

Prévenir la maltraitance pour un vieillissement en santé – Pistes de réflexion

Mémoire déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de l'élaboration du troisième Plan d'action gouvernemental pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées

Direction du développement des individus et des communautés

Février 2021

*Institut national
de santé publique*

Québec 

AUTEURS

Julie Laforest
André Tourigny
Direction du développement des individus et des communautés
Vice-présidence aux affaires scientifiques

SOUS LA COORDINATION DE

Thomas Paccalet
Direction du développement des individus et des communautés
Vice-présidence aux affaires scientifiques

AVEC LA COLLABORATION DE

Maude Chapados
Irène Langis
Direction de la valorisation scientifique et de la qualité

Réal Morin
Vice-présidence aux affaires scientifiques

MISE EN PAGE

Marie-Cloé Lépine
Direction du développement des individus et des communautés

ÉDITION

Unité des communications et de la documentation
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2021
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-88699-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2021)

Avant-propos

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités. L'une des missions de l'INSPQ est d'informer le ministre de l'impact de politiques publiques sur l'état de santé de la population québécoise en s'appuyant sur les meilleures données disponibles.

Poursuivant cet objectif, l'INSPQ répond à l'invitation qui lui a été faite par le Secrétariat aux aînés du ministère de la Santé et des Services sociaux de déposer un mémoire dans le cadre de sa consultation en vue de l'élaboration du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027.

Le mémoire repose sur l'expertise développée au cours des dernières années dans le domaine de la prévention de la violence et de la maltraitance envers les personnes âgées. Il s'appuie aussi sur l'expertise dans le domaine de la promotion d'un vieillissement en santé. L'Institut collabore d'ailleurs aux travaux du comité du Secrétariat aux aînés portant sur la bientraitance. Plus récemment, des travaux visant à lutter contre l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées en contexte de pandémie ont également été conduits.

La présente analyse reprend d'ailleurs intégralement certains contenus de travaux et avis scientifiques déjà publiés par l'INSPQ.

Table des matières

Messages clés.....	1
1 Introduction	3
2 Commentaires généraux : intensifier les efforts de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées.....	5
2.1 Promouvoir un vieillissement en santé : un levier pour prévenir la maltraitance	5
2.2 Poursuivre les efforts pour repérer et prendre en charge les personnes âgées qui vivent des situations de maltraitance	7
2.3 Mieux documenter la maltraitance envers les personnes âgées	8
2.4 Maximiser les efforts de prévention en misant sur une action gouvernementale coordonnée et cohérente tout au long du parcours de vie	8
3 Commentaires spécifiques : lutter contre l’âgisme	11
4 Commentaires spécifiques : prioriser la bientraitance	13
5 Commentaires spécifiques : contrer les répercussions de la pandémie.....	15
6 Conclusion	17
Références bibliographiques.....	19
Annexe 1 Modèle conceptuel du vieillissement en santé	23
Annexe 2 Exemples d’actions en lien avec le vieillissement en santé et la prévention de la maltraitance et facteurs ciblés	27

Messages clés

- L'INSPQ salue l'intention du Gouvernement d'élaborer un troisième Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées.
- La maltraitance est un phénomène sous-estimé aux multiples facettes qu'il est possible de mieux cerner en s'appuyant sur des données de surveillance valides, des connaissances scientifiques à jour et l'évaluation des actions mises en place.
- Une stratégie de prévention de la maltraitance doit agir sur plusieurs plans – relationnel, communautaire, social – et dépasser les interventions de sensibilisation.
- Les personnes âgées qui subissent de la maltraitance cumulent souvent des expériences de violence tout au long de leur vie. Une approche de santé publique mise sur l'importance d'agir en amont pour renforcer les capacités des personnes et réduire les situations à risque avant qu'elles ne s'aggravent avec l'âge.
- Trop souvent cachée, la maltraitance entraîne de nombreuses conséquences sur la santé et le bien-être des personnes maltraitées, c'est pourquoi il est essentiel de déployer des mesures organisationnelles favorisant le repérage précoce et la prise en charge de la maltraitance.
- En plus de viser la réduction de la maltraitance envers les personnes âgées, ce plan est l'occasion d'intensifier les efforts de promotion d'un vieillissement en santé en s'attaquant à l'âgisme et en valorisant la bientraitance pour tous et dans toutes les sphères de la société.
- C'est par une action intersectorielle intégrée et mobilisatrice des paliers national, régional et local qu'il sera possible pour les personnes âgées d'évoluer dans des milieux sains, sécuritaires et inclusifs.
- La pandémie de COVID-19 a révélé différents enjeux liés au vieillissement et à la place des personnes âgées dans nos sociétés. L'intensification de mesures pour mitiger les effets négatifs d'une crise sanitaire susceptible d'aggraver la maltraitance auprès de cette population est d'autant plus importante.

1 Introduction

Au Québec, la prévalence de la maltraitance chez les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile a été établie à 5,9 % lors de l'Enquête sur la maltraitance envers les personnes âgées au Québec (EMPAQ) (1). Cette prévalence est néanmoins sous-estimée étant donné que la population ciblée dans l'enquête est celle vivant à domicile et qu'elle est axée sur la maltraitance physique, psychologique, sexuelle et matérielle ou financière. Ainsi, l'EMPAQ ne tient pas compte des autres types de maltraitance considérés dans le Plan d'action gouvernemental (2), soit la maltraitance organisationnelle, l'âgisme et la violation de droits. Ce constat s'avère d'autant plus préoccupant que le vieillissement rapide de la population québécoise fera en sorte que le nombre de personnes à risque de maltraitance augmentera considérablement dans les 10 prochaines années.

La maltraitance qui peut se manifester sous forme de violence ou de négligence a de nombreuses conséquences sur la santé et le bien-être des personnes touchées, ainsi qu'un impact social et économique en termes de soins de santé et de perte de contribution des personnes âgées à la société (3). En plus d'entraîner des souffrances physiques et psychologiques, elle nuit à la qualité de vie des personnes âgées et contribue à diminuer l'espérance de vie. Une récente revue systématique des études s'étant penchées sur les effets de la maltraitance sur la santé des personnes âgées a documenté l'étendue de ses conséquences (4). Plus récemment, la pandémie de COVID-19 qui a frappé particulièrement les personnes âgées à travers le monde aura mis en lumière différents enjeux liés au vieillissement et à la place des personnes âgées dans nos sociétés, certains plus directement à risque de maltraitance.

L'intention de mobiliser les divers ministères concernés afin d'élaborer un troisième Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées est donc à saluer. Avant de commenter plus spécifiquement quelques thèmes ciblés par la consultation, l'INSPQ souhaite dans un premier temps offrir des commentaires généraux, afin de mieux comprendre, prévenir et suivre en sol québécois les enjeux de maltraitance, en bâtissant sur les actions déjà en place. Trois grands commentaires spécifiques sont ensuite abordés : les thèmes de l'âgisme, de la bientraitance et quelques préoccupations liées aux répercussions possibles de la crise sanitaire sur le bien-être et les risques de maltraitance envers les personnes âgées.

2 Commentaires généraux : intensifier les efforts de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées

Les données de l'enquête québécoise de prévalence et la littérature scientifique le démontrent bien, la maltraitance envers les personnes âgées revêt plusieurs visages, survient dans différents contextes et se manifeste par une vaste gamme de comportements allant de la négligence physique en milieu d'hébergement, à la violence sexuelle par un conjoint en passant par l'exploitation financière par un membre de la famille. La complexité et la variété des situations appellent donc à des interventions qui tiennent compte de ces nombreuses facettes et qui interpellent divers acteurs. Ainsi, il semble opportun de rappeler comment la promotion d'un vieillissement en santé constitue à plusieurs égards un levier pour prévenir, en amont, la maltraitance. Ce chapitre souligne également l'importance de la détection précoce de la maltraitance, des efforts pour mieux la documenter en contexte québécois, ainsi que de la nécessaire collaboration des divers ministères et organismes concernés dans la coordination des activités préventives.

