

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

BIEN-ÊTRE PSYCHOSOCIAL DE FEMMES ÂGÉES AYANT VÉCU
UN ÉPISODE DE MALTRAITANCE

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ANDRÉE-ANNE LEPAGE

JUIN 2021

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Sylvie Lapierre, Ph. D. directrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation :

Sylvie Lapierre, Ph. D. directrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Ginette Aubin, Ph. D. évaluatrice interne
Université du Québec à Trois-Rivières

Marie Beaulieu, Ph. D. évaluatrice externe
Université de Sherbrooke

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom de la directrice de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteure de l'article soumis pour publication.

Sommaire

L'importance du phénomène de la maltraitance envers les aînés est désormais reconnue ainsi que ses conséquences générales sur leur bien-être. Cette étude avait pour objectif de décrire plus distinctement les conséquences psychosociales de la maltraitance chez les femmes âgées de 65 ans ou plus, afin de développer ultérieurement des programmes d'interventions ciblées. L'étude visait à comparer le niveau de bien-être psychosocial actuel de deux groupes de femmes vivant dans la communauté : 16 femmes ayant été maltraitées au cours des quatre dernières années ($M = 74,3$ ans) et 19 femmes n'ayant pas vécu d'épisode de maltraitance au cours de leur vie ($M = 72,3$ ans). Toutes les participantes ont complété des questionnaires évaluant la détresse psychologique, l'anxiété, la résignation acquise, la perception du passé, les stratégies d'adaptation et le soutien social (perception et disponibilité). Bien que la littérature scientifique suggère que la détresse psychologique soit l'une des principales conséquences de la maltraitance, les résultats de la présente étude n'observent pas de différence entre les deux groupes sur ce plan, mais font surtout état de différences en ce qui a trait aux dimensions sociales. Ainsi, les femmes âgées ayant été maltraitées considèrent qu'elles ont peu de soutien de la part de leur famille, ont un faible lien d'attachement avec d'autres personnes, et expriment le sentiment qu'elles n'ont personne à qui s'adresser pour obtenir des conseils. Puisque la maltraitance s'inscrit généralement dans une dynamique relationnelle, il est important de s'assurer qu'un lien de confiance soit établi avec la personne maltraitée afin de favoriser une intervention optimale. Les futures études devraient donc se pencher davantage sur la sphère sociale.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Prévalence et définitions de la maltraitance	3
Types de maltraitance	7
Considérations sur la détection des différents types de maltraitance	8
Les personnes maltraitantes	11
Facteurs de risque et de vulnérabilité chez les personnes maltraitées	11
Les personnes maltraitées	14
Les conséquences de la maltraitance	17
Particularités de la maltraitance chez les femmes âgées	20
Objectif	22
Article scientifique. Bien-être psychosocial de femmes âgées ayant vécu un épisode de maltraitance	24
Résumé	26
Abstract	28
Introduction	30
Problématique de la maltraitance	31
Formes de maltraitance	31
Prévalence des formes de maltraitance chez les personnes âgées	33
Facteurs de risque et de vulnérabilité	33

Conséquences de la maltraitance	36
Objectif	38
Méthode	39
Déroulement de l'étude.....	39
Participant.es.....	41
Mesures.....	42
Dimensions psychologiques	43
Dimensions sociales.....	46
Analyses statistiques	47
Résultats.....	47
Dimensions psychologiques.....	48
Dimensions sociales.....	49
Discussion et conclusion.....	51
Références.....	60
Conclusion générale.....	65
Références générales.....	69

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (N = 35)	42
2	Résultats comparatifs des groupes expérimental et témoin pour les dimensions psychologiques	49
3	Résultats comparatifs des groupes expérimental et témoin pour les dimensions sociales	50

Remerciements

Je désire formuler mes plus sincères remerciements à ma directrice de recherche, madame Sylvie Lapierre, Ph. D., professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour son soutien et son encadrement constants dans la réalisation de mon projet de recherche. J'exprime ma reconnaissance pour ses encouragements, le partage de ses connaissances et la confiance qu'elle a su m'accorder, et ce, dès le début de mon parcours académique. Ceux-ci ont permis mon développement personnel et professionnel et ont également contribué à mon engouement pour l'enseignement et la recherche universitaire.

Je tiens aussi à remercier Madame Sylvie Biscaro et Monsieur Dave Lysight du Centre d'aide aux victimes d'actes criminels de la Mauricie (CAVAC-Mauricie) pour leur inestimable collaboration lors du recrutement des participantes. Leur travail auprès des personnes ayant vécu de la maltraitance est essentiel et permet à ces dernières d'obtenir le soutien nécessaire pour traverser cette épreuve et reprendre leur vie en main.

Cette étude a été subventionnée par le Réseau Québécois de Recherche sur le Vieillessement (Regroupements thématiques : Santé Mentale et Interaction et soutien social) dans le cadre de son soutien à la réalisation de projets pilotes. Je tiens donc à remercier le RQRV pour son soutien financier tout au long de la réalisation de cette étude.

Je souhaite remercier mes parents et ma sœur, ainsi que chacun des membres de ma famille, pour leur amour et leur soutien inconditionnels, et ce, à toutes les étapes de ma vie. Une pensée particulière à ma tante Annette et ma grand-mère, pour leur présence ainsi que leurs conseils avisés. Je remercie également mon conjoint de me soutenir dans la poursuite de chacun de mes projets et objectifs. Enfin, je tiens à remercier mes amis qui ont permis la réalisation de ce projet d'essai, ceux de longue date, qui ont toujours su adoucir chacun des défis rencontrés, mais également tous ceux qui ont croisé mon chemin au fil du parcours doctoral, qui m'ont épaulée et qui ont partagé mon quotidien. Je remercie également Olivier et Alexandre qui m'ont permis de maintenir un équilibre de vie aux plans personnel et professionnel pendant toutes ces années doctorales, tout en veillant au maintien de ma motivation.

Je termine en remerciant toutes les répondantes qui ont accepté de participer à cette étude, sans qui la réalisation de ce projet n'aurait pas été possible.

Introduction

La maltraitance des aînés est un phénomène reconnu qui fait de plus en plus l'objet d'articles et de rapports dans la littérature scientifique. Dans une enquête québécoise réalisée en 2019 sur la prévalence de la maltraitance chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à leur domicile (N = 8860), l'estimation annuelle s'élevait à 5,9 %, ce qui représente 78 900 québécois (Gingras, 2020). Peu d'études s'intéressent toutefois au bien-être psychosocial des personnes qui en sont la cible. Lorsque c'est le cas, elles rapportent principalement des conséquences au niveau psychologique (Berkowsky, 2020; Yunus, Hairi, & Choo, 2019). Il serait donc intéressant de voir s'il existe aussi des conséquences sur le plan social.

Cet essai doctoral comporte deux parties principales : une introduction décrivant la problématique de la maltraitance, puis un article scientifique présentant les résultats de l'étude sur les conséquences psychosociales de la maltraitance chez les femmes aînées. L'introduction comportera trois sections. D'abord, il sera question du phénomène de la maltraitance, sa prévalence, sa définition, ainsi que les diverses formes qu'elle peut prendre. La deuxième section brossera un portrait général des facteurs de risque et de vulnérabilité permettant le repérage des personnes maltraitées. Enfin, la dernière partie couvrira les principales conséquences de la maltraitance relevées dans la littérature.

Les études qui se sont intéressées à la maltraitance ont permis de mettre en lumière et de reconnaître l'ampleur du phénomène (Acierno et al., 2010; McDonald, 2018; Yon, Mikton, Gassoumis, & Wilber, 2017). En contrepartie, il n'existait pas jusqu'à récemment de définition consensuelle de la maltraitance, ce qui posait un problème pour l'interprétation des résultats des travaux de recherche sur le sujet. Il est donc essentiel de présenter les différentes définitions de la maltraitance en plus des données sur sa prévalence.

Prévalence et définitions de la maltraitance

Une récente méta-analyse regroupant 52 articles publiés entre 2002 et 2015, en provenance de 28 pays, a rapporté que la prévalence de la maltraitance des aînés vivant à domicile au cours des 12 derniers mois est de 15,7 %, soit environ un aîné sur six (Yon et al., 2017). Par ailleurs, il est permis de croire que l'ampleur réelle de la problématique pourrait être plus élevée, puisque chaque année, de nouvelles personnes maltraitées s'ajoutent à celles qui avaient déjà été comptabilisées dans les rapports statistiques. Plus récemment, ces chercheurs ont effectué une autre méta-analyse qui portait uniquement sur la prévalence de ce problème chez les femmes âgées (Yon, Mikton, Gassoumis, & Wilber, 2019). Globalement, 14,1 % des femmes auraient rapporté avoir subi de la maltraitance au cours des 12 derniers mois. En ce qui a trait aux différentes formes de maltraitance, il s'avère que la plus fréquemment rapportée par les femmes âgées serait la maltraitance psychologique (11,8 %), suivie par la négligence (4,1 %), la maltraitance financière (3,8 %), la maltraitance sexuelle (2,2 %) et finalement, la maltraitance physique (1,9 %).

Par ailleurs, la méta-analyse de Sooryanarayana, Choo et Hairi (2013) rapporte des différences significatives entre la prévalence dans les pays occidentaux (7,3 %) et celle rapportée dans les sociétés non-occidentales qui est estimée à 17,4 %. Certains auteurs expliquent ceci par le fait que la piété filiale pratiquée dans certains pays, par exemple en Asie, pourrait générer des attentes par rapport au rôle de l'enfant adulte. De fait, il serait attendu de l'enfant qu'il vive avec son parent et qu'il s'occupe de ce dernier, sans que la décision d'être aidant ne soit réellement un choix. Le poids de la responsabilité vécue pourrait générer de la tension et du stress et ainsi mener à de la maltraitance envers le parent (Sooryanarayana et al., 2013). Dans l'Enquête québécoise sur la santé des aînés (N = 1765), les résultats indiquent que 16 % des personnes âgées interrogées rapportaient de la maltraitance familiale (par le conjoint ou un enfant) au cours des 12 derniers mois (Préville et al., 2014).

Par ailleurs, il est reconnu que les données relatives à la prévalence sont sous-estimées, puisque, dans plusieurs études, les participants présentant des atteintes cognitives sont exclus des statistiques. Néanmoins, la maltraitance est grandement présente chez ces derniers, soit dans des proportions allant de 27,5 à 55 % (Tronetti, 2014). De même, certains aînés ne souhaitent pas rapporter la maltraitance pour différents motifs, comme la peur des représailles ou le désir de préserver la relation de longue date établie avec la personne qui leur fait du mal (McDonald, 2018). Il appert également que peu de professionnels de la santé questionnent le patient pour savoir s'il est victime de violence (Hamberger & Ambuel, 1997). Par ailleurs, une recension systématique exploratoire

réalisée par Touza Garma (2017) indique que les professionnels rapportent de nombreux défis et barrières à la détection et au signalement de la maltraitance. Parmi ceux-ci, on retrouve un manque de confiance en leurs habiletés, une réticence à signaler la maltraitance sans certitude qu'elle ait bel et bien eu lieu, des préoccupations en lien avec la relation thérapeutique, les conséquences probables pour la personne maltraitée, le long processus judiciaire possible, etc. Les estimations statistiques indiquent donc qu'il s'agit d'un problème sociétal dont l'envergure est alarmante et qu'il exige l'attention des représentants et des intervenants des différentes institutions et organismes communautaires.

Dans les études, il existe toutefois une absence de définition consensuelle du concept de maltraitance, ce qui constitue une limite à l'avancement des connaissances sur la problématique. À titre d'exemple, cette situation mène à une grande variabilité dans l'étude de la prévalence du phénomène dans la population, de même qu'à une sous-détection au sein des différents services de santé (Kurrle, Sadler, Lockwood, & Cameron, 1997; National Research Council, 2003; Yon et al., 2017). De plus, la définition de la maltraitance peut évoluer et être modulée au fil des années selon les législations et en fonction des milieux dans lesquels elle est étudiée. Les multiples définitions traduisent les différentes préoccupations sociétales, professionnelles ou nationales de la part des auteurs (Bennett, Kingston, & Penhale, 1997; Kingston & Penhale, 1995; Wyandt, 2004).

