins de chacun (c'est le cas, par exemple des heures de repas, des soins corporels, du cycle du sommeil, etc.).

Offrir un environnement stable où se retrouvent les mêmes personnes « soignantes », que les usagers ou résidents connaîtront et reconnaîtront, de sorte que ces derniers ne se sentiront pas étrangers à leurs yeux, que ceux qui en prennent soin ne les considéreront plus comme étrangères et s'en seront suffisamment approchés pour les comprendre et agir avec assurance et sécurité.

Soigner le climat de travail, les personnes âgées peuvent être très sensibles, pour ne pas dire perméables, aux tensions.