2.1 Promouvoir un vieillissement en santé : un levier pour prévenir la maltraitance

Une stratégie de prévention de la maltraitance ne peut se limiter à des interventions de sensibilisation auprès des personnes concernées, mais doit également intégrer des actions agissant sur des facteurs relationnels, sur les milieux de vie, ainsi que sur le contexte social plus large (4, 5). En ce sens, la prévention de la maltraitance a tout avantage à s'inscrire dans le cadre d'une approche écosystémique du type « vieillissement en santé » (VES)ⁱ telle que présentée par le modèle conceptuel de Cardinal et ses collaborateurs (2008) (6) (annexe 1). Cette approche, qui est en phase avec le cadre de référence sur le vieillissement en santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (7), de même qu'avec une démarche territoriale de type Municipalité amie des aînés (MADA)ⁱⁱ, prévoit une action intersectionnelle qui mobilise les paliers national, régional et local pour permettre aux personnes âgées d'évoluer dans des milieux sains, sécuritaires et inclusifs. Le modèle VES repose sur le respect de valeurs qui sont au cœur même de la prévention de la maltraitance, et sont revendiquées par les personnes âgées elles-mêmes, soit la dignité, l'équité, la solidarité et l'indépendance. Le modèle du vieillissement en santé propose d'investir, à travers ses différents axes, les champs d'action de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santéⁱⁱⁱ: l'élaboration de politiques publiques saines; la création de milieux favorables; le renforcement de l'action communautaire; l'acquisition des aptitudes individuelles; la réorientation des services de santé en faveur de la prévention. À chacun des axes se rattachent des actions concrètes. Ces actions reposent sur l'implication de la personne âgée elle-même, de ses proches et des partenaires intersectoriels communautaires, publics et privés, qui, tous ensemble, peuvent contribuer à favoriser un vieillissement en santé et contribuer à prévenir la maltraitance. Voici quelques exemples d'actions ainsi que les facteurs de maltraitance sur lesquels elles agissent. Le tableau complet est présenté à l'annexe 2.

ⁱ Le « vieillissement en santé » fait référence au processus permanent d'optimisation des possibilités permettant aux personnes âgées d'améliorer et de préserver leur santé, leur bien-être, leur autonomie et leur qualité de vie ainsi que favoriser les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de leur vie. Il s'adresse à toutes les personnes, où qu'elles soient, en bonne ou en moins bonne santé, ayant ou non des incapacités.

ⁱⁱ La démarche québécoise « MADA » est affiliée à l'OMS dans le contexte du Réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des aînés (Réseau mondial OMS VADA).

ⁱⁱⁱ <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>

Tableau 1 Exemples d’actions en lien avec le vieillissement en santé et la prévention de la maltraitance et facteurs ciblés

Axes d’actions ¹	Exemples d’actions de promotion et de prévention pour favoriser un vieillissement en santé et prévenir la maltraitance	Facteurs ² de risque ou de protection de maltraitance ciblés
Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d’adaptation des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agir sur les valeurs, les croyances et les attitudes face au vieillissement et à la maltraitance; ▪ Développer les compétences personnelles et sociales de la personne âgée; ▪ Développer l’estime de soi et le sentiment d’utilité; ▪ Améliorer la littératie générale et en santé, la littératie financière et numérique; ▪ Favoriser l’adoption de saines habitudes de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Âgisme (risque) ▪ Isolement social et faible réseau social (risque) ▪ Estime de soi (protection) ▪ Compétences personnelles et sociales de la personne (protection) ▪ Maintien de bonnes habitudes de vie (protection)
Créer des milieux de vie sains et sécuritaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la qualité du lieu de résidence dont les adaptations du domicile pour diminuer les situations de handicap et facilitant l’aide apportée par des proches; ▪ Contribuer, en collaborant avec d’autres acteurs intersectoriels, à améliorer la qualité de vie du quartier ou encore la sécurité des lieux publics et ainsi favoriser les interactions sociales; ▪ Faire connaître et développer les infrastructures et dispositifs qui favorisent les activités sociales, culturelles, artistiques et physiques et ainsi concourir à diminuer l’isolement social; ▪ Améliorer les conditions de travail pour offrir un véritable choix à la personne de continuer ou non à travailler, mais aussi pour faciliter la conciliation travail et le rôle de proche aidant; ▪ Encourager le développement de services de proximité propices aux interactions sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacités sur le plan physique, faible état de santé (risque) ▪ Isolement social et faible réseau social (risque) ▪ Faible revenu et défavorisation (risque) ▪ Capacité financière (protection) ▪ Milieux de vie adaptés aux besoins des personnes (protection) ▪ Âgisme
Favoriser l’engagement et la participation des personnes âgées et améliorer le soutien à celles-ci et à leurs proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir des valeurs, des croyances et des attitudes qui tiennent compte du potentiel et des besoins des personnes âgées; ▪ Faciliter les liens sociaux avec d’autres dans la communauté, en particulier les liens intergénérationnels, et des personnes âgées vivant en RPA ou en RI et CHSLD; ▪ Apporter tout le soutien requis aux proches aidants afin qu’ils puissent continuer à participer socialement et maintenir ou adopter de saines habitudes de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Âgisme (risque) ▪ Isolement social et faible réseau social (risque) ▪ Stress et fardeau associé au rôle d’aidant (risque) ▪ Participation sociale (protection)

¹ Inspirée du Cadre conceptuel du vieillissement en santé de Cardinal et collaborateurs, 2008.

² Tirée de Beaulieu et collab., 2018, <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-maltraitance-envers-les-personnes-aines/facteurs-de-risque-et-de-protection>.

Diverses actions de promotion et de prévention sur plusieurs des axes du modèle peuvent donc favoriser un vieillissement en santé et ainsi prévenir la maltraitance des personnes âgées en agissant sur ses principaux facteurs de risque ou de protection. Reconnue comme ayant le potentiel d’agir sur une variété d’indicateurs de santé chez les personnes âgées (7), une approche intégrée et concertée est d’autant plus pertinente que les connaissances scientifiques sur les effets des programmes spécifiques pour prévenir ou intervenir en matière de maltraitance envers les personnes âgées demeurent peu concluantes (8–11).

2.2 Poursuivre les efforts pour repérer et prendre en charge les personnes âgées qui vivent des situations de maltraitance

En cohérence avec les axes du modèle conceptuel de vieillissement en santé, le continuum préventif doit aussi inclure le repérage précoce des situations de maltraitance, afin d’y mettre fin et s’assurer que les personnes reçoivent l’aide et les services requis (11). Le précédent plan d’action (2017-2022) a positionné l’importance que les différents acteurs en contact avec des personnes âgées soient sensibilisés au risque de maltraitance et vigilants aux signes et indices pour que les situations de violence ou de négligence soient détectées le plus précocement possible. À cet égard, des outils et des formations ont été mis de l’avant dans différents secteurs (financier, policier, communautaire, santé, etc.). Pourtant, les données de l’EMPAQ nous apprennent que le dévoilement des situations vécues par les personnes maltraitées et la recherche d’aide formelle demeurent peu fréquents (1). À titre d’illustration, seulement un quart des personnes âgées ayant vécu de la maltraitance a parlé de sa situation à un médecin, un professionnel de la santé ou à une personne travaillant dans un CLSC (1). La banalisation de certaines manifestations comme la violence psychologique, la minimisation des impacts de la maltraitance ou le refus de dénoncer la personne maltraitante lorsqu’il s’agit d’un conjoint ou d’un membre de la famille constituent des raisons documentées qui font barrières au dévoilement et à la recherche d’aide (1, 12).