Avant d'aborder les différents types de maltraitance, il est nécessaire de porter un regard sur ses multiples définitions. Certains auteurs définissent la maltraitance en prenant soin de distinguer la violence et la négligence. La première correspond à un acte qui a été commis à l'égard d'autrui, alors que la seconde réfère à l'omission d'agir ou l'absence d'action appropriée. Les deux formes de maltraitance causent du tort ou constituent une menace au bien-être de la personne âgée, qu'elles soient intentionnelles ou involontaires (Baker, 2007; Gouvernement du Québec, 2017).

Pour intégrer les dimensions décrites précédemment, le gouvernement du Québec (2017) a donc présenté la définition suivante dans son plus récent plan d'action pour contrer la maltraitance : « Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée » (p. 15).

Afin de situer la maltraitance dans son contexte social, certains auteurs se sont inspirés des travaux sur les analyses écologiques, tels que ceux de Bronfenbrenner (1979), pour étudier cette problématique selon les trois niveaux suivants : *macro*, *meso* et *micro*. Le niveau *macro* concerne davantage les enjeux d'un point de vue sociétal et politique, comme l'accès adéquat aux services institutionnels ou encore le soutien financier de l'État aux organismes traitant de cette problématique. Le niveau *meso* se situe davantage au plan de la communauté; il englobe les attitudes et comportements à l'égard des aînés, comme

l'âgisme et inclut ce qui influence le mode de vie des aînés dans leur milieu de vie (environnement sécuritaire). Enfin, le niveau *micro* implique davantage l'individualité, donc l'expérience de la maltraitance vécue par l'aîné en rapport à un autre individu, au sein d'un groupe ou d'une organisation (Bennett et al., 1997; Penhale, 2003).

Types de maltraitance

Plusieurs types de maltraitance sont décrits dans la littérature; ceux-ci varient selon le pays où les recherches sont réalisées, l'objectif et la population visés. La négligence, la maltraitance psychologique, physique, sexuelle ou financière/matérielle constituent généralement les principaux types de maltraitance (Baker, 2007; National Research Council, 2003; Wyandt, 2004; Yon et al., 2017). À ceux-ci s'ajoutent la violation des droits personnels, la maltraitance organisationnelle ainsi que l'âgisme. Chaque type de maltraitance peut se manifester sous forme de violence, par l'emploi de force ou d'intimidation, ou de négligence, par l'absence d'actions appropriées afin de répondre aux besoins de la personne aînée.

Voici les principales définitions de chacun des types de maltraitance, telles que présentées dans le plan d'action pour contrer la maltraitance (Gouvernement du Québec, 2017, p. 17). La maltraitance de nature psychologique consiste en des « gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique », comme le chantage affectif, la manipulation, l'humiliation, le dénigrement ou le rejet. La maltraitance physique se définit par « des gestes ou actions inappropriés, ou absence

d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique ». Elle comporte des gestes violents, comme les coups, mais aussi des comportements inappropriés comme le fait de priver la personne de soins d'hygiène ou de ses médicaments. Quant à la maltraitance sexuelle, elle réfère à des « gestes, actions, paroles ou attitudes à connotation sexuelle non consentis, qui portent atteinte au bien-être, à l'intégrité ou à l'identité sexuelle », tels que des propos suggestifs ou encore la privation d'intimité. Ensuite, la maltraitance de nature matérielle ou financière réfère à « l'obtention ou l'utilisation frauduleuse, illégale, non autorisée ou malhonnête des biens ou des documents légaux de la personne, à l'absence d'information ou à la mésinformation financière ou légale ». C'est le cas, par exemple, lorsqu'on met de la pression sur une personne âgée afin qu'elle modifie son testament ou encore lorsque ses biens ne sont pas gérés dans l'intérêt de celle-ci. L'âgisme réfère à la « discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale ». La violation des droits désigne « toute atteinte aux droits et aux libertés individuels et sociaux ». Enfin, la maltraitance organisationnelle, moins étudiée à ce jour, décrit « toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures des organisations (privées, publiques, ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services et qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes ».

Considérations sur la détection des différents types de maltraitance

De nombreux écrits se sont penchés sur la détection et le repérage de la maltraitance, décrivant ainsi les différents indices permettant d'identifier les personnes âgées qui vivent

un épisode de maltraitance (Burnett, Achenbaum, & Murphy, 2014; Pillemer, Burnes, Riffin, & Lachs, 2016; Yaffe & Tazkarji, 2012). Néanmoins, la détection demeure ardue en raison de la complexité d'une situation (type de maltraitance, durée et contexte de la maltraitance, caractéristiques de la personne maltraitée et de la personne maltraitante, etc.). Il est important de noter que le processus normal du vieillissement (par exemple, les changements aux plans physique et cognitif) peut masquer ou atténuer les différents indices ou signes de maltraitance (Rohringer, Rosen, Lee, Sagar, & Murphy, 2020). De plus, lorsque la maltraitance se déroule au domicile de la personne, il peut être plus long avant que celle-ci ne soit détectée par un proche, un médecin ou un voisin (Burnett et al., 2014). Au Québec, 89,5 % des aînés de 65 ans ou plus demeurent en ménage privé. Parmi ceux-ci, un peu plus du quart vivent également seuls (26,9 %). Les femmes se retrouvent davantage dans ces situations (32,7 %), alors que chez les hommes, ce pourcentage correspond à 19,7 % (Gouvernement du Québec, 2018a). Bien que la maltraitance psychologique soit le type de maltraitance le plus répandu, il s'agit également de celui qui est le plus difficile à détecter en raison de son caractère moins apparent et plus insidieux (Schofield, Reynolds, Mishra, Powers, & Dobson, 2002).

Récemment, une méta-analyse a permis de mettre en évidence que les personnes maltraitées sont moins portées à signaler la maltraitance que les tiers ou les soignants qui en sont témoins (Ho, Wong, Chiu, & Ho, 2017). Ainsi, les individus isolés socialement ou qui ne reçoivent pas de services au sein des institutions pourraient vivre de la maltraitance sans que celle-ci ne soit détectée. Les auteurs suggèrent aussi que les aînés

puissent avoir peur de divulguer la situation, particulièrement s'ils sont très dépendants de la personne maltraitante. Par ailleurs, les difficultés cognitives pourraient également nuire au rappel précis des événements. Les chercheurs concluent que ces situations contribueraient au sous-signalment de la maltraitance (Ho et al., 2017). Il est à noter que l'absence d'outil uniforme pour déterminer la présence de maltraitance constitue aussi une limite importante à l'identification des facteurs de risque (Dong, 2015). Des chercheurs québécois précisent que l'utilisation d'outils de détection de la maltraitance pourrait supporter le processus de détection, mais que ceux-ci ne devraient pas remplacer le jugement clinique de l'intervenant et son évaluation de la situation (Laforest, Maurice, Beaulieu, & Belzile, 2013).

Les résultats d'une étude nationale américaine, réalisée en 2008, met en lumière que relativement peu d'épisodes de maltraitance sont rapportées aux autorités et que la prévalence de ces dénonciations varie selon leur type. Par exemple, seulement 5,2 % des incidents de nature financière avaient été signalés aux policiers comparativement à 31 % des cas de maltraitance physique, à 16 % de maltraitance sexuelle, à 7,9 % de maltraitance psychologique et à 5,9 % de la négligence (Acierno et al., 2010).

Dans une méta-analyse récente, les principaux obstacles à la demande d'aide rapportés par les aînés qui ont vécu de la maltraitance sont les suivantes : la peur des répercussions pour soi-même et la personne maltraitante, les sentiments vécus (honte, manque de confiance en soi, impuissance, etc.), la stigmatisation associée à la demande d'aide, le

manque de connaissance des services, la dépendance socioéconomique à la personne maltraitante ou le désir de maintenir la relation, les caractéristiques du réseau social (se sentir isolé, manque de soutien social), la difficulté à reconnaître l'existence de la maltraitance et les barrières culturelles, générationnelles ou religieuses (Fraga Dominguez, Storey, & Glorney, 2019).

Les personnes maltraitantes

En ce qui concerne la nature de la relation entre la personne maltraitée et la personne maltraitante, Baker (2007) rapporte que les membres de la famille semblent être le plus fréquemment identifiés (90 %) comme étant les auteurs de la maltraitance. Ainsi, parmi les personnes maltraitantes, on retrouve les enfants d'âge adulte (47 %), les conjoints (19 %), les petits-enfants (9 %) et la fratrie (6 %), ainsi que des amis ou des voisins (6 %), des prestataires de services dans le domicile (3 %) ou à l'extérieur du domicile (1 %). Bien que les résultats varient à travers les études, ces proportions nous amènent à croire qu'il puisse s'agir de relations significatives et de confiance composant le réseau de soutien social des aînés.

Facteurs de risque et de vulnérabilité chez les personnes maltraitées

Les facteurs qui prédisposent la personne âgée à être la cible de maltraitance sont appelés des facteurs de risque lorsqu'ils sont liés à son environnement (par exemple, les caractéristiques des proches) ou facteurs de vulnérabilité s'ils sont propres à l'aîné (Baker, 2007; Beaulieu, Bédard, & Leboeuf, 2016; Gouvernement du Québec, 2017, 2020a). Les

facteurs de risque sont de meilleurs prédicteurs d'une situation de maltraitance que les facteurs de vulnérabilité; il est donc nécessaire de porter attention au contexte et à l'entourage de la personne âgée (Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, 2019).

Les recherches reconnaissent désormais que le profil des personnes maltraitantes est hétérogène et qu'il peut également varier selon le type de maltraitance (Jackson, 2016). Néanmoins, Storey (2020) a pu recenser les facteurs de risque propres à la personne maltraitante les plus fréquemment rapportés par les études. Il s'agit des problèmes de santé physique (déficience fonctionnelle) ou mentale (dépression), l'abus de substances, les difficultés d'adaptation au stress et aux problèmes de la vie quotidienne, les attitudes négatives (âgisme, intolérance, manque d'empathie, la réticence ou la colère face au fait d'exercer le rôle d'aidant), avoir été témoin ou victime de violence familiale dans l'enfance, l'isolement social, le manque de soutien social, ou le fait de vivre des relations conflictuelles. La dépendance de l'adulte maltraitant envers l'aîné est également un facteur de risque, particulièrement lorsqu'il se situe au plan financier et au niveau du logement (Storey, 2020). Le meilleur prédicteur de la maltraitance serait l'abus de substances, celui-ci est rapporté de façon récurrente dans plusieurs études empiriques et recensions de la littérature (Conrad, Liu, & Iris, 2019; Storey, 2020). Ainsi, elle est estimée entre 20 et 50 % chez les personnes maltraitantes (Jackson, 2016). De même, lorsque comparés à la population générale, les personnes maltraitantes seraient davantage socialement isolées

(Amstadter et al., 2010) ou impliquées, depuis de nombreuses années, dans une dynamique de violence conjugale où elles étaient le partenaire violent (Baker, 2007).

Tel que mentionné précédemment, les caractéristiques des personnes maltraitantes varient en fonction du type de maltraitance. Comparativement à la maltraitance émotionnelle ou sexuelle, la maltraitance physique est plus susceptible d'être commise par les personnes qui ont des problèmes légaux, qui ont des problèmes de toxicomanie/alcoolisme ou de santé mentale et qui cohabitent avec l'aîné (Amstadter et al., 2010). Quant à l'étude de Jeary (2005), réalisée avec un petit échantillon de dossiers judiciaires, elle a révélé que certains individus ayant commis une maltraitance de type sexuel présentaient également des antécédents de comportement criminel de nature sexuelle.

Certains proches aidants maltraitent les personnes âgées auxquelles ils donnent des soins (Gouvernement du Québec, 2017). Ces dernières présentent habituellement un problème de santé chronique, une incapacité physique ou mentale ou des problèmes liés au vieillissement (Gouvernement du Québec, 2020b). Dans ces cas, il semble que le stress et l'épuisement associés à la tâche, le sentiment de fardeau ou d'obligation vécu par l'aidant, la qualité de la relation entre l'aidant et son proche, ainsi que le manque d'informations sur les soins à donner pourraient avoir un impact sur la manifestation de la maltraitance chez les aînés (Dong, 2015; Johannesen & LoGiudice, 2013).

Enfin, Amstadter et ses collègues (2010) rapportent des différences dans les caractéristiques des personnes maltraitantes selon le genre de la personne maltraitée. En effet, ils ont observé que les individus qui maltrahaient physiquement des hommes âgés avaient plus fréquemment des antécédents de problèmes légaux ou étaient plus souvent sans emploi que les individus qui maltrahaient physiquement les femmes âgées.

Les personnes maltraitées

Tel que mentionné précédemment, les facteurs de vulnérabilité sont définis comme étant les caractéristiques propres à la personne qui pourraient la rendre sujette à la maltraitance. Parmi les facteurs les plus souvent rapportés dans les écrits scientifiques, on note les atteintes cognitives, les problèmes de santé mentale ou physique, l'abus d'alcool, l'isolement social et le fait de cohabiter avec un proche (Baker, 2007; Dong, 2015). D'autres facteurs sont également rapportés : dépendance aux substances (drogues, alcool, médicaments), dépendance à autrui pour les soins de base (hygiène, alimentation, prise de médicaments), difficultés financières ou dépendance à autrui pour la gestion des affaires (budget, paiement des factures), analphabétisme, méconnaissance des deux langues officielles (français et anglais), caractéristiques personnelles prédisposant aux préjugés (odeurs, allure), méconnaissance des droits et ressources à sa disposition, méfiance à l'endroit des services publics (services de santé et services sociaux, police), comportements perturbateurs ou violents envers les personnes aidantes et soignantes (p. ex, agressivité, réticence aux soins, errance) et être victime de maltraitance durant l'enfance (Gouvernement du Québec, 2020a; Lemarchand, 2015).

Une récente enquête canadienne (N = 8163) sur la prévalence de la maltraitance et les facteurs de vulnérabilité chez les personnes de 55 ans et plus a souligné que la dépression s'est révélée être un facteur qui y est fortement associé (McDonald, 2018). Il est toutefois impossible de déterminer si la dépression mène à la maltraitance, ou si elle en est une conséquence, considérant qu'il s'agit d'une étude transversale. De même, McDonald (2018) a pu mettre en lumière que le fait d'avoir vécu de la maltraitance dans le passé augmentait grandement le risque d'en vivre à nouveau après 55 ans. Lorsque la maltraitance avait été vécue au milieu de l'âge adulte, ce risque doublait, alors qu'il augmentait de 88 % lorsque la maltraitance avait eu lieu durant l'enfance et de 71 % lorsqu'elle avait eu lieu au début de la vie adulte (18-24 ans), comparativement aux individus n'ayant pas vécu ce genre d'épisode dans leur vie. De surcroît, présenter des difficultés de mobilité augmente le risque de maltraitance de 46 % alors que le fait de se sentir en sécurité avec la famille le diminue de 10 % (McDonald, 2018).

Des études se sont également intéressées aux prédicteurs selon le type de maltraitance rapporté. D'abord, McDonald (2018) a mis en évidence des relations entre le risque de vivre de la maltraitance et certaines caractéristiques des personnes maltraitées, soit leur sexe et leur statut conjugal. L'auteur indique que les femmes étaient deux fois plus à risque de vivre de la maltraitance sexuelle, de même que quatre fois plus à risque d'en vivre si elles n'étaient pas mariées. Alors que, chez les deux genres, se sentir isolé socialement ainsi que le fait de présenter des difficultés de mobilité augmentaient le risque de vivre de la maltraitance psychologique. Les problèmes de mobilité augmentaient aussi le risque de

vivre de la négligence. De même, si l'aîné se sent isolé, le risque de négligence augmentait de 72 % et de 83 % s'il vit seul. On peut donc constater que des facteurs de risque seraient spécifiques à certains types de maltraitance et donc, qu'il est important de les distinguer (Jackson & Hafemeister, 2011).

Selon une étude nationale américaine réalisée en 2008, il appert que les variables les plus corrélées avec la maltraitance, et ce, peu importe le type, seraient le faible soutien social et l'exposition à un événement traumatique dans le passé, c'est-à-dire toute situation dans laquelle la personne a craint pour sa vie, ce qui inclut la violence domestique et interpersonnelle vécue dans le passé (Acierno et al., 2010). Plus précisément, un faible soutien social serait associé à un triple risque de maltraitance, tandis que l'exposition à un événement traumatique doublerait (OR = 2,27) le risque de la maltraitance psychologique mais augmenterait de 14 fois le risque de maltraitance sexuelle (OR = 13,98). Il est difficile de déterminer si le faible soutien social découle de la maltraitance ou s'il est un facteur de causalité. Bien que les définitions adoptées par l'OMS et par le Gouvernement du Québec considèrent que la maltraitance survient dans une relation où la confiance devrait être présente, les comportements qui font du tort à l'aîné peuvent être intentionnels ou involontaires. Ainsi, dans le premier cas, le faible soutien peut être la conséquence de la maltraitance intentionnelle (la personne maltraitante isolerait la personne âgée afin qu'elle ne la dénonce pas), alors que dans le second, il pourrait en être la cause (manque de soutien pour exercer le rôle d'aidant). Ainsi, ce faible niveau de soutien social serait à la fois un indicateur et un prédicteur de maltraitance (Acierno et al., 2010).

Les conséquences de la maltraitance

Le phénomène de la maltraitance est complexe et laisse des traces dans la vie des personnes qui en sont touchées (Baker, 2007; Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012; Comijs, Pot, Smit, Bouter, & Jonker, 1998; Gouvernement du Québec, 2010, 2016; Ogrodnik, 2007; Wolf, 1997; Yunus et al., 2019). Les conséquences peuvent être nombreuses et de nature, d'intensité et de durée variées. La présente section fait une brève recension des principales conséquences de la maltraitance et de la violence faite aux aînés puisque ces deux termes ne sont pas toujours différenciés dans les écrits scientifiques.

Globalement, les écrits rapportent des conséquences à court et à moyen terme sur les plans physique et psychologique. Sur le plan physique, des blessures, des ulcères, de la malnutrition, une perte du sentiment de sécurité sont des conséquences rapportées par Baker (2007). Des chercheurs observent une mortalité précoce chez les personnes maltraitées lorsqu'elles sont comparées aux individus n'ayant pas vécu. Certains auteurs suggèrent que le stress vécu aurait un rôle à jouer à ce niveau, toutefois la mortalité précoce pourrait également être expliquée par des syndromes gériatriques déjà présents chez les personnes vulnérables, tels que les fragilités physiologiques associées à l'avancement en âge (Baker, 2007; Fried et al., 2005; Lachs, Williams, O'Brien, Pillemer, & Charlson, 1998). D'autres conséquences sont également rapportées sur le plan financier, telles que la perte des épargnes assurant le bien-être et la qualité de vie (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012; Gouvernement du Québec, 2010, 2016; Ogrodnik, 2007).

Sur le plan de l'humeur, la détresse psychologique, la dépression, les pensées suicidaires, l'anxiété, le repli sur soi, la confusion, l'augmentation de la fréquentation des urgences ainsi que l'apparition de comportements destructeurs sont rapportés par différents auteurs (Beaulieu & Bergeron-Patenaude, 2012; Comijs et al., 1998; Gouvernement du Québec, 2010, 2016; Ogradnik, 2007; Prévaille et al., 2014; Wolf, 1997; Yunus et al., 2019). De même, Berkowsky (2020) observe des scores plus faibles pour six dimensions du bien-être psychologique chez les personnes âgées ($M = 71,4$ ans; 53,6 % de femmes) qui affirment avoir subi un contrôle excessif de la part d'un membre de leur entourage au cours de la dernière année, comparativement à celles qui n'en ont pas vécu. Plus précisément, les aînés ayant subi ce type de maltraitance avaient des scores significativement plus faibles pour les relations avec autrui, l'autonomie, le sens à la vie, la croissance personnelle, l'acceptation de soi et le sentiment de maîtrise sur son environnement.

Une partie des travaux s'intéresse également au syndrome de stress post-traumatique (SSPT) pouvant être vécu par les personnes maltraitées, toutefois peu d'études se sont penchées sur la population des aînés (Baker, 2007; Lamoureux-Lamarche, Vasiliadis, Prévaille, & Berbiche, 2016). L'enquête québécoise sur la santé des aînés a permis de mettre en lumière que l'exposition à la violence, à un accident ou à un abus sexuel était associé au SSPT de façon significative seulement chez les femmes, mais ce résultat n'est pas relié exclusivement à la maltraitance (Lamoureux-Lamarche & Vasiliadis, 2017).

Les résultats issus d'une étude nationale américaine portant sur la maltraitance (N = 5777, échantillon âgé de 60 ans ou plus) corroborent l'augmentation du risque de rapporter des symptômes émotionnels après avoir vécu un des types de maltraitance (Cisler, Begle, Amstadter, & Acierno, 2012). Cependant, lorsque tous les autres facteurs corrélés sont contrôlés (soutien social, santé physique, exposition à l'événement traumatique), seule la maltraitance psychologique s'avère être un prédicteur significatif de la présence de symptômes émotionnels. Selon Cisler et al. (2012), la maltraitance psychologique aurait un impact direct sur la santé mentale, alors que les effets de la maltraitance sexuelle et de la maltraitance physique seraient modérés par des facteurs environnementaux, tels que le soutien social.

Concernant la durée de l'épisode de maltraitance, les écrits scientifiques indiquent que les aînés exposés plus d'une fois à la maltraitance ou aux événements traumatiques risquent davantage de développer certains problèmes de santé physique tels que l'arthrite et le cancer du sein (Kendall-Tackett, 2009; Stein & Barrett-Connor, 2000).

Enfin, notons que peu d'écrits scientifiques distinguent de façon précise la maltraitance chez les femmes âgées, de la violence générale commise envers les femmes de tous âges, ou encore de la dynamique de violence conjugale (Yon et al., 2019). Or, ce manque de spécificité pourrait contribuer au manque d'informations sur les conséquences de la maltraitance chez les femmes âgées.

Particularités de la maltraitance chez les femmes âgées

Puisque la longévité des femmes est plus élevée que celle des hommes et que la population se fait vieillissante, le nombre de femmes âgées surpasse donc celui des hommes. Cette longévité s'accompagne de pertes de santé, d'autonomie et de mobilité qui constituent des facteurs de vulnérabilité à la maltraitance (Laumann, Leitsch, & Waite, 2008; Yon et al., 2019). Les femmes vivent aussi plus longtemps seules, ce qui peut augmenter l'isolement et la perte du réseau social, deux autres facteurs associés à la maltraitance. Il faut aussi noter que dans de nombreux pays, incluant le Canada, les femmes subissent davantage d'inégalités sur le plan de l'éducation et de l'emploi, ce qui entraîne des difficultés sociales et financières qui les placent dans des conditions (par exemple, être dépendante d'autrui) qui les mettent à risque de vivre de la maltraitance (Vlachantoni, 2012; World Health Organization [WHO], 2004). Les femmes seraient donc plus à risque de vivre de la maltraitance au cours de leur vie puisqu'elles naissent et vivent dans des conditions qui comportent plus de facteurs de risque et de vulnérabilité (Penhale, 2003; WHO, 2002).

Par ailleurs, la notion de cohorte sociale est bien importante pour comprendre le phénomène de la maltraitance chez les femmes âgées et, du même coup, la sous-détection du phénomène chez celles-ci. Une cohorte est un groupe de personnes nées dans les mêmes années, qui ont donc approximativement le même âge et qui ont vécu dans un contexte historique et sociétal similaire (Elder & George, 2016). Pour tenter d'illustrer l'importance du contexte dans lequel peut s'inscrire la maltraitance, de même que le

maintien de la problématique, une étude américaine s'est intéressée aux raisons formulées par les femmes âgées de 55 ans et plus pour rester dans une relation conjugale abusive (Zink, Regan, Jacobson, & Pabst, 2003). Les 36 femmes interrogées rapportent la présence de maltraitance de type physique, psychologique, financière, sexuelle et au niveau social dans leur dynamique conjugale. Bien que chaque cohorte soit véritablement unique, il est intéressant de constater que les auteurs considèrent que la capacité à demander de l'aide chez les femmes ayant vécu de la maltraitance dans leur relation a été affectée par les attentes sociales. Par exemple, la société a longtemps toléré la maltraitance dans la sphère privée familiale. Toutefois, les auteurs rappellent que la perception de la maltraitance par la société a évolué au fil des années pour être de moins en moins tolérée; des femmes ont ainsi pu se sortir de la relation, bien que d'autres y soient restées. De plus, le rôle des femmes était davantage centré sur les tâches domestiques, elles étaient soumises à leur conjoint ou à leur père (absence du droit de vote, la femme était non reconnue légalement comme égale à l'homme) et lorsqu'elles occupaient un emploi, celui-ci était à faible salaire, contribuant ainsi à la dépendance financière et à des effets négatifs sur plusieurs autres sphères de leur vie (p. ex., faible revenu de retraite, faible accès à la conduite automobile). En quittant la relation, certaines femmes avaient l'impression d'avoir trop à perdre (Zink et al., 2003). Ces éléments de réflexion sont intéressants puisqu'ils marquent l'importance du contexte historique et sociétal de chaque cohorte de femmes âgées, contribuant ainsi à clarifier les motifs pouvant limiter la dénonciation de la maltraitance pour les femmes âgées.