Par ailleurs, il semble que les personnes âgées maltraitées utilisent davantage les services de santé, notamment en raison des conséquences de la maltraitance (4). De par cet accès privilégié, les professionnels de la santé et des services sociaux peuvent jouer un rôle central pour détecter les situations de maltraitance (11, 13, 14). Au Québec, trois milieux cliniques de première ligne sont névralgiques pour rejoindre les personnes âgées et devraient par conséquent être ciblés pour rehausser le niveau de vigilance des intervenants : les cliniques ambulatoires, les services de soutien et de soins à domicile et les urgences des hôpitaux. Ces milieux constituent les principaux points de contact des personnes âgées avec le système de soins de première ligne (12). Pour améliorer la détection de la maltraitance, la formation adéquate et continue des professionnels de la santé et des services sociaux appelés à côtoyer des personnes âgées s’avère essentielle (12, 13). De même, lorsque jumelé à la formation, l’accès à des outils de détection adaptés au type de professionnel et au contexte clinique peut contribuer à faciliter les activités de repérage. Sans être infaillibles, plusieurs outils existants ont été validés, certains ayant même été développés au Québec et sont disponibles en français. Il est à noter cependant que les résultats de synthèses de connaissances sur le sujet mettent en lumière que la formation ou le seul recours à un outil n’entraînent pas nécessairement des changements de pratique et que des mesures organisationnelles sont essentielles pour soutenir le repérage de la maltraitance envers des personnes âgées (11–13, 15). Un environnement clinique qui permet le respect de la confidentialité et facilite le dévoilement, l’existence d’un protocole et l’accès à une équipe multidisciplinaire vers qui orienter les personnes maltraitées et maltraitantes sont parmi les exemples de mesures pouvant soutenir les pratiques de repérage (11).

2.3 Mieux documenter la maltraitance envers les personnes âgées

S'appuyer sur l'analyse de données épidémiologiques et sur des connaissances scientifiques à jour est une condition nécessaire pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (16). Dès le premier plan d'action, l'axe du développement des connaissances a été mis de l'avant par la création d'une chaire de recherche (17). Le deuxième plan d'action a mené à la réalisation d'une enquête populationnelle qui a permis de pallier le manque de données sur l'ampleur de la maltraitance chez les personnes âgées vivant à domicile au Québec (2). Cette enquête aura tout avantage à être répétée régulièrement pour permettre de suivre l'évolution de la situation dans le temps.

La collecte et l'analyse, sur une base régulière, de diverses données issues d'enquêtes populationnelles, de statistiques policières et de l'utilisation des services devraient être réalisées, afin de mieux connaître l'évolution de la maltraitance, ses multiples facettes et ses déterminants, pour ainsi mieux intervenir afin de la prévenir (18). Or, certains types et formes de maltraitance (ex. : négligence, maltraitance organisationnelle) demeurent peu documentés au Québec et il est difficile d'obtenir des indicateurs sur des déterminants du phénomène (ex. : âgisme). De plus en plus, les études dans le domaine tendent à démontrer les différences entre les formes de maltraitance, notamment en ce qui a trait à la prévalence, aux facteurs de risque et aux interventions à mettre en place pour y répondre, justifiant l'importance de mesurer le problème à la fois globalement, mais aussi en s'attardant aux formes précises (4, 19, 20).

En ce qui a trait au développement des connaissances, certains aspects de la problématique demeurent peu documentés au Québec et pourraient être approfondis davantage. Pensons aux inégalités sociales de santé chez les personnes âgées et à leur impact sur la maltraitance (ex. : défavorisation), aux intersections entre les diverses formes d'exclusion et de discrimination sociale (âgisme, sexisme, racisme, capacitisme, etc.), à la maltraitance vécue par certains groupes marginalisés (ex. : personnes âgées de la diversité sexuelle et de genre) et, plus récemment, aux répercussions de la pandémie.

2.4 Maximiser les efforts de prévention en misant sur une action gouvernementale coordonnée et cohérente tout au long du parcours de vie

Diverses actions (ex. : politiques sociales liées aux conditions de vie, plans d'action gouvernementaux ciblant des problématiques particulières) présentent le potentiel de prévenir la maltraitance envers les personnes âgées en agissant sur des déterminants/facteurs de risque ou de protection, même si elles ne sont pas toujours déployées ni évaluées en ce sens. Par exemple, il semble souhaitable que la préoccupation gouvernementale pour la lutte à la maltraitance se répercute dans le Programme national de santé publique (21) en mettant de l'avant des mesures concrètes pour favoriser un vieillissement en santé. De même, l'arrimage avec d'autres plans qui ciblent la prévention de la discrimination (ex. : Plan de lutte à l'homophobie) ou la violence (ex. : Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale) est attendu pour que les enjeux propres aux personnes âgées soient considérés et que les actions gouvernementales se complètent. Par exemple, l'EMPAQ a révélé que près d'un quart de la violence physique, psychologique ou sexuelle se produit dans une relation conjugale et que plusieurs des situations perduraient depuis plus de 10 ans (1).

Inversement, de plus en plus de données démontrent que les personnes qui subissent de la maltraitance à un âge avancé cumulent souvent des expériences de violence tout au long de leur vie (1, 4, 22, 23). Cette revictimisation pourrait résulter d'une vulnérabilité accrue en raison des effets persistants des expériences antérieures de violence (24). En ce sens, des actions structurantes visant la promotion de relations saines et la prévention de la violence dès le plus jeune âge sont susceptibles d'agir favorablement sur le parcours de vie (5, 25, 26) et ainsi, de réduire la maltraitance envers les personnes âgées au sein de la société.

Afin d'accentuer les efforts de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées, l'INSPQ recommande :

- d'encourager et soutenir les initiatives structurantes au plan national, régional et local permettant aux personnes âgées d'améliorer leurs conditions de vie et d'être en sécurité dans leurs milieux de vie, en s'inspirant notamment du modèle vieillissement en santé;
- de poursuivre et accentuer les efforts de repérage précoce des cas de maltraitance envers des personnes âgées, notamment la recherche de cas par des professionnels de la santé et des services sociaux :
 - s'assurer que la formation initiale des professionnels de la santé et des services sociaux considère la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées dans le cursus de formation;
 - rendre disponibles de la formation continue, des outils validés et des protocoles adaptés aux différents contextes cliniques et établir des conditions organisationnelles propices au repérage et à la prise en charge des situations de maltraitance;
- de maintenir et consolider la surveillance de la maltraitance et de ses déterminants, notamment en prévoyant des mesures permettant de documenter l'ampleur et l'évolution des diverses manifestations de la maltraitance au Québec;
- de soutenir la recherche sur des aspects peu documentés au Québec de la maltraitance envers les personnes âgées (ex. : maltraitance organisationnelle, inégalités sociales de santé) et encourager l'évaluation des initiatives de prévention;
- d'assurer la complémentarité et la continuité des mesures du futur plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées avec celles d'autres plans gouvernementaux existants ou à venir.

3 Commentaires spécifiques : lutter contre l'âgisme

Au Canada et au Québec, l'âge arrive au troisième rang des formes principales de discrimination, après l'apparence physique et les facteurs ethnoculturels (c.-à-d. appartenance ethnique ou culturelle ou à un groupe racisé, religion, langue parlée). Depuis plusieurs années, l'OMS rappelle l'importance de lutter contre l'âgisme (7), une préoccupation également présente au Québec, notamment dans le deuxième plan d'action de la politique *Vieillir et vivre ensemble*, intitulé *Un Québec pour tous les âges* (27). Pourtant, l'âgisme est encore bien présent dans la société québécoise. À ce titre, l'INSPQ salue la volonté du Gouvernement de considérer la lutte contre l'âgisme dans son prochain plan d'action pour contrer la maltraitance.