Objectif

L'introduction de cet essai a permis de souligner que la maltraitance est un phénomène dont l'importance ne peut être sous-estimée, en raison de sa prévalence et ses nombreuses conséquences sur la vie de la victime. D'autre part, force est de constater que, malgré l'intérêt des scientifiques pour la problématique, certaines lacunes sont observées dans les recherches, ce qui engendre beaucoup d'hétérogénéité dans les résultats et en limite la généralisation. À titre d'exemple, il existe un manque de cohérence dans la définition de la maltraitance à travers les études recensées, de même qu'une absence d'outils standardisés pour l'évaluer et un manque de précision à propos des critères de sélection et d'exclusion des participants (comme la présence ou non de troubles cognitifs), des devis utilisés ou des types de maltraitance étudiés (Daly, Merchant, & Jogerst, 2011; Mysyuk, Westendorp, & Lindenberg, 2013).

En 2003, le *National Research Council* avait fait quelques recommandations quant à l'agenda de la recherche sur le phénomène de la maltraitance chez les aînés afin de remédier aux lacunes existantes dans les connaissances. Parmi ces recommandations, il suggère d'étudier les conséquences de la maltraitance. Depuis le rapport de 2003, plusieurs recherches se sont penchées sur l'impact de la maltraitance, mais rares sont celles qui se centrent spécifiquement sur les conséquences psychosociales de la maltraitance chez les femmes âgées. Pourtant, les données sur la prévalence de cette problématique indiquent que l'intervention auprès des femmes âgées maltraitées doit être une priorité dans le domaine de la santé publique (Yon et al., 2019).

La section qui suit présente une étude sur les conséquences psychosociales de la maltraitance chez les femmes âgées de 65 ans ou plus. En comparant leur état à celui de femmes du même âge affirmant n'avoir jamais vécu de maltraitance, il sera sans doute possible de mieux cibler les aspects à travailler dans les programmes d'interventions destinés aux femmes âgées maltraitées.

Article scientifique

Bien-être psychosocial de femmes âgées ayant vécu un épisode de maltraitance

Titre courant : BIEN-ÊTRE PSYCHOSOCIAL DE FEMMES ÂGÉES MALTRAITÉES

Bien-être psychosocial de femmes âgées ayant vécu un épisode de maltraitance

Psychosocial well-being of elderly women who have experienced abuse

Andrée-Anne Lepage

Département de psychologie, Université du Québec à Trois Rivières, Québec, Canada

Adresse de correspondance :

Andrée-Anne Lepage, Candidate au D.Ps.

Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

C. P. 500, Trois-Rivières, Québec, G9A 5H7

Andree-anne.lepage@uqtr.ca

Téléphone : (819) 376-5011, poste 3531

Télécopieur : (819) 376-5195

Résumé

Cadre de la recherche. Au Québec, depuis 2010, le gouvernement reconnaît l'ampleur du phénomène de la maltraitance envers les aînés ainsi que ses conséquences négatives sur leur vie. **Objectif.** L'objectif de la présente étude était de comparer le bien-être psychosocial actuel de femmes âgées de 65 ans ou plus selon leur expérience ou non d'un épisode de maltraitance. **Méthodologie.** L'échantillon comprend deux groupes de femmes vivant dans la communauté : 16 femmes ayant été maltraitées au cours des quatre dernières années ($M = 74,3$ ans) et 19 femmes rapportant n'avoir jamais vécu d'épisode de maltraitance au cours de leur vie ($M = 72,3$ ans). Toutes les participantes ont complété des questionnaires évaluant la détresse psychologique, l'anxiété, la résignation acquise, la perception du passé, les stratégies d'adaptation et le soutien social (perception et disponibilité). **Résultats.** Bien que la littérature scientifique suggère que la détresse psychologique soit l'une des principales conséquences de la maltraitance, les résultats de la présente étude n'indiquent pas de différence entre les deux groupes sur ce plan, mais font surtout état de différences en ce qui a trait aux dimensions sociales. Ainsi, les femmes âgées ayant été maltraitées considèrent qu'elles ont peu de soutien de la part de leur famille, ont un faible lien d'attachement avec d'autres personnes, et le sentiment qu'elles n'ont personne à qui s'adresser pour obtenir des conseils. **Conclusions.** La maltraitance implique une blessure de la relation; les conséquences sur le plan social ne peuvent être négligées. Lors de l'intervention, il est donc important de favoriser l'établissement d'un lien de confiance sécurisant qui permettra à la personne de partager son vécu et surtout de réapprendre à développer des relations affectives saines. **Contribution.** Puisque la

maltraitance a des conséquences sur la vie sociale des femmes âgées, il serait pertinent de s'intéresser davantage à cet aspect dans les études subséquentes.

Mots clés : Femmes, personnes âgées, maltraitance, bien-être psychologique, soutien social, relations sociales

Abstract

Research Framework. In Quebec, since 2010, the government recognizes elder abuse and its negative consequences, as an important public health issue. **Objective.** The purpose of the study was to compare the current psychosocial well-being of women aged 65 and over who experienced abuse to those who had not. **Methodology.** The study compared the psychosocial well-being of two groups of community-dwelling women: 16 women who were abused in the last four years ($M = 74.3$ years) and 19 women who report never having been abused during their lifetime ($M = 72.3$ years). The participants completed questionnaires assessing psychological distress, anxiety, learned helplessness, perception of their past, coping strategies, and social support (perception and availability). **Results.** Although scientific research show that psychological distress is one of the main consequences of elder abuse, the present study did not observe any differences in psychological well-being between the two groups, but instead revealed differences on the social variables. For instance, women that have experienced mistreatment report that they have little support from their family, consider that they have a weak attachment to other people, and that they have no one to turn to when they need advice. **Conclusions.** Mistreatment wounds the relationship; therefore, social consequences of elder abuse should not be ignored. Interventions should promote a trustful secure relationship that will allow the person to share her experience and learn to develop healthy emotional relationships. **Contribution.** Since mistreatment has social and relational consequences on older women, it may be appropriate to focus more on this aspect in subsequent studies, so future interventions could be more suited to their needs.

Keywords: Women, older adults, mistreatment, abuse, psychological well-being, social support, social relationships

Introduction

L'importance du phénomène de la maltraitance envers les aînés est désormais admise. Bien que la gravité de cette problématique soit reconnue, son ampleur réelle est difficile à estimer en raison de la sous-déclaration des épisodes de maltraitance par les aînés. Une étude canadienne, réalisée en 2015, sur la prévalence de la maltraitance au cours d'une année chez les personnes âgées de 55 ans et plus (N = 8163) vivant à domicile, révèle que l'estimation annuelle s'élèverait à 8,2 % (McDonald, 2018). Au Québec, l'enquête la plus récente, indique que cette estimation annuelle s'élève à 5,9 %, chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à leur domicile (N = 8860). Cette proportion représente 78 900 québécois (Gingras, 2020). Une récente méta-analyse, regroupant des données publiées entre 2002 et 2015 et provenant de 28 pays, établit la prévalence annuelle mondiale de la maltraitance chez les aînés à 15,7 % (Yon *et al.*, 2017). Toutefois, les données disponibles varient beaucoup d'un pays à l'autre, en partie à cause du manque de définition consensuelle de la maltraitance (Mysyuk *et al.*, 2013).

De plus, selon la méta-analyse de Fraga Dominguez *et al.* (2019), plusieurs obstacles restreignent les personnes âgées dans leur recherche d'aide : la peur des répercussions pour soi-même ou pour la personne maltraitante, les sentiments vécus (honte, manque de confiance en soi, impuissance, etc.), la méconnaissance des services, la dépendance socioéconomique à la personne maltraitante ou le désir de maintenir la relation, l'isolement, le manque de soutien social, la difficulté à reconnaître l'existence de la maltraitance, ainsi que les barrières culturelles, générationnelles ou religieuses.

Considérant le vieillissement de la population, il s'agit donc d'un enjeu qui mérite que l'on s'y attarde, puisque le nombre de cas absolu augmentera probablement (Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012). En effet, en 2017, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus était évaluée à 18,5 % de la population québécoise et on estime qu'en 2031 elles représenteront le quart de la population (Gouvernement du Québec, 2018).

Problématique de la maltraitance

La maltraitance à l'égard des aînés peut se définir de différentes façons selon les milieux et les organisations. Cette absence de définition universelle crée une confusion en ce qui a trait aux actes considérés ou non comme de la maltraitance. Dans son plan d'action, le Gouvernement du Québec (2017) utilise une définition inspirée de l'Organisation mondiale de la santé pour décrire la maltraitance : « Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée. » (p. 15). La présente étude se référera donc à cette définition.

Formes de maltraitance. Il existe sept différents types de maltraitance, qui seront décrits ci-dessous (Gouvernement du Québec, 2017). Chaque type de maltraitance peut prendre l'une des deux formes suivantes, soit la violence, par l'emploi de force ou d'intimidation, soit la négligence qui consiste en l'absence d'actions appropriées afin de

répondre aux besoins de la personne âgée. La présente étude s'intéresse uniquement aux quatre premières formes de maltraitance et à la négligence.

La maltraitance de nature psychologique consiste en des « gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique », comme le chantage affectif, la manipulation, l'humiliation, le dénigrement et le rejet. La maltraitance physique se définit par « des gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique ». Elle comporte des gestes violents, comme les coups, mais aussi des comportements inappropriés, comme le fait de priver la personne de soins d'hygiène ou de ses médicaments. Quant à la maltraitance sexuelle, elle réfère à des « gestes, actions, paroles ou attitudes à connotation sexuelle non consentis, qui portent atteinte au bien-être, à l'intégrité ou à l'identité sexuelle », tels que des propos suggestifs ou encore la privation d'intimité. Ensuite, la maltraitance de nature matérielle ou financière réfère à « l'obtention ou l'utilisation frauduleuse, illégale, non autorisée ou malhonnête des biens ou des documents légaux de la personne, l'absence d'information ou la mésinformation financière ou légale ». C'est le cas, par exemple lorsque l'on met de la pression à une personne afin qu'elle modifie son testament ou encore lorsque ses biens ne sont pas gérés dans son intérêt. L'âgisme réfère à la « discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale ». La violation des droits désigne « toute atteinte aux droits et aux libertés individuels et sociaux ». Enfin, la maltraitance organisationnelle, moins étudiée à ce jour, décrit « toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les

procédures des organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services et qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes » (Gouvernement du Québec, 2017, p. 17).

Prévalence des formes de maltraitance chez les personnes âgées. Dans une étude à grande échelle réalisée aux États-Unis auprès de 5777 personnes de 60 ans et plus, un répondant sur dix rapportait avoir vécu de la maltraitance psychologique, physique, sexuel ou de la négligence au cours de la dernière année (Acierno *et al.*, 2010). Plus précisément, 4,6 % des répondants ont affirmé avoir vécu de la maltraitance psychologique, 1,6 % de la maltraitance physique, 0,6 % de la maltraitance sexuelle, 5,1 % de la négligence et 5,2 % de la maltraitance financière par un membre de la famille. Toujours aux États-Unis, selon une étude effectuée auprès de 3005 personnes de 57 à 85 ans, 9 % des répondants rapportaient avoir vécu de la maltraitance verbale, 3,5 % de la maltraitance financière et 0,2 % de la maltraitance physique de la part d'un membre de leur famille (Laumann *et al.*, 2008). Chez les femmes âgées, Yon et ses collaborateurs (2019) signalent que le type maltraitance le plus fréquemment rapporté serait la maltraitance psychologique (11,8 %), suivi par la négligence (4,1 %), la maltraitance financière (3,8 %), la maltraitance sexuelle (2,2 %) et finalement, la maltraitance physique (1,9 %).