Comme mentionné dans le document de consultation, les croyances, attitudes et préjugés âgistes sont variés et peuvent être relayés par différents canaux, dont les milieux de soins, le secteur du travail, ou encore les médias. Par ailleurs, les attitudes âgistes ne sont pas toujours directement hostiles et peuvent être bienveillantes (ex. : considérer que les personnes âgées sont fragiles et ont besoin d'être protégées) (28). Tenir compte de ces distinctions dans l'élaboration des interventions est nécessaire, car elles n'ont pas nécessairement la même origine (ex. : manque de connaissances, préjugés, expériences de vie) et peuvent donner lieu à des comportements de nature différente (28, 29). Dans tous les cas, les perceptions erronées concernant le vieillissement ont des conséquences négatives considérables et insoupçonnées. L'âgisme peut notamment conduire des personnes âgées à se désengager du travail ou à quitter la vie professionnelle plus vite qu'ils l'auraient voulu, si l'image qu'on leur renvoie les dévalorise ou transmet un message d'exclusion (30). En plus des répercussions sur la santé et le bien-être des personnes, des normes sociales soutenant une vision négative des personnes âgées et la discrimination en fonction de l'âge peuvent augmenter le risque de maltraitance (33, 34). Puisque l'âgisme trouve sa source dans un ensemble de facteurs tant au plan individuel (ex. : peur de vieillir, connaissances sur le vieillissement), interpersonnel (ex. : qualité des relations avec des personnes âgées) que sociétal (ex. : ressources économiques disponibles, proportion de 65 ans et plus au sein de la population) (31), une variété de mesures sont à envisager pour le contrer (7, 16, 33). À titre d'exemple, la Stratégie australienne en matière de maltraitance envers les personnes âgées inclut des mesures de valorisation des personnes âgées au sein de la société. Pour ce faire, des actions allant de la promotion d'une vision plus positive et diversifiée du vieillissement, à des initiatives favorisant l'inclusion et la participation sociale et un mode de vie physiquement actif sont combinées à des approches structurantes telles que les villes amies des âgés (35). Au Québec, le projet de recherche participatif intitulé « Rupture avec l'âgisme : co-construction d'un plan d'action intersectoriel favorisant une santé, une valorisation et une participation sociale accrues des Québécois vieillissants »^{iv} est une initiative prometteuse qui s'inscrit dans cette même logique.

^{iv} <http://lippa.recherche.usherbrooke.ca/2020/01/12/un-projet-audacieux-pour-rompre-avec-lagisme/>

Afin de diminuer l'âgisme qui nuit à la pleine participation sociale des personnes âgées et augmente le risque de maltraitance, l'INSPQ recommande :

- d'accentuer les efforts de prévention pour contrer l'âgisme en allant au-delà de la sensibilisation et de la diffusion d'information sur le phénomène :
 - diversifier les stratégies mises de l'avant en s'assurant qu'elles visent à la fois les personnes (éducation et sensibilisation), les environnements sociaux et physiques favorables aux contacts et à la mixité intergénérationnels et les politiques publiques (adoption de lois et de politiques inclusives);
 - promouvoir l'implantation de politiques ou de mesures contre l'âgisme auprès de partenaires de différents secteurs comme le travail, l'enseignement, les médias, les municipalités, le réseau de la santé et des services sociaux;
- de se doter de mécanismes permettant de documenter le phénomène de l'âgisme au Québec, par des indicateurs et des enquêtes réalisées à intervalles réguliers auprès de la population québécoise :
 - privilégier le développement et la consolidation d'indicateurs pouvant être utilisés à des fins de surveillance et permettant d'en suivre l'évolution ou de porter un jugement sur l'efficacité des mesures en place.

4 Commentaires spécifiques : prioriser la bientraitance

À la lecture du document de consultation, l'INSPQ comprend que le gouvernement souhaite appliquer le concept de bientraitance à tous les contextes, à tous les milieux de vie et à toute personne aînée, tant dans la communauté qu'en milieu d'hébergement et de soins. Les trois questions qui y sont formulées sont moins centrées sur des interventions ou actions à proposer, comme c'est le cas des autres thèmes, et davantage axées sur le positionnement même du concept relativement nouveau de bientraitance. C'est pourquoi cette section présente des réflexions en lien avec ces questions.

La bientraitance a été introduite comme approche complémentaire à la lutte contre la maltraitance dans le PAM 2017-2022 (2). La définition retenue est : « La bientraitance vise le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité de la personne. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne aînée. » Cette définition est accompagnée de six conditions la favorisant : placer la personne au centre des actions; favoriser l'autodétermination et l'autonomisation; respecter la personne et sa dignité; favoriser l'inclusion et la participation sociales; intervenir avec savoir-faire et savoir-être; offrir un soutien concerté.

La recension récente des écrits de Pomar Chiquette (36) et l'article de Pomar Chiquette et Beaulieu (37) apportent beaucoup d'éclairage sur le concept de bientraitance. La littérature scientifique dans le domaine date du début des années 2000 et provient de l'Europe, principalement de la France. Elle porte essentiellement sur la bientraitance en milieu d'hébergement et de soins et aborde très rarement ce concept dans les communautés. La bientraitance est définie, entre autres, comme une culture, une démarche, une posture, une manière, une attitude. La bientraitance est décrite comme une approche individuelle, mais aussi globale et collective au sein des organisations et dont la promotion nécessite une formation professionnelle adéquate, un travail interdisciplinaire et interprofessionnel, un travail réflexif et introspectif de la part des intervenants. Pomar Chiquette rapporte également que des auteurs soulignent que la bientraitance des personnes aînées en milieu de soins passe nécessairement par la bientraitance des intervenants par leur organisation en termes de reconnaissance, de conditions de travail et d'environnement organisationnel (36). Enfin, des auteurs insistent sur l'importance d'impliquer les personnes aînées tant dans le développement d'outils faisant la promotion de la bientraitance que dans les processus d'évaluation des pratiques bientraitantes.

La bientraitance est une composante essentielle d'une intervention multifactorielle et systémique pour prévenir la maltraitance. Ce concept semble aussi avoir une portée encore plus large et ainsi contribuer directement à favoriser un vieillissement en santé. En effet, elle est transversale à tous les axes du modèle du vieillissement en santé (annexe 1), dont celui d'améliorer les aptitudes individuelles, de favoriser la participation sociale et d'organiser adéquatement les services de santé et services sociaux. Si tous les milieux d'hébergement et de soins sont à prioriser pour développer des pratiques bientraitantes, il faudra aussi porter une attention au logement collectif et rapidement étendre les pratiques bientraitantes à la communauté dans son ensemble. À cet effet, il serait pertinent de s'assurer que les personnes aînées elles-mêmes soient à l'aise avec le terme bientraitance et que la notion de communauté inclue toutes les personnes y vivant, incluant celles en milieu institutionnel ou en logement collectif. Il pourrait également être pertinent de distinguer la bientraitance d'autres concepts comme la bienveillance et voir comment elle s'arrime à des projets

en cours au Québec de communauté bienveillante ou soignante^v. Enfin, il pourrait s'avérer utile d'étudier ou de décrire comment le concept de bientraitance s'inscrit dans les neuf champs d'action de la démarche Municipalité amie des aînés au Québec (MADA).