Facteurs de risque et de vulnérabilité. Les facteurs de risque et de vulnérabilité peuvent constituer des indicateurs utiles au dépistage de la maltraitance (Beaulieu *et al.*, 2016; Gouvernement du Québec, 2017). Alors que les facteurs de risque sont plutôt liés à

l'environnement de la personne aînée, par exemple ses proches, les facteurs de vulnérabilité sont davantage propres à l'aîné (Baker, 2007; Gouvernement du Québec, 2020).

Parmi les facteurs de risque, on retrouve principalement ceux qui se rapportent aux caractéristiques de l'auteur de la maltraitance. Ainsi, il est fréquent que les personnes maltraitantes soient en situation de dépendance à l'égard de leur parent âgé, particulièrement sur le plan financier, ou qu'elles présentent des déficiences physiques, des problèmes de toxicomanie ou de maladie mentale (Storey, 2020). Elles vivraient davantage d'isolement social (Amstadter *et al.*, 2010; Storey, 2020) et seraient plus fréquemment impliquées dans des situations de violence conjugale (Baker, 2007). De même, en situation d'aide, l'auteur de la maltraitance vivrait du stress, des difficultés d'adaptation aux problèmes de la vie quotidienne et de l'épuisement face à sa tâche, un sentiment de fardeau ou d'obligation, aurait une relation de faible qualité avec l'aidé et manquerait d'informations sur les soins à donner (Dong, 2015; Johannesen et LoGiudice, 2013; Storey, 2020).

Au Canada, une enquête récente visant à documenter les facteurs de vulnérabilité à la maltraitance chez les personnes de 55 ans et plus a indiqué que la dépression était un facteur qui y était fortement associé (McDonald, 2018). Toutefois, il est impossible de déterminer si la dépression mène à la maltraitance ou si elle en est la conséquence étant donné que l'étude utilisait un devis transversal. Grâce à une recension systématique des

facteurs de vulnérabilité des aînés à la maltraitance, Johannesen et LoGiudice (2013) ont identifié les éléments suivants : le déclin cognitif, des problèmes de comportement, des problèmes psychologiques ou psychiatriques, la dépendance fonctionnelle (hygiène, alimentation, prise de médicaments, etc.), une santé fragile, un faible revenu ou une expérience de maltraitance dans le passé. S'ajoutent à ceux-ci d'autres facteurs rapportés dans d'autres études (Baker, 2007; Dong, 2015; Gouvernement du Québec, 2020) : dépendance aux substances (drogues, alcool, médicaments), isolement social, cohabitation avec un proche, dépendance pour la gestion de ses affaires (budget, paiement des factures), analphabétisme, méconnaissance des deux langues officielles (français et anglais), caractéristiques personnelles prédisposant aux préjugés (odeurs, allure), méconnaissance des droits et des ressources à sa disposition, méfiance à l'endroit des services publics (services de santé et services sociaux, police), comportements perturbateurs ou violents envers les personnes aidantes et soignantes (p. ex., agressivité, réticence aux soins, errance).

Acierno et ses collègues (2010) ajoutent que le fait d'avoir été exposé à un événement traumatique dans le passé et le faible soutien social seraient les variables les plus corrélées avec la maltraitance, et ceci, peu importe le type. Toutefois, il est difficile de déterminer si le faible soutien social est une conséquence de la maltraitance ou s'il est un facteur de causalité. Néanmoins, la maltraitance survient dans une relation où la confiance devrait être présente, tel que précisé dans la définition adoptée par le Gouvernement du

Québec (2017). Or, ce faible niveau de soutien pourrait à la fois être un prédicteur (cause) et un indicateur de maltraitance (conséquence) (Acierno *et al.*, 2010).

Conséquences de la maltraitance. La maltraitance vécue par une personne peut être à l'origine d'importantes conséquences sur sa vie. Certaines études se sont penchées sur le sujet. Toutefois, elles explorent généralement les conséquences de la maltraitance chez les femmes de tous âges confondus, ou encore chez l'ensemble des aînés, sans effectuer de distinction entre les sexes (Yunus *et al.*, 2019), ou sans tenir compte du milieu de vie des participants (à domicile ou en institution). De plus, lorsque les individus présentent des troubles cognitifs, le stade de déclin ou la gravité des symptômes ne sont pas rapportés. Par ailleurs, il y a peu de consensus quant à la définition du concept de maltraitance ou des formes de maltraitance (Mysyuk *et al.*, 2013). Par exemple, certaines études n'incluent pas la maltraitance psychologique parmi les formes de maltraitance étudiées. Enfin, peu d'études récentes sur les conséquences de la maltraitance comportent un groupe de comparaison constitué d'aînés n'ayant pas vécu cette situation. Finalement, une particularité subsiste au niveau du phénomène de la maltraitance chez les aînés : ses conséquences peuvent être confondues avec les effets de la maladie physique ou mentale, ou simplement à l'impact du vieillissement normal.

Les conséquences physiques de la maltraitance, incluant la mortalité précoce, sont largement reconnues par les chercheurs : ecchymoses, lacérations, fractures, déshydratation, plaies de pression, malnutrition, menace à la sécurité. De plus, il appert

que les individus âgés maltraités évalueraient négativement leur propre santé et seraient plus à risque de développer une consommation abusive d'alcool ou de médicaments psychoactifs (Acierno *et al.*, 2010; Baker, 2007; Brozowski et Hall, 2005; Dong et Simon, 2013; Laumann *et al.*, 2008; Wolf, 1997). Une étude relève également un taux d'hospitalisation plus important chez les aînés maltraités (Dong et Simon, 2013). Par ailleurs, sur le plan financier, les victimes rapportent une perte d'argent ou de biens, ainsi que la perte des épargnes assurant leur bien-être et la qualité de leur vie (Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012; Comijs *et al.*, 1998; Gouvernement du Québec, 2010, 2016; Ogrodnik, 2007).

De nombreuses conséquences psychologiques sont rapportées par les écrits scientifiques, particulièrement sur le plan de l'humeur comme la détresse psychologique, la dépression, les pensées suicidaires et l'anxiété. De même, les aînés maltraités peuvent vivre un trouble de stress post-traumatique, de la tristesse, de la colère, de la peur, de la résignation, de l'aliénation, de la culpabilité et du déni (Comijs *et al.*, 1998; Wolf, 1997; Yunus *et al.*, 2019). Récemment, Berkowsky (2020) observe des scores plus faibles pour six dimensions du bien-être psychologique chez les personnes âgées ($M = 71,4$ ans; 53,6 % de femmes) qui affirment avoir subi un contrôle excessif de la part d'un membre de leur entourage au cours de la dernière année, comparativement à celles qui n'en ont pas vécu. Plus précisément, les aînés ayant subi ce type de maltraitance avaient des scores significativement plus faibles pour les relations avec autrui, l'autonomie, le sens à la vie, la croissance personnelle, l'acceptation de soi et le sentiment de maîtrise sur son

environnement. Toutefois, aucune de ces études ne s'intéressent spécifiquement aux conséquences psychologiques chez les femmes âgées de 65 ans ou plus.

Sur le plan social, un faible réseau social et un sentiment de solitude sont également relevés dans les écrits scientifiques (Acierno *et al.*, 2010; Brozowski et Hall, 2005; Laumann *et al.*, 2008). Cependant, une récente recension des écrits (Yunus *et al.*, 2019) indique que davantage d'études seraient nécessaires pour explorer les conséquences sociales de la maltraitance chez les aînés. De même, Berkowsky (2020) indique qu'il serait pertinent que des études explorent l'effet potentiellement modérateur ou médiateur d'autres variables, telles que le soutien social, sur le bien-être psychologique des aînés maltraités.

Objectif

L'objectif de la présente étude vise à documenter les conséquences de la maltraitance vécue par des femmes aînées québécoises sur diverses dimensions de leur bien-être psychologique ainsi que sur leur perception et la disponibilité du soutien social. Plus précisément, il s'agit de comparer le bien-être de femmes ayant vécu un épisode de maltraitance au cours des quatre dernières années à celui d'un groupe témoin de femmes affirmant n'en avoir jamais vécu.

La recension des écrits sur les conséquences psychosociales de la maltraitance permet de formuler deux hypothèses générales : 1) Comparativement au groupe témoin, les

femmes ayant vécu de la maltraitance manifesteront un niveau plus élevé de détresse psychologique, d'anxiété, de résignation acquise et une perception négative de leur passé;

2) Sur le plan des stratégies d'adaptation et des variables sociales (perception du soutien social et disponibilité du soutien social), les scores moyens seront moins élevés chez les femmes maltraitées que chez les femmes du groupe témoin.

Méthode

Déroulement de l'étude

Le recrutement des participantes s'est déroulé sur une période s'échelonnant de décembre 2014 à août 2017. Elles devaient avoir 65 ans ou plus, vivre dans la communauté et avoir vécu au moins un épisode de maltraitance au cours des quatre dernières années. La maltraitance pouvait être de divers types : psychologique, financier, physique ou sexuel ou être la manifestation de négligence. Il pouvait s'agir d'un épisode de maltraitance encore actuel. Il n'était pas nécessaire pour les participantes d'être en démarche d'aide.

Dans un premier temps, des femmes ont été sollicitées par le biais d'organismes tels l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de Trois-Rivières, DIRA-Estrie et le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels de la Mauricie. Elles étaient invitées à donner leur accord pour que leurs coordonnées soient transmises à la chercheuse pour être contactées et invitées à participer au projet. Sur les 23 femmes référées par les organismes, neuf ont accepté de participer. Parmi les motifs

de refus inventoriés, certaines personnes ne souhaitaient plus entendre parler de l'épisode de maltraitance, avaient une santé trop fragile pour participer, ont refusé sans donner de justification et enfin, quelques femmes étaient injoignables à l'aide des coordonnées fournies. Devant le nombre insuffisant de participantes, deux articles sur la maltraitance envers les femmes âgées ont été publiés dans les versions imprimées et électroniques des journaux locaux. Les lectrices ayant vécu cette situation étaient invitées à communiquer avec le Laboratoire interdisciplinaire de recherche en gérontologie (LIREG) de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour participer à une rencontre où elles répondraient à divers questionnaires sur leur bien-être psychosocial. Treize femmes ont été recrutées grâce à ces articles.

Quant aux femmes du groupe témoin, elles ont été recrutées à la suite d'une annonce sur les réseaux sociaux (Facebook) qui présentait l'étude sur la maltraitance et les invitait à constituer le groupe de comparaison et à compléter les mêmes questionnaires que le groupe expérimental. Elles ne devaient pas avoir vécu une quelconque forme de maltraitance au cours de leur vie afin d'éviter les possibles facteurs confondants tels qu'une expérience de maltraitance dans l'enfance. Dans les deux groupes, les critères de sélection (âge, épisode de maltraitance) étaient vérifiés lors du contact téléphonique.

La majorité des femmes du groupe expérimental provenaient de la région de la Mauricie (62,5 %), tandis que les femmes du groupe témoin venaient en majorité (79,8 %) d'autres régions administratives (p. ex., Chaudière-Appalaches, Lanaudière ou Montréal).

Le recrutement du groupe témoin visait des femmes d'âges et de niveaux de scolarité similaires à celles du groupe expérimental. Afin d'éviter un déplacement vers l'université, les participantes ont préféré que l'entrevue soit conduite à leur domicile. Avant de répondre aux questionnaires, toutes les participantes ont lu et signé le formulaire de consentement. La rencontre individuelle pour la passation des questionnaires était d'une durée de 60 à 90 minutes. Les participantes n'ont pas reçu de compensation financière pour leur participation.

Participantes

Le recrutement a permis de contacter 22 participantes. Toutefois, six participantes ont dû être exclues car la fin de l'épisode de maltraitance avait eu lieu plus de quatre années avant la présente étude. Finalement, le groupe de femmes maltraitées incluait 16 participantes âgées entre 66 et 90 ans ($M = 74,3$ ans). Les participantes avaient en moyenne 11,5 années de scolarité. Les données sociodémographiques sont présentées dans le Tableau 1. Sur le plan du statut civil, le tiers des participantes se répartissaient pratiquement de façon équivalente entre trois catégories : veuves/célibataires, séparées ou divorcées, ou mariées/conjointes de fait. Il n'y avait qu'une femme célibataire. La grande majorité des femmes du groupe expérimental, soit 93,8 %, ont rapporté avoir au moins un enfant.