À la lumière des écrits scientifiques et des volontés exprimées par le Gouvernement d'appliquer le concept de bientraitance à tous les contextes, l'INSPQ considère qu'il serait pertinent :

- de consulter les personnes âgées, afin de s'assurer qu'elles sont à l'aise avec le terme bientraitance;
- d'impliquer les personnes âgées dans le développement d'interventions ou d'outils et l'évaluation des pratiques bientraitantes;
- de bonifier la définition actuelle de la bientraitance en y précisant ce qu'elle est (Culture? Démarche? Manière? etc.) et les caractéristiques des pratiques bientraitantes selon les différents milieux où elles se développent ou s'implantent, que ce soit dans les milieux d'hébergement et de soins ou encore dans la communauté (municipalité, ville, quartier, logement collectif dont les résidences pour personnes âgées (RPA), milieux de travail);
- de revoir les conditions favorisant la bientraitance, identifiées dans le PAM 2017-2022, afin de mettre davantage en évidence leur portée dans la communauté. Par exemple, les illustrer davantage par des exemples se détachant des milieux d'hébergement et de soins (favoriser la participation citoyenne des personnes âgées, adapter l'environnement de travail à la personne vieillissante, etc.), ou encore ajouter une connotation communautaire à certaines conditions (ex. : favoriser l'autodétermination et l'autonomisation des personnes âgées et des communautés);
- de considérer toute la portée que pourrait avoir la bientraitance dans une approche intégrée et concertée promouvant un vieillissement en santé, assurer les meilleurs arrimages possible à la démarche MADA et bien la situer par rapport aux initiatives existantes comme les communautés bienveillantes.

^v Communauté bienveillante (<https://www.usherbrooke.ca/medecine/accueil/nouvelles/nouvelles-details/article/35578/>; <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1830/>) ou de communauté soignante (<http://www.chairepartenariat.ca/nos-projets/communaute-soignante/>).

5 Commentaires spécifiques : contrer les répercussions de la pandémie

Même si les données sur les répercussions négatives de la pandémie sur la maltraitance envers des personnes âgées sont encore peu nombreuses (38–41), il est de plus en plus établi qu'un contexte de crise est propice à l'augmentation ou l'exacerbation de la violence interpersonnelle (42–44). Plusieurs facteurs associés à la maltraitance se sont détériorés dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Citons par exemple des revenus plus limités, un état de santé précaire, l'isolement social ou un faible réseau social (39, 41). Une des rares études ayant documenté la maltraitance chez des personnes âgées vivant à domicile pendant la pandémie a montré que le stress économique lié à la COVID-19 était associé à un niveau plus élevé de maltraitance (38).

D'autres facteurs, davantage connus comme étant liés à la personne maltraitante, se sont exacerbés durant la pandémie au point d'être préoccupants comme les problèmes de santé mentale dans la population (45–48), l'abus de substance (49), le stress (46, 48) ou le fardeau associé au rôle d'aidant (39). Les résultats d'un sondage mené auprès d'aidants naturels de personnes âgées de 60 ans et plus aux États-Unis ont montré une détérioration de leur situation financière, de leur solitude et de leur isolement et une augmentation de leur consommation d'alcool depuis le début de la pandémie (50). Même si les proches aidants maltraitent rarement les personnes âgées auxquelles ils prodiguent des soins et que la majorité des situations de maltraitance n'implique pas une relation de proche aidance, il demeure que le stress et le fardeau associé au rôle d'aidant représentent un facteur de risque bien documenté (4, 34, 52). L'isolement et la dépendance accrue à des personnes pour de l'aide combinés à la présence de personnes malveillantes voulant profiter de la situation pour exploiter financièrement les personnes âgées peuvent aussi créer des situations propices à la maltraitance (39). Plusieurs ont évoqué une augmentation des stéréotypes ou des préjugés à l'endroit des personnes âgées et ont constaté des manifestations d'âgisme dans les médias sociaux ou dans l'application des mesures sanitaires (ex. : attitudes condescendantes) pour contrer la COVID-19 (52-54). Ces manifestations d'âgisme font craindre des répercussions à plus long terme sur l'exclusion sociale des personnes âgées (54).

Par ailleurs, l'appartenance à la communauté est considérée comme un facteur protecteur de maltraitance. Une étude menée pendant la pandémie a d'ailleurs montré un risque réduit de maltraitance chez les personnes âgées présentant un sens élevé de la communauté (38). La crise sanitaire a aussi donné lieu des manifestations de solidarité intergénérationnelle (53) qui mériteraient d'être maintenues et étendues, afin de lutter contre l'âgisme. À l'échelle locale, des initiatives misant sur la résilience communautaire sont susceptibles de briser l'isolement chez les personnes âgées, préserver la santé mentale et possiblement prévenir la maltraitance en agissant sur plusieurs facteurs de risque et de protection à la fois.

Depuis le début de la pandémie, l'INSPQ s'est penché sur les impacts psychosociaux et a proposé des pistes d'actions pour contrer les répercussions négatives immédiates et à plus long terme de la crise sanitaire qui peuvent agir sur la santé et le bien-être des personnes âgées^{vi}. En ce qui a trait plus spécifiquement au risque de maltraitance, il s'agit de privilégier les actions qui permettent :

- d'offrir des conseils concrets et encourager les proches et les voisins à contacter les personnes âgées et favoriser l'accès à des moyens (ex. : interactions virtuelles) pour diminuer des facteurs de risque comme l'anxiété, le stress, la solitude ou l'isolement social; bien informer, communiquer et offrir des lignes téléphoniques et des services en ligne en santé mentale;
- d'offrir un soutien aux proches aidants des personnes atteintes de démence ou ayant une santé précaire pour atténuer le risque de vivre du stress et de subir un fardeau accru en raison de leur rôle et du contexte de la pandémie de COVID-19;
- d'éviter de propager un discours qui encourage des attitudes âgistes et qui met l'emphasis sur les différences entre les générations; dresser un portrait des personnes âgées comme étant un groupe très hétérogène plutôt qu'homogène;
- de favoriser les échanges intergénérationnels (dont ceux en mode virtuel) et la solidarité;
- de respecter les droits des personnes âgées et leur donner une voix ainsi que l'occasion de participer aux différentes instances qui prennent des décisions durant la pandémie de COVID-19, et ce, dans tous les milieux de vie;
- de contrer les répercussions possibles de la pandémie sur les attitudes âgistes et la discrimination en fonction de l'âge (55).

Même si certaines de ces pistes d'actions ont été proposées pour limiter les effets immédiats du confinement et de la crise sanitaire, elles sont en phase avec les principes de promotion d'un vieillissement en santé et de prévention de la maltraitance énoncés dans les sections précédentes et devraient être considérées dans l'élaboration du futur plan d'action.

Considérant que les personnes âgées ont été particulièrement affectées par la pandémie de COVID-19, augmentant à certains égards le risque d'âgisme et de maltraitance à leur endroit, l'INSPQ recommande :

- de s'assurer que le futur plan d'action tienne compte des enseignements de l'actuelle pandémie et prévoit des mesures pour atténuer ou mitiger les effets potentiels de la crise sanitaire sur le risque de maltraitance envers les personnes âgées, en ciblant des facteurs de risque (ex. : âgisme) et de protection (ex. : participation sociale, sens de la communauté) centraux.

^{vi} Ces documents portent notamment sur la résilience communautaire et la cohésion sociale, la lutte à l'isolement et à la solitude chez les personnes âgées, la promotion de l'activité physique et la prévention des chutes. Ils sont regroupés dans la section « Aspects psychosociaux et habitudes de vie » du site web de l'INSPQ : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/aspects-psychosociaux-habitudes-vie>.

6 Conclusion

En plus de compromettre la sécurité et l'intégrité des personnes âgées, la maltraitance entrave la santé et le bien-être des personnes âgées et limite leur participation sociale.

L'INSPQ salue la volonté du Gouvernement d'élaborer un troisième plan d'action pour contrer la maltraitance. Afin de prévenir la maltraitance, le levier du vieillissement en santé constitue une avenue prometteuse, en accentuant les efforts pour améliorer les conditions de vie et la sécurité des personnes âgées dans les divers milieux de vie, pour combattre l'âgisme par des actions qui ciblent à la fois les connaissances, les attitudes et les croyances et qui favorisent les contacts générationnels. En plus d'intervenir sur les facteurs qui agissent en amont sur le risque de maltraitance, il est essentiel que les efforts pour accentuer le repérage et la prise en charge des situations de maltraitance soient poursuivis. Reconnaisant l'intérêt que peut revêtir le principe de bientraitance, l'INSPQ a partagé quelques réflexions sur l'applicabilité et l'adhésion des personnes âgées au concept, surtout lorsque mise en pratique hors d'un contexte organisationnel. Enfin, l'importance de contrer les conséquences négatives de la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées est réitérée et des actions concrètes sont proposées.