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (N = 35)

Variables	Groupe expérimental (n = 16)		Groupe témoin (n = 19)	
	M	ÉT	M	ÉT
Âge	74,25	7,59	72,26	7,70
Scolarité	11,50	3,01	11,11	2,26
	N	%	N	%
Statut civil				
Mariée/conjointe de fait	5	31,25	8	42,11
Séparée ou divorcée	5	31,25	4	21,05
Célibataire ou veuve	6	37,50	7	36,84

Quant au groupe témoin, il était constitué de 19 participantes. Les participantes étaient âgées entre 65 et 92 ans ($M = 72,3$ ans) et avaient en moyenne 11,1 années de scolarité. La plupart étaient mariées ou conjointes de fait (42,1 %) ou veuves/célibataires (36,8 %). La grande majorité d'entre elles (89,5 %) avaient au moins un enfant. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes sur le plan de l'âge et du niveau de scolarité. Il en est de même pour le statut civil ($\chi^2(2, N = 35) = 0,63; p = 0,73$).

Mesures

La passation des questionnaires évaluant différents aspects du bien-être psychosocial fut précédée par des questions d'ordre sociodémographique et du *Mini Mental State Exam* (MMSE). Le MMSE visait à s'assurer que les participantes n'avaient pas de problèmes

cognitifs et qu'elles pourraient participer à l'étude. Les personnes ayant un score inférieur à 24/30 (Colette et Robitaille, 2015; Folstein *et al.*, 1975), indiquant la présence probable d'un trouble cognitif, étaient exclues. Seule une participante du groupe témoin a été exclue pour cette raison. Outre les informations démographiques habituelles (âge, profession, statut civil), le questionnaire d'informations générales comportait des questions sur le moment de l'épisode de maltraitance, sa nature, ainsi que le soutien reçu à la suite de l'événement. Afin de mieux connaître l'expérience de maltraitance qu'elles avaient subie, il était demandé aux participantes : « Avez-vous été victime ou êtes-vous actuellement victime de l'une des formes suivantes de maltraitance dans les quatre dernières années (abus psychologique, financier, physique ou sexuel ou forme de négligence)? Si oui, laquelle? Qui était l'auteur de la maltraitance? ».

Afin d'évaluer diverses dimensions du bien-être psychosocial des participantes, une batterie de sept questionnaires a été administrée en entrevue individuelle aux femmes constituant le groupe expérimental et le groupe témoin. La dimension psychologique du bien-être comportait des variables évaluant des aspects négatifs, dont la détresse psychologique, l'anxiété, la résignation acquise, et la perception d'un passé négatif, ainsi que des dimensions positives comme les stratégies d'adaptation. Quant aux variables sociales, elles évaluaient la perception et la disponibilité du soutien social.

Dimensions psychologiques. L'*Index de détresse psychologique* est un questionnaire autorapporté composé de 29 items mesurant quatre sous-échelles : dépression, anxiété,

irritabilité et problèmes cognitifs (Préville *et al.*, 1992). L'*Index* et ses sous-échelles sont dotés d'une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,96$; dépression = 0,84; anxiété = 0,85; irritabilité = 0,79 et problèmes cognitifs = 0,77). La participante répond à chaque énoncé sur une échelle de type Likert en 4 points allant de *Jamais* (1) à *Très souvent* (4). Un score élevé est associé à un niveau élevé de détresse psychologique.

L'*Inventaire d'anxiété gériatrique* (Pachana *et al.*, 2007) est une mesure unidimensionnelle visant à déterminer la sévérité des symptômes d'anxiété auprès de personnes âgées de plus de 60 ans. Il s'agit d'un questionnaire autorapporté composé de 20 items dichotomiques. La participante doit indiquer si elle est en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés en évaluant son état au cours des sept derniers jours. Selon Champagne *et al.* (2018), ce questionnaire est pourvu d'une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,94$). Un score élevé indique un niveau d'anxiété élevé.

L'*Échelle de résignation acquise* (Quinless et Nelson, 1988) évalue le sentiment général d'impuissance à échapper à des situations difficiles. Il s'agit d'un questionnaire autorapporté composé de 20 items, comme « Je n'ai pas la capacité de résoudre la plupart des problèmes de la vie. » La participante indique son niveau d'accord avec chaque item sur une échelle de type Likert allant de *Fortement en désaccord* (1) à *Fortement en accord* (4). Il présente une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,85$). Un score élevé indique un niveau élevé de résignation acquise.

L'*Échelle de temporalité* est une traduction et une validation française du *Zimbardo Time Perspective Inventory* (Apostolidis et Fieulaine, 2004; Zimbardo et Boyd, 2015). Seule la sous-échelle *Passé négatif* de l'inventaire a été utilisée dans la présente étude. Elle comporte dix énoncés présentant une vision négative du passé, tels que « Il m'est difficile d'oublier des images désagréables de ma jeunesse ». Les participantes indiquent sur une échelle de type Likert en 5 points si les affirmations s'appliquent à elles : *Cette affirmation n'est pas du tout caractéristique de moi* (1) à *Cette affirmation est tout à fait caractéristique de moi* (5). La cohérence interne est de 0,72. Un score élevé indique une vision négative du passé.

Le questionnaire *Ways of Coping Checklist-Version française* (Cousson *et al.*, 1996) a pour objectif d'identifier les stratégies d'adaptation mises en place par un individu face à une situation stressante. Dans le groupe expérimental, les participantes devaient se référer à la situation de maltraitance et indiquer si elles avaient utilisé, lors de cet épisode, les stratégies d'adaptation énumérées. Dans le groupe témoin, les femmes pouvaient choisir n'importe quel événement récent qui les avait bouleversées pour identifier les stratégies qu'elles avaient employées. Cette échelle autorapportée comporte 27 items auquel la participante répond sur une échelle de type Likert cotée en 4 points de la façon suivante : *Non* (1), *Plutôt non* (2), *Plutôt* (3) ou *Oui* (4). Elle permet de savoir quel type de stratégie est privilégié par la participante : une stratégie centrée sur le problème, sur les émotions ou sur la recherche de soutien social. Ce questionnaire est pourvu d'une bonne cohérence interne pour chacune de ses sous-échelles : stratégie d'adaptation centrée sur le

problème ($\alpha = 0,79$), stratégie d'adaptation centrée sur les émotions ($\alpha = 0,72$) et stratégie d'adaptation centrée sur la recherche de soutien social ($\alpha = 0,73$). La somme des réponses pour les items d'une même sous-échelle indique le degré d'utilisation de la stratégie. De ce fait, plus le score est élevé, plus la participante utilise cette stratégie d'adaptation.

Dimensions sociales. L'*Échelle multidimensionnelle de perception du soutien social* (Zimet *et al.*, 1988) mesure la perception qu'un individu a du soutien social provenant de trois sources : sa famille, ses amis et les personnes significatives. Ce questionnaire autorapporté est composé de 12 items, soit quatre items par sous-échelle. Il s'agit d'un questionnaire démontrant une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,88$). Quant aux sous-échelles, les indices alpha sont les suivants : 0,87 pour la sous-échelle « soutien de la famille »; 0,85 pour la sous-échelle « soutien des amis » et 0,91 pour la sous-échelle « soutien de personnes significatives » (Zimet *et al.*, 1988). La participante indique son niveau d'accord avec chaque item sur une échelle de type Likert en sept points allant de *Très fortement en désaccord* (1) à *Très fortement en accord* (7). Un score élevé indique une perception positive de son soutien social.

L'*Échelle de provisions sociales-10 items* (Caron, 2013) est une version courte de l'instrument à 24 items (Caron, 1996; Cutrona et Russel, 1987), validé en français chez une population québécoise. Il s'agit d'un questionnaire autorapporté comportant 10 items et mesurant la perception de la disponibilité du soutien social. L'échelle mesure cinq fonctions du soutien social, soit deux items par dimension : attachement, intégration

sociale, assurance de sa valeur, obtention de conseils (orientation) et l'aide tangible ou matérielle. Il s'agit de ressources sociales auxquelles les personnes peuvent accéder et qui favorisent leur épanouissement. Un exemple d'item est : « Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes. » La participante indique son niveau d'accord avec chacun des énoncés sur une échelle de type Likert en quatre points allant de *Fortement en désaccord* (1) à *Fortement en accord* (4). L'échelle possède une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,88$) tandis que les indices alpha des cinq sous-échelles varient de 0,53 à 0,69, ce qui est acceptable. Il est possible d'obtenir un score total ainsi qu'un score pour chacune des cinq sous-échelles. Ainsi, un score élevé indique que la disponibilité du soutien est élevée.

Analyses statistiques

À l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS, des analyses descriptives et comparatives (tests-*t* pour échantillons indépendants) ont été effectuées pour vérifier les différentes hypothèses sur les différences entre les femmes ayant vécu un ou des épisodes de maltraitance à celles du groupe témoin au plan des variables psychologiques et sociales.

Résultats

Avant de présenter les différences entre les groupes sur le plan du bien-être psychosocial, il serait pertinent de décrire les formes de maltraitance vécues par les femmes du groupe expérimental. Ainsi, 62,5 % des participantes indiquait que la maltraitance était toujours actuelle, alors que chez 37,5 %, l'épisode était terminé. La

moitié des femmes du groupe expérimental ont vécu plus d'une forme de maltraitance, la principale étant de nature psychologique (81,25 %), suivie des formes financière (12,50 %) et physique (6,25 %) de la maltraitance. Aucune n'a rapporté de maltraitance sexuelle ou de la négligence. L'auteur de la maltraitance était le plus fréquemment un membre de la famille (43,75 %), le conjoint (25 %) ou un membre de l'entourage (18,75 %). Une femme a préféré ne pas identifier l'auteur de la maltraitance, tandis qu'une autre indiquait qu'il s'agissait d'un inconnu. La majorité des participantes, soit 62,5 %, n'ont jamais suivi de thérapie, obtenu un service ou participé à un groupe de soutien en lien avec l'épisode de maltraitance.

Dimensions psychologiques

Le Tableau 2 présente les différences entre les groupes expérimental et témoin pour chacune des dimensions psychologiques évaluées. Bien que les participantes maltraitées présentent des scores plus élevés de détresse psychologique ou d'anxiété que celles du groupe témoin, les analyses ne rapportent aucune différence significative entre les groupes. Il n'y a également aucune différence entre les groupes pour la résignation acquise ou pour les stratégies d'adaptation employées par les participantes lors de situations anxiogènes. Toutefois, il semble que les femmes ayant vécu de la maltraitance aient une vision plus négative de leur passé que les femmes du groupe témoin, mais la différence observée se situe à la limite du seuil de signification ($p = 0,06$). La première hypothèse n'est pas confirmée par les résultats.

Tableau 2
*Résultats comparatifs des groupes expérimental et témoin pour
 les dimensions psychologiques*

Variables	Groupe expérimental <i>n</i> = 16		Groupe témoin <i>n</i> = 19		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Détresse psychologique/4	1,67	0,54	1,60	0,53	0,41
Dépression	1,72	0,73	1,55	0,62	0,73
Anxiété	1,72	0,81	1,51	0,63	0,85
Irritabilité	1,61	0,68	1,50	0,55	0,53
Troubles cognitifs	1,61	0,45	1,86	0,67	1,25
Somatisation	1,68	0,58	1,60	0,55	0,41
Anxiété gériatrique/20	6,56	7,41	5,78	5,35	0,35
Résignation acquise/4	3,05	0,42	3,00	0,43	0,34
Passé négatif/5	2,74	1,33	1,98	0,86	1,96 ^(0,06)
Stratégie d'adaptation/4					
Sur le problème	2,99	0,82	3,27	0,48	1,23
Sur les émotions	2,59	0,49	2,57	0,72	0,11
Sur le soutien	2,90	0,92	2,97	0,58	0,27

Dimensions sociales

Pour les variables évaluant la perception et la disponibilité du soutien social, on remarque que les participantes maltraitées présentaient des scores plus faibles que celles du groupe témoin, et que les analyses indiquent que trois dimensions sont significativement différentes entre les groupes (voir Tableau 3).