L'INSPQ espère que ses propositions, appuyées sur son expertise et les connaissances scientifiques disponibles, seront utiles au Secrétariat aux aînés et à ses partenaires dans l'élaboration du prochain plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées.

Références bibliographiques

- (1) Gingras, L. (2020). *Enquête sur la maltraitance envers les personnes âgées au Québec 2019. Portrait de la maltraitance vécue à domicile*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- (2) Gouvernement du Québec (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*, Québec, Gouvernement du Québec.
- (3) Beaulieu, M., R. Leboeuf, C. Pelletier et J. Cadieux Genesse (2018). « *La maltraitance envers les personnes âgées* », dans J. Laforest, P. Maurice et L. M. Bouchard (dir.), *Rapport québécois sur la violence et la santé*, Montréal, p. 1870-197.
- (4) Yunus, R. M., N. N. Hairi et W. Y. Choo (2019). « Consequences of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of Observational Studies », *Trauma, Violence & Abuse*, vol. 20, n° 2, p. 197-213.
- (5) Laforest, J., D. Gagné et L. M. Bouchard (2018). « *Vers une perspective intégrée en prévention de la violence* », dans J. Laforest, P. Maurice et L. M. Bouchard (dir.), *Rapport québécois sur la violence et la santé*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, p. 5-20.
- (6) Cardinal, L., M.-C. Langlois, D. Gagné et A. Tourigny (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé: proposition d'un modèle conceptuel*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Direction de santé publique : Institut national de santé publique du Québec.
- (7) World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*, Geneva, World Health Organization.
- (8) Baker, P. R. A., D. P. Francis, N. N. Hairi, S. Othman et W. Y. Choo (2016). « Interventions for preventing abuse in the elderly », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 8.
- (9) Fearing, G., C. L. Sheppard, L. McDonald, M. Beaulieu et S. L. Hitzig (27 mai 2017). « A systematic review on community-based interventions for elder abuse and neglect », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 29, n° 2-3, p. 102-133.
- (10) Ayalon, L., S. Lev, O. Green et U. Nevo (mars 2016). « A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment », *Age and Ageing*, vol. 45, n° 2, p. 216-227.
- (11) Van Royen, K., P. Van Royen, L. De Donder et R. J. Gobbens (28 septembre 2020). « Elder Abuse Assessment Tools and Interventions for use in the Home Environment: a Scoping Review », *Clinical Interventions in Aging*, vol. 15, p. 1793-1807.
- (12) Laforest, J., P. Maurice, M. Beaulieu et L. Belzile (2013). *Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne: synthèse des connaissances*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- (13) Touza Garma, C. (1 août 2017). « Influence of health personnel's attitudes and knowledge in the detection and reporting of elder abuse: An exploratory systematic review », *Psychosocial Intervention*, vol. 26, n° 2, p. 73-91.
- (14) Dong, X. Q. (juin 2015). « Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 63, n° 6, p. 1214-1238.
- (15) Hirst, S. P., T. Penney, S. McNeill, V. M. Boscart, E. Podnieks et S. K. Sinha (2016). « Best-Practice Guideline on the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults », *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillissement*, vol. 35, n° 2, p. 242-260.
- (16) Teresi, J. A., D. Burnes, E. A. Skowron, M. A. Dutton, L. Mosqueda, M. S. Lachs et K. Pillemer (19 octobre 2016). « State of the science on prevention of elder abuse and lessons learned from child abuse and domestic violence prevention: Toward a conceptual framework for research », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 28, n° 4-5, p. 263-300.

- (17) Gouvernement du Québec (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*.
- (18) Hall, J., D. L. Karch et A. Crosby (2016). *Elder abuse surveillance: uniform definitions and recommended core data elements*, Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control.
- (19) Pillemer, K., D. Burnes, C. Riffin et M. S. Lachs (2016). « Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies », *The Gerontologist*, p. 56–2.
- (20) Jackson, S. L., et T. L. Hafemeister (juin 2013). Understanding Elder Abuse. New directions for developing theories of elder abuse occurring in domestic settings, *National Institute of Justice*, « Research in brief ».
- (21) Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- (22) Miszkurka, M., M. Steensma et S. P. Phillips (2016). « Corrélats de la violence entre conjoints et en milieu familial chez les Canadiens âgés : une approche fondée sur les parcours de vie » – PSPMC : Volume 36-3, mars 2016, Promotion de la santé et maladies chroniques du Canada, vol. 36, n° 3, p. 51-61.
- (23) National Initiative for the Care of the Elderly (2016). *The National Survey on The Mistreatment of Older Adults in Canada - Prevalence*. “Into the light” tool series (prevalence), Toronto, National Initiative for the Care of the Elderly.
- (24) Etherington, N. A., et L. L. Baker (2017). *Links between the maltreatment of girls dans later victimization or use of violence*, London, Ontario, Centre for Research and Education on Violence against Women and Children.
- (25) Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2016). *Preventing Multiple Forms of Violence: A Strategic Vision for Connecting the Dots*, Atlanta, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- (26) Bellis, M. A., K. Hughes, C. Perkins et A. Bennett (2012). *Protecting People, Promoting Health. A Public Health Approach to Violence Prevention for England*, Liverpool, North West Public Health Observatory.
- (27) Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Plan d'action 2018-2023. Un Québec pour tous les âges*.
- (28) Cary, L. A., A. L. Chasteen et J. Remedios (01 2017). « The Ambivalent Ageism Scale: Developing and Validating a Scale to Measure Benevolent and Hostile Ageism », *The Gerontologist*, vol. 57, n° 2, p. e27-e36.
- (29) Lytle, A., M. Apriceno, J. Macdonald, C. Monahan et S. R. Levy (29 octobre 2020). « Pre-pandemic Ageism Toward Older Adults Predicts Behavioral Intentions During the COVID-19 Pandemic », *The Journals of Gerontology*. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences.
- (30) Abrams, D., H. J. Swift, R. A. Lamont et L. Drury (21 août 2015). *The barriers to and enablers of positive attitudes to ageing and older people, at the societal and individual level*, [en ligne], Government Office for Science, <https://ore.exeter.ac.uk/repository/handle/10871/18103> (consulté le 21 février 2021).
- (31) Marques, S., J. Mariano, J. Mendonça, W. De Tavernier, M. Hess, L. Naegele, F. Peixeiro et D. Martins (Avril 2020). « Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [en ligne], vol. 17, n° 7, <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560> (consulté le 15 février 2021).
- (32) Nelson, T. D. (Juin 2016). « Promoting healthy aging by confronting ageism », *The American Psychologist*, vol. 71, n° 4, p. 276-282.

- (33) Burnes, D., C. Sheppard, C. R. Henderson, M. Wassel, R. Cope, C. Barber et K. Pillemer (Août 2019). « Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis », *American journal of public health*, [en ligne], vol. 109, n° 8, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31219720> (consulté le 23 août 2019).
- (34) Storey, J. E. (1 janvier 2020). « Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 50, p. 101339.
- (35) Government of Western Australia (2019). *WA Strategy to Respond to the Abuse of Older People (Elder Abuse) 2019–2029*.
- (36) Pomar Chiquette, S. (1^{er} mars 2019). *Bienveillance des aînés : nouveau paradigme à conjuguer à la lutte contre la maltraitance*. Essai de maîtrise en service social., [en ligne], <http://revueintervention.org/numeros-en-ligne//150/bienveillance-des-aines-une-nouvelle-approche-dinteret-pour-les-travailleurs-sociaux/> (consulté le 21 février 2021).
- (37) Pomar Chiquette, S., et M. Beaulieu (2019). « Bienveillance des aînés : une nouvelle approche d'intérêt pour les travailleurs sociaux », *Revue Intervention*, n° 150, p. 101-111.
- (38) Chang, E.-S., et B. R. Levy (19 janvier 2021). « High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors », *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, [en ligne], <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.01.007> (consulté le 15 février 2021).
- (39) Han, S. D., et L. Mosqueda (27 avril 2020). « Elder abuse in the covid-19 era », *Journal of the American Geriatrics Society*, p. jgs.16496.
- (40) Ayalon, L., A. Chasteen, M. Diehl, B. Levy, S. D. Neupert, K. Rothermund, C. Tesch-Römer et H.-W. Wahl (16 avril 2020). « Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity », *The Journals of Gerontology: Series B*, p. gbaa051.
- (41) Brooke, J., et D. Jackson (2 avril 2020). « Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism », *Journal of Clinical Nursing*.
- (42) Rubenstein, B. L., L. Z. N. Lu, M. MacFarlane et L. Stark (Janvier 2020). « Predictors of Interpersonal Violence in the Household in Humanitarian Settings: A Systematic Review », *Trauma, Violence and Abuse*, vol. 21, n° 1, p. 31-44.
- (43) Rubenstein, B. L., et L. Stark (2017). « The impact of humanitarian emergencies on the prevalence of violence against children: an evidence-based ecological framework », *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, n° sup1, p. 58-66.
- (44) Chu, I. Y.-H., P. Alam, H. J. Larson et L. Lin (9 novembre 2020). « Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response », *Journal of Travel Medicine*, [en ligne], vol. 27, n° 7, <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa192> (consulté le 27 novembre 2020).
- (45) Hossain, M. M., A. Sultana et N. Purohit (17 mars 2020). Mental Health Outcomes of Quarantine and Isolation for Infection Prevention: A Systematic Umbrella Review of the Global Evidence, [en ligne], Rochester, NY, *Social Science Research Network*, <https://papers.ssrn.com/abstract=3561265> (consulté le 1^{er} mai 2020).
- (46) Rossi, R., V. Socci, D. Talevi, S. Mensi, C. Niuoli, F. Pacitti, A. Di Marco, A. Rossi, A. Siracusano et G. Di Lorenzo (14 avril 2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N=18147 web-based survey., [en ligne], *Psychiatry and Clinical Psychology*, <https://doi.org/10.1101/2020.04.09.20057802> (consulté le 15 avril 2020).
- (47) Institut d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (31 mars 2020). *Effets du contexte de la pandémie sur la santé mentale et les mesures à mettre en place pour contrer ses effets*, [en ligne], Québec, INESSS, <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/services-sociaux/effets-du-contexte-de-la-pandemie-sur-la-sante-mentale-et-mesures-a-mettre-en-place-pour-contrer-ces-effets.html> (consulté le 8 avril 2020).

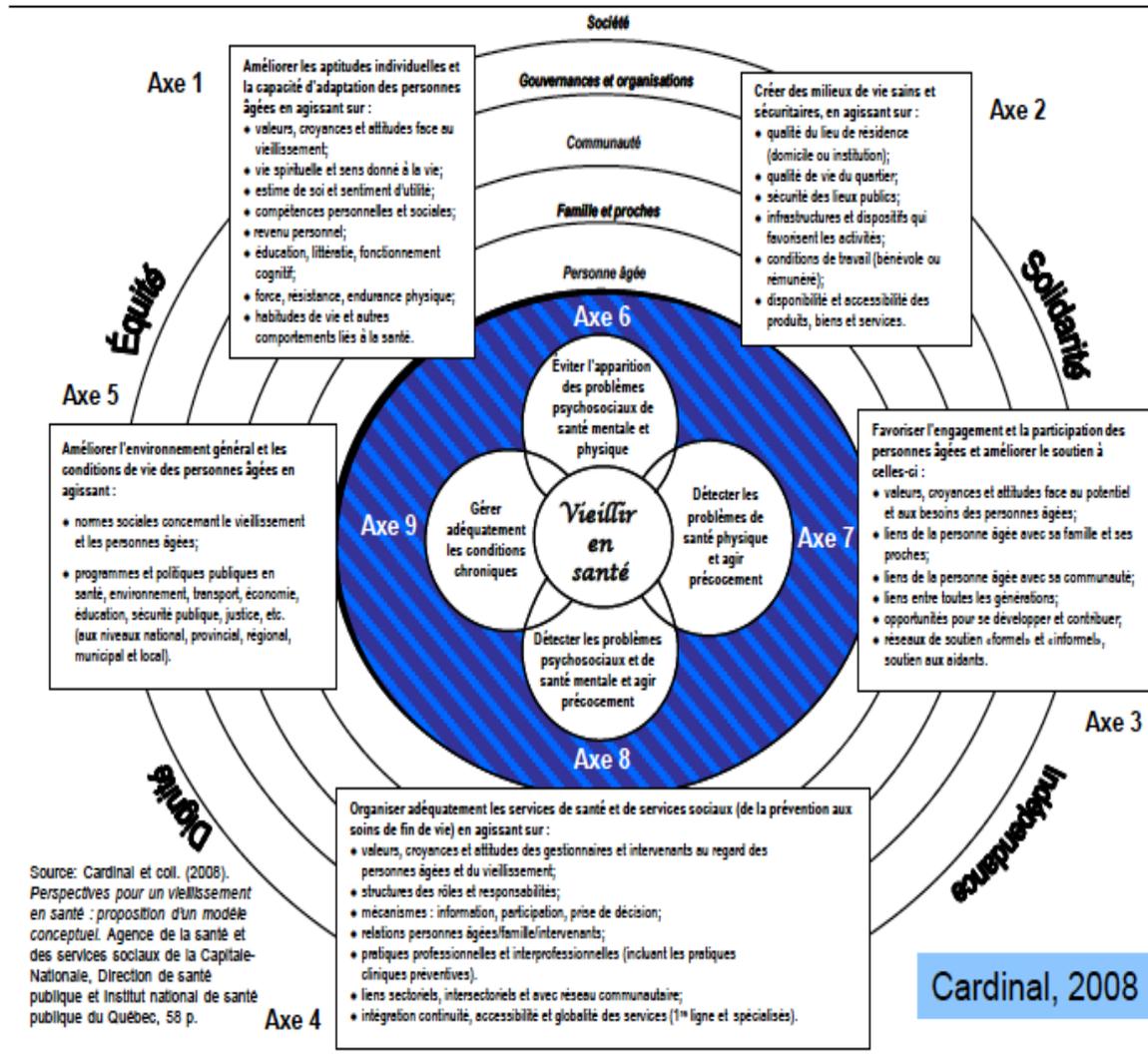
- (48) Brooks, S. K., R. K. Webster, L. E. Smith, L. Woodland, S. Wessely, N. Greenberg et G. J. Rubin (2020). « The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence », *The Lancet*, vol. 395, n° 10227, p. 912-920.
- (49) Pfefferbaum, B., et C. S. North (13 avril 2020). « Mental Health and the Covid-19 Pandemic », *New England Journal of Medicine*, vol. 0, n° 0, p. null.
- (50) Makaroun, L. K., R. L. Bachrach et A.-M. Rosland (19 mai 2020). « Elder Abuse in the Time of COVID-19- Increased Risks for Older Adults and Their Caregivers », *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*.
- (51) Joosten, M., F. Vrantzidis et B. Dow (2017). *Understanding Elder Abuse: A Scoping Study*, Melbourne, Australia, University of Melbourne and the National Ageing Research Institute.
- (52) Lichtenstein, B. (28 juillet 2020). « From “Coffin Dodger” to “Boomer Remover:” Outbreaks of Ageism in Three Countries with Divergent Approaches to Coronavirus Control », *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*.
- (53) Fraser, S., M. Lagacé, B. Bongué, N. Ndeye, J. Guyot, L. Bechard, L. Garcia, V. Taler, CCNA Social Inclusion and Stigma Working Group, S. Adam, M. Beaulieu, C. D. Bergeron, V. Boudjemadi, D. Desmette, A. R. Donizzetti, S. Éthier, S. Garon, M. Gillis, M. Levasseur, M. Lortie-Lussier, P. Marier, A. Robitaille, K. Sawchuk, C. Lafontaine et F. Tougas (24 août 2020). « Ageism and COVID-19: what does our society’s response say about us? », *Age and Ageing*, vol. 49, n° 5, p. 692-695.
- (54) Monahan, C., J. Macdonald, A. Lytle, M. Apriceno et S. R. Levy (16 juillet 2020). « COVID-19 and ageism: How positive and negative responses impact older adults and society », *The American Psychologist*.
- (55) Tourigny, A. (2020). « *La maltraitance envers les personnes âgées* », dans J. Laforest (dir.), *Prévenir la violence et le suicide en contexte de pandémie de COVID-19 - quelques pistes de réflexion*, Institut national de santé publique du Québec.