Tableau 3

Résultats comparatifs des groupes expérimental et témoin pour les dimensions sociales

Variables	Groupe expérimental <i>n</i> = 16		Groupe témoin <i>n</i> = 19		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Perception du soutien social					
de la famille	4,41	1,97	5,68	1,41	2,23*
des amis	4,50	1,55	4,66	1,65	0,29
de gens significatifs	5,48	1,41	5,89	1,18	0,94
Échelle de provisions sociales					
Attachement	3,25	0,55	3,63	0,44	2,30*
Aide tangible et matérielle	3,44	0,68	3,63	0,47	1,00
Obtention de conseils	3,13	0,70	3,61	0,49	2,39*
Intégration sociale	3,03	0,76	3,39	0,59	1,59
Assurance de sa valeur	3,13	0,56	3,39	0,54	1,44

Note. * $p < 0,05$

Au sujet de la perception du soutien social, il y a une différence significative entre les groupes au niveau du soutien de la famille : les participantes maltraitées ont une perception plus négative du soutien apporté par leur famille que les femmes du groupe témoin. Il n'y a pas de différence entre les groupes pour la perception du soutien de la part des amis ou des personnes significatives.

Lorsqu'il est question de la disponibilité du soutien social, il y a des différences significatives entre les groupes aux plans de l'attachement et de l'orientation (obtention

de conseils). Comparativement aux femmes du groupe témoin, les participantes ayant vécu de la maltraitance considèrent qu'elles n'ont pas de lien affectif fort avec d'autres personnes et qu'il y a peu de personnes dans leur entourage qui leur procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être. Elles rapportent également qu'elles n'ont pas accès à quelqu'un de fiable pour leur prodiguer des conseils ou discuter de décisions importantes (dimension orientation). Les résultats permettent donc de conclure que la seconde hypothèse est partiellement confirmée.

Discussion et conclusion

À notre connaissance, aucune étude québécoise n'a abordé le bien-être psychosocial des femmes âgées ayant subi de la maltraitance en les comparant à des pairs rapportant ne pas avoir vécu ce genre de situations. La présente étude permet donc de jeter un premier regard sur les conséquences de la maltraitance chez des femmes âgées, vivant dans leur domicile, qui ont été maltraitées au cours des quatre dernières années.

Bien que la littérature scientifique suggère que la détresse psychologique soit l'une des principales conséquences de la maltraitance, les résultats de la présente étude ne révèlent pas de différence significative sur ce plan entre les femmes ayant vécu de la maltraitance et les femmes du groupe témoin. Une différence à la limite du seuil de signification ($p = 0,06$) est relevée pour la perception d'un passé négatif, ce qui était attendu en raison du trauma que peut causer l'épisode de maltraitance. En contrepartie, la présente étude a mis en lumière que les femmes ayant vécu de la maltraitance perçoivent

un manque de soutien de la famille, ce qui pourrait être relié au fait que pour plusieurs (68,75 %), l'auteur de la maltraitance était le conjoint ou un autre membre de la famille. Il est aussi possible que des membres de la famille qui soupçonnent qu'une personne âgée est maltraitée n'osent pas dénoncer ou intervenir dans sa vie privée par peur des représailles ou parce qu'ils ne savent pas comment agir. Le programme « Ce n'est pas correct! Voisins, amis et familles présents pour les personnes âgées »¹ pallie à ce problème en amenant l'entourage « à poser des gestes simples et pratiques pour apporter leur aide avec respect et de manière sécuritaire » (Gouvernement du Québec, 2016, p. 80). Sur le plan de la disponibilité du soutien, les femmes maltraitées soulignent qu'elles ont peu de liens d'attachement avec leur entourage, c'est-à-dire qu'elles ressentent un manque de proximité émotionnelle permettant de générer un sentiment de sécurité. Elles rapportent également ne pas avoir accès à des conseils ou à des informations. D'ailleurs, la littérature scientifique indique que les personnes maltraitantes ont tendance à isoler la personne qu'ils maltraitent afin de la garder sous leur contrôle (Brandl, 2000; Spangler et Brandl, 2007). Cette perception d'un manque de soutien social est cohérente avec ce qui est rapporté par les aînés maltraités dans une récente recension de la littérature, soit le manque de soutien social, se sentir isolé et que, parfois, la personne maltraitante constitue leur unique réseau social (Fraga Dominguez *et al.*, 2019).

Par ailleurs, les personnes maltraitées démontrent des craintes à l'égard de la réaction de leur entourage face à la dénonciation : elles ont peur de ne pas être crues et que leurs

¹ Voir <https://cenestpascorrectqc.org/>

proches ne puissent pas les aider et les soutenir (Fraga Dominguez *et al.*, 2019). Ainsi, il n'est pas surprenant que les femmes puissent ne pas se sentir soutenues au niveau affectif et qu'il soit difficile pour elles d'obtenir des conseils et d'être guidées ou orientées vers des ressources qui pourraient leur venir en aide.

Bien que moins abordées dans les écrits scientifiques, les conséquences sociales de la maltraitance ne doivent pas être sous-estimées en raison du fait qu'elle provoque une blessure dans la relation. De plus, le soutien social est un facteur déterminant de l'adaptation aux situations difficiles (Caron, 1996). Dans une perspective de prévention de la détresse psychologique, Cutrona et Russell (1987) indiquent aussi que le sentiment de pouvoir accéder à du soutien et d'obtenir des conseils pourrait prévenir une détérioration éventuelle du bien-être sur le plan de la santé mentale chez les aînés. Acierno *et al.* (2010) ajoutent que des initiatives visant à augmenter le soutien social des aînés auraient un impact double, soit d'accroître la résilience en réponse aux éléments stressants en plus de diminuer le risque de violence envers les aînés. Ils suggèrent ainsi d'augmenter le soutien social par la création de liens avec les ressources communautaires, la promotion de milieux de vie qui favorisent les interactions, les investissements dans des programmes communautaires favorisant le voisinage, la vie de quartier et les visites familiales ainsi que le transport abordable.

La présente étude comporte quelques limites qu'il est important de mentionner. Premièrement, le faible nombre de participantes dans chacun des groupes rend plus

difficile la détection statistique des différences. De plus, en raison des difficultés de recrutement et dans le but de rejoindre un nombre suffisant de participantes potentielles pour faire les analyses statistiques, il a été nécessaire d'interpeler des femmes provenant de diverses régions (à notre connaissance, les données de prévalence ne distinguent pas l'ampleur de la problématique selon les régions). De plus, les questionnaires visaient surtout à évaluer le bien-être psychosocial plutôt que de documenter les épisodes de maltraitance (p. ex., aucune question ne permet de connaître la durée de chaque épisode). Il faut surtout noter que, dans le groupe expérimental, l'épisode de maltraitance pouvait avoir été ponctuel, récurrent, continu, terminé ou en cours, menant ainsi à un échantillon hétérogène. Cette variabilité témoigne du caractère complexe du phénomène de la maltraitance et de l'unicité de l'expérience vécue par chacune des femmes. Néanmoins, il faut noter que les groupes expérimental et témoin étaient équivalents aux plans de l'âge et de la scolarité. La présence possible d'un biais motivationnel est à considérer puisqu'il n'y avait pas de compensation financière pour leur implication. Par ailleurs, il est également possible que les conséquences de la maltraitance subie par les femmes qui ont accepté de participer à l'étude soient perçues de manière moins négative que celles qui refusent de témoigner de leur expérience. Bien que les femmes dans chacun des groupes aient pu ressentir certaines craintes liées au fait d'aborder et de discuter d'un sujet tabou comme celui de la maltraitance, aucune question n'avait été prévue pour mieux comprendre leurs connaissances sur le sujet et leur motivation à s'impliquer dans l'étude. D'ailleurs, nous avons pu constater la méconnaissance de la maltraitance, même chez celles qui en vivent. En effet, une participante qui avait initialement démontré son intérêt

pour participer à la recherche dans le groupe témoin prend conscience, après qu'on lui ait décrit chacune des cinq formes de maltraitance, qu'elle subissait ce genre de situation. Elle accepte de participer à l'étude dans le groupe expérimental. Il est donc possible que l'absence de différence importante entre les groupes soit liée à la difficulté des aînés d'admettre cette victimisation (Yan, 2015), ou encore de reconnaître qu'elle en est. Finalement, bien que la plupart des études sur la maltraitance indiquent que les troubles cognitifs sont un facteur de vulnérabilité à la maltraitance (Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012), il était impossible pour des raisons éthiques d'inclure des participantes ayant ce genre de limitations.

Dans de futures études, il pourrait être intéressant d'étudier les conséquences sur le bien-être psychosocial au sein d'un plus grand échantillon afin de permettre une meilleure puissance statistique. De plus, considérant que les résultats ont davantage mis en lumière les conséquences sociales de la maltraitance et que la littérature indique qu'un meilleur soutien social serait un facteur de protection (Dong et Simon, 2008), il serait pertinent de documenter davantage chez les femmes la qualité de leurs relations avec les membres de leur entourage autres que la personne maltraitante. Par exemple, il serait intéressant d'approfondir le lien de confiance des femmes avec leur entourage, puisqu'il s'agit d'un facteur qui pourrait contribuer au partage du vécu affectif en lien avec l'abus. Partager son expérience avec autrui pourrait peut-être permettre de développer un lien de confiance sécurisant qui permettrait de dénoncer la maltraitance. De fait, il appert qu'avoir un bon réseau social, par exemple en se sentant soutenu, serait un élément facilitateur pour la

demande d'aide (Vrantsidis *et al.*, 2016). Enfin, il serait intéressant de se pencher sur le type de soutien souhaité par les femmes subissant de la maltraitance. Comment les femmes aimeraient-elle être soutenues par leur entourage? Comment respecter leur rythme et leurs désirs? Ces informations permettraient de mieux cibler et adapter les actions aux besoins des personnes maltraitées, et ce, tout au long du processus de demande d'aide et de services, autant au niveau du repérage que de l'intervention.

L'étude visait à permettre d'orienter les interventions psychosociales disponibles afin qu'elles ciblent davantage les besoins des femmes âgées, considérant que peu de services sont destinés précisément à cette clientèle. Dans un premier temps, lorsque la demande d'aide des femmes est informelle, par exemple, lorsqu'elles ouvrent sur leur vécu et qu'elles dévoilent l'épisode de maltraitance à un proche (membre de la famille, ami ou voisin), les résultats de l'étude soulignent l'importance de se montrer présent, à l'écoute et disponible pour répondre aux besoins manifestés par celles-ci. Ceci pourrait encourager les femmes à se sentir entendues et davantage en confiance pour se confier, valider et reconnaître leur vécu émotionnel. Par ailleurs, selon la recension des écrits de Fraga Dominguez *et al.* (2019), les personnes maltraitées font plus fréquemment appel aux sources d'aide informelles de leur entourage plutôt que formelles (professionnels de la santé, policiers, travailleurs sociaux, etc.) (Fraga Dominguez *et al.*, 2019).

Dans un second temps, lorsque la demande d'aide est effectuée auprès d'un professionnel, nos résultats suggèrent que le développement du lien de confiance avec les

intervenants est très important puisque les femmes perçoivent un manque de soutien de la part de leur famille, qu'elles ont peu de liens affectifs significatifs et qu'elles considèrent qu'elles n'ont pas accès à des conseils en cas de besoin. Il s'avère donc important de former des personnes à l'intervention afin qu'elles puissent établir un lien de confiance avec la personne maltraitée, tout en respectant son autonomie et, lorsque cela est possible, en mobilisant le réseau familial, amical et social pour assurer sa protection (Gouvernement du Québec, 2016). Au Québec, l'équipe de la Ligne Aide Abus Aînés souhaite aller en ce sens en se donnant entre autres pour visée de former des intervenants du réseau public de la santé et des services sociaux dans toutes les régions du Québec (Beaulieu *et al.*, 2018).

Dans les interventions et les interactions avec les femmes maltraitées, il est donc important de respecter le rythme de l'aînée, de ne pas juger et éviter de prendre en charge sa situation sans l'obtention de son consentement (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2017; Gouvernement du Québec, 2017), sans quoi, l'intervenant reproduit en quelque sorte la dynamique contrôlante vécue entre la personne maltraitée et la personne maltraitante (The Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse, 2007). Les résultats de la présente recherche soulignent qu'il est essentiel de se pencher sur l'établissement du lien de confiance puisque nos données indiquent que la majorité des participantes (62,5 %) n'ont jamais obtenu d'aide thérapeutique ou d'accompagnement en lien avec l'épisode de maltraitance, ni participé à un groupe de soutien. Il semble donc qu'une des meilleures façons de contrer la maltraitance chez les femmes âgées est de favoriser le développement de la disponibilité du soutien social.