Annexe 1

Modèle conceptuel du vieillissement en santé

Modèle conceptuel du vieillissement en santé

Perspectives pour un vieillissement en santé: un modèle conceptuel



Annexe 2

Exemples d'actions en lien avec le vieillissement en santé et la prévention de la maltraitance et facteurs ciblés

Tableau 2 Exemples d’actions en lien avec le vieillissement en santé et la prévention de la maltraitance et facteurs ciblés

Axes d’actions ¹	Exemples d’actions de promotion et de prévention pour favoriser un vieillissement en santé et prévenir la maltraitance	Facteurs ² de risque ou de protection de maltraitance ciblés
1. Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d’adaptation des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> ■ Agir sur les valeurs, les croyances et les attitudes face au vieillissement et à la maltraitance; ■ Développer les compétences personnelles et sociales de la personne âgée; ■ Développer l’estime de soi et le sentiment d’utilité; ■ Améliorer la littératie générale et en santé, la littératie financière et numérique; ■ Favoriser l’adoption de saines habitudes de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Âgisme (risque) ■ Isolement social et faible réseau social (risque) ■ Estime de soi (protection) ■ Compétences personnelles et sociales de la personne (protection) ■ Maintien de bonnes habitudes de vie (protection)
2. Créer des milieux de vie sains et sécuritaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Améliorer la qualité du lieu de résidence dont les adaptations du domicile pour diminuer les situations de handicap et facilitant l’aide apportée par des proches; ■ Contribuer, en collaborant avec d’autres acteurs intersectoriels, à améliorer la qualité de vie du quartier ou encore la sécurité des lieux publics et ainsi favoriser les interactions sociales; ■ Faire connaître et développer les infrastructures et dispositifs qui favorisent les activités sociales, culturelles, artistiques et physiques et ainsi concourir à diminuer l’isolement social; ■ Améliorer les conditions de travail pour offrir un véritable choix à la personne de continuer ou non à travailler, mais aussi pour faciliter la conciliation travail et le rôle de proche aidant; ■ Encourager le développement de services de proximité propices aux interactions sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incapacités sur le plan physique, faible état de santé (risque) ■ Isolement social et faible réseau social (risque); ■ Faible revenu et défavorisation (risque) ■ Capacité financière (protection) ■ Milieux de vie adaptés aux besoins des personnes (protection) ■ Âgisme
3. Favoriser l’engagement et la participation des personnes âgées et améliorer le soutien à celles-ci et à leurs proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promouvoir des valeurs, des croyances et des attitudes qui tiennent compte du potentiel et des besoins des personnes âgées; ■ Faciliter les liens sociaux avec d’autres dans la communauté, en particulier les liens intergénérationnels, et des personnes âgées vivant en RPA ou en RI et CHSLD; ■ Apporter tout le soutien requis aux proches aidants afin qu’ils puissent continuer à participer socialement et maintenir ou adopter de saines habitudes de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Âgisme (risque) ■ Isolement social et faible réseau social (risque) ■ Stress et fardeau associé au rôle d’aidant (risque) ■ Participation sociale (protection)

Tableau 2 Exemples d’actions en lien avec le vieillissement en santé et la prévention de la maltraitance et facteurs ciblés (suite)

Axes d'actions ¹	Exemples d’actions de promotion et de prévention pour favoriser un vieillissement en santé et prévenir la maltraitance	Facteurs ² de risque ou de protection de maltraitance ciblés
4. Organiser adéquatement les services de santé et services sociaux	<ul style="list-style-type: none"> ■ Agir sur les valeurs, les croyances et les attitudes des gestionnaires et intervenants au regard des personnes âgées, du vieillissement et de la maltraitance; ■ S’assurer d’une formation générale et en cours d’emploi de qualité au regard du vieillissement et de la maltraitance pour les gestionnaires et intervenants des différentes disciplines; ■ Renforcer l’intégration des soins et des services amorcée au Québec au début des années 2000 (RSIPA) et faire des liens avec le programme Initiative de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV) et la gérontogériatrie sociale afin de favoriser la continuité, l’accessibilité, la globalité et l’efficacité; ■ Assurer l’implantation complète de l’Approche adaptée aux personnes âgées (AAPA), débutée au début des années 2010, dans les milieux de soins, d’hébergement et de soutien à domicile; ■ Accroître le nombre et la proportion de personnes âgées ayant des services SAPA de même que l’intensité de ces services pour répondre aux besoins; ■ Voir la personne âgée comme un partenaire de ses soins et services et voir le proche aidant comme une personne partenaire également et dont les besoins doivent être évalués et pris en compte dans le cadre des Plans de services individualisés. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Âgisme (risque) ■ Milieux de vie adaptés aux besoins des personnes âgées et sécuritaires (protection) ■ Connaissances inadéquates et manque de formation chez le personnel (risque) ■ Manque ou pénurie de personnel (risque) ■ Lourdeur de la tâche (risque) ■ Isolement social ou le fait d’avoir peu ou pas de visites de l’extérieur (risque)
5. Améliorer l’environnement général et les conditions de vie des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adopter et mettre en place de règlements ou politiques permettant d’améliorer les conditions de vie des personnes âgées; ■ Combattre l’âgisme sous toutes ses formes; ■ Évaluer l’impact des politiques sur la santé afin d’éviter la discrimination en fonction de l’âge. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Âgisme (risque) ■ Faible revenu et défavorisation (risque)
6. Éviter l’apparition des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé mentale et physique par la réduction des facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> ■ Profiter de chaque contact avec le réseau formel de soins et de services pour repérer des situations d’isolement social et les référer aux travailleurs de milieu (ou l’équivalent). 	
7. Détecter les problèmes de santé physique, psychosociaux et de santé mentale et 8. Agir précocement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Détecter des problèmes de santé physique (ex. : troubles sensoriels) ou psychosociaux et de santé mentale (ex. : maltraitance, dépression chez l’aidé et le proche aidant). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incapacités sur le plan physique, faible état de santé (risque) ■ Problèmes de santé mentale chez la personne maltraitante (risque)
9. Gérer adéquatement les conditions chroniques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Assurer une gestion optimale des situations de maltraitance. 	

¹ Inspirée du Cadre conceptuel du vieillissement en santé de Cardinal et collaborateurs, 2008.

² Tirée de Beaulieu et collab., 2018, <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-maltraitance-envers-les-personnes-aines/facteurs-de-risque-et-de-protection>.

www.inspq.qc.ca