Qui plus est, le contexte actuel d'urgence sanitaire lié à la COVID-19 porte à croire que les aînés seraient beaucoup plus isolés en raison des recommandations gouvernementales en vigueur, ce qui fait que leurs visites avec le professionnel de la santé représentent essentiellement leurs principales interactions sociales (Baker et Clark, 2020; Beaulieu *et al.*, 2020; United Nations, 2020). Il appert donc particulièrement important que le contact avec ces intervenants soit accueillant pour que les femmes puissent se sentir plus en confiance car, pour certaines, il s'agit de leur seul contact humain, limitant donc ainsi les opportunités de dévoiler une situation de maltraitance vécue. Fraga Dominguez *et al.* (2019) suggèrent donc qu'une meilleure sensibilisation et formation des professionnels quant à la problématique de la maltraitance pourrait améliorer leur réaction lors du dévoilement de la situation par la personne maltraitée, ce qui peut éventuellement mener à une demande d'aide. Fraga Dominguez *et al.* mettent également de l'avant que les réponses aux demandes d'aide formelles et informelles sont très variables et que davantage de recherches seraient nécessaires pour explorer la qualité des réponses au dévoilement, tant chez les professionnels que dans l'entourage de la personne maltraitée, ainsi que leur impact sur son désir d'accéder aux ressources disponibles.

En conclusion, cette étude confirme l'importance de cibler les aspects relationnels et sociaux dans les interventions destinées aux femmes âgées maltraitées. La sensibilité des professionnels au vécu, tant psychologique que social, des aînées maltraitées, est essentielle à l'établissement de la relation d'aide aux différentes étapes de leur démarche vers l'autonomie. Il apparaît donc important de former les intervenants potentiels aux

attitudes à adopter et aux diverses façons d'agir avec cette clientèle afin de favoriser le lien de confiance sur lequel pourra s'établir la transition vers une vie sans maltraitance.

Références

- Acierno, R., M. A. Hernandez, A. B. Amstadter, H. S. Resnick, K. Steve, W. Muzzy et D. G. Kilpatrick. 2010. « Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study », *American Journal of Public Health*, vol. 100, no 2, p. 292-297.
- Amstadter, A. B., J. M. Cisler, J. L. McCauley, M. A. Hernandez, W. Muzzy et R. Acierno. 2010. « Do incident and perpetrator characteristics of elder mistreatment differ by gender of the victim? Results from the National Elder Mistreatment Study », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 23, no 1, p. 43-57.
- Apostolidis, T. et N. Fieulaine. 2004. « Validation française de l'échelle de temporalité », *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, vol. 54, no 3, p. 207-217.
- Baker, M. W. 2007. « Elder mistreatment: Risk, vulnerability, and early mortality », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 12, no 6, p. 313-321.
- Baker, E. et L. L. Clark. 2020. « Biopsychopharmacological approach to assess impact of social distancing and isolation on mental health in older adults », *British Journal of Community Nursing*, vol. 25, no 5, p. 231-238.
- Beaulieu, M., M. È. Bédard et R. Leboeuf. 2016. « L'intimidation envers les personnes âgées : un problème social connexe à la maltraitance? », *Service social*, vol. 62, no 1, p. 38-56.
- Beaulieu, M. et J. Bergeron-Patenaude. 2012. *La maltraitance envers les aînés : changer le regard*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- Beaulieu, M., J. C. Genesse et K. St-Martin. 2020. « COVID-19 and residential care facilities: issues and concerns identified by the international network prevention of elder abuse (INPEA) », *The Journal of Adult Protection*, vol. 22, no 6, p. 385-389.
- Beaulieu, M., R. Leboeuf, C. Pelletier et J. Cadieux-Genesse. 2018. « La maltraitance envers les personnes âgées », dans *Rapport québécois sur la violence et la santé*, sous la dir. de J. Laforest, L. M. Bouchard et P. Maurice, Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec, p. 169-197.
- Berkowsky, R. W. 2020. « Elder mistreatment and psychological well-being among older Americans », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, no 20, p. 7525.

- Brandl, B. 2000. « Power and control: Understanding domestic abuse in later life », *Generations*, vol. 24, no 2, p. 39-45.
- Brozowski, K. et D. R. Hall. 2005. « Growing old in a risk society: Elder abuse in Canada », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 16, no 3, p. 65-81.
- Caron, J. 1996. « L'Échelle de provisions sociales : une validation québécoise », *Santé mentale au Québec*, vol. 21, no 2, p. 158-180.
- Caron, J. 2013. « Une validation de la forme abrégée de l'Échelle de provisions sociales : l'ÉPS-10 items », *Santé mentale au Québec*, vol. 38, no 1, p. 297-318.
- Champagne, A., P. Landreville, P. Gosselin et P.-H. Carmichael. 2018. « Psychometric properties of the French Canadian version of the Geriatric Anxiety Inventory », *Aging & mental Health*, vol. 22, no 1, p. 40-45.
- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. 2017. *Adaptation francophone 2017 du programme Ce n'est pas correct! Voisins, amis et familles présents pour les personnes âgées (It's not right). Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal*. <http://cenestpascorrectqc.org/>
- Colette, C. et G. Robitaille. 2015. *Repérage et processus diagnostique de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs*, Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
- Comijs, H. C., A. M. Pot, J. H. Smit, L. M. Bouter et C. Jonker. 1998. « Elder abuse in the community: Prevalence and consequences », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 46, no 7, p. 885-888.
- Cousson, F., M. Bruchon-Schweitzer, B. Quintard, J. Nuissier et N. Rasclé. 1996. « Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist) », *Psychologie française*, vol. 41, no 2, p. 155-164.
- Cutrona, C. et D. Russell. 1987. « The provision of social support and adaptation to stress », *Advance in Personal Relationships*, vol. 1, p. 37-67.
- Dong, X. 2015. « Elder abuse: Systematic review and implications for practice », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 63, no 6, p. 1214-1238.
- Dong, X. et M. A. Simon. 2008. « Is greater social support a protective factor against elder mistreatment? », *Gerontology*, vol. 54, no 6, p. 381-388.

- Dong, X. et M. A. Simon. 2013. « Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons », *JAMA Internal Medicine*, vol. 173, no 10, p. 911-917.
- Folstein, M. F., S. E. Folstein et P. R. Mchugh. 1975. « “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 12, no 3, p. 189-198.
- Fraga Dominguez, S., J. E. Storey et E. Glorney. 2019. « Help-seeking behavior in victims of elder abuse: A systematic review », *Trauma, Violence, & Abuse*, doi: 10.1177/1524838019860616 (e-pub).
- Gingras, L. (2020). *Enquête sur la maltraitance envers les personnes âgées au Québec 2019. Portrait de la maltraitance vécue à domicile* [en ligne]. www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/securite/victimisation/maltraitance-personnes-ainees-domicile-2019-portrait.pdf
- Gouvernement du Québec. 2010. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/version-accessible/plan-mfa-2010-2015/>
- Gouvernement du Québec. 2016. *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aine/13-830-10F.pdf>
- Gouvernement du Québec. 2017. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/version-accessible/plan-mfa-2017-2022/>
- Gouvernement du Québec. 2018. *Les aînés du Québec : quelques données récentes. Deuxième édition*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aine/aines-quebec-chiffres.pdf>
- Gouvernement du Québec. 2020. *Maltraitance envers les aînés*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/maltraitance-aines/facteurs-de-risque/>
- Johannesen, M. et D. LoGiudice. 2013. « Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders », *Age and Ageing*, vol. 42, no 3, p. 292-298.
- Laumann, E. O., S. A. Leitsch et L. J. Waite. 2008. « Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a Nationally Representative Study », *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 63, no 4, p. S248-S254.

- McDonald, L. 2018. « The mistreatment of older Canadians: Findings from the 2015 National Prevalence Study », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 30, no 3, p. 176-208.
- Mysyuk, Y., R. G. Westendorp et J. Lindenberg. 2013. « Added value of elder abuse definitions: A review », *Ageing Research Reviews*, vol. 12, no 1, p. 50-57.
- Ogrodnik, L. (Éd.). 2007. *Les aînés victimes d'actes criminels, 2004 et 2005*, Ottawa, Centre canadien de la statistique juridique.
- Pachana, N. A., G. J. Byrne, H. Siddle, N. Koloski, E. Harley et E. Arnold. 2007. « Development and Validation of the Geriatric Anxiety Inventory », *International Psychogeriatrics*, vol. 19, no 1, p. 103-114.
- Préville, M., R. Boyer, L. Potvin, C. Perreault et G. Légaré. 1992. *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*, Montréal, Santé Québec.
- Quinless, F. W. et M. M. Nelson. 1988. « Development of a measure of learned helplessness », *Nursing Research*, vol. 37, p. 11-15.
- Spangler, D. et B. Brandl. 2007. « Abuse in later life: Power and control dynamics and a victim-centered response », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 12, no 6, p. 322-331.
- Storey, J. E. (2020). « Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 50, article 101339.
- The Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse. 2007. *Free from Harm Toward a Best Practices Guide on the Abuse of Older Women*. <http://elderabuseontario.com>
- United Nations. 2020. *Secretary-General's policy brief: The impact of COVID-19 on older persons*. <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2020/05/SG-video-Older-people-1.pdf>
- Vrantsidis, F., B. Dow, M. Joosten, M. Walmsley et J. Blakey. 2016. *The older person's experience: Outcomes of interventions into elder abuse*, Melbourne, Australia, National Ageing Research Institute and Seniors Rights Victoria.
- Wolf, R. S. 1997. « Elder abuse and neglect: Causes and consequences », *Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 30, no 1, p. 153-174.

- Yan, E. 2015. « Elder abuse and help-seeking behavior in elderly Chinese », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 30, no 15, p. 2683-2708.
- Yon, Y., C. Mikton, Z. D. Gassoumis et K. H. Wilber. 2017. « Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis », *The Lancet Global Health*, vol. 5, no 2, p. 147-156.
- Yon, Y., C. Mikton, Z. D. Gassoumis et K. H. Wilber. 2019. « The prevalence of self-reported elder abuse among older women in community settings: A systematic review and meta-analysis », *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 20, no 2, p. 245-259.
- 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, no 2, p. 197-213.
- Zimbardo, P. G. et J. N. Boyd. 2015. « Putting Time in Perspective: A valid, reliable individual-differences metric », dans *Time perspective theory; Review, research and application*, sous la dir. de M. Stolarski, N. Fieulaine et W. van Beek, New York, Springer, p. 17-55.
- Zimet, G. D., N. W. Dahlem, S. G. Zimet et G. K. Farley. 1988. « The Multidimensional Scale of Perceived Social Support », *Journal of Personality Assessment*, vol. 52, no 1, p. 30-41.

Conclusion générale

L'étude réalisée dans le cadre de cet essai doctoral tentait de faire un portrait des conséquences psychosociales de la maltraitance chez les femmes âgées. En comparant le bien-être psychosocial de femmes ayant vécu un épisode de maltraitance au cours des quatre dernières années à celui des femmes n'ayant jamais vécu cette expérience, il a été possible de constater que la principale différence entre ces groupes se situait au plan de la perception et de la disponibilité du soutien social.

La méthodologie employée a permis de répondre à l'objectif initial, mais les difficultés de recrutement (refus de reparler de l'épisode de maltraitance) et l'hétérogénéité de l'échantillon (multiples formes d'abus et durées variables des épisodes de maltraitance) démontrent la complexité et les défis à relever dans l'étude de cette problématique, particulièrement chez les personnes âgées.

Le champ de recherche de la maltraitance auprès des âgés est relativement récent car l'ampleur de cette problématique n'a été officiellement reconnue, au Québec, qu'en 2007 à la suite de la consultation publique sur les conditions de vie des âgés. Les témoignages des organismes communautaires et publiques sensibles aux conditions de vie des âgés ont mis en lumière la nécessité qu'une action gouvernementale soit mise en place pour lutter contre la maltraitance à l'égard des personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2017).

Les principales recommandations étaient de briser le silence sur les situations de maltraitance et de permettre un meilleur repérage de celles-ci, ce qui ne peut être fait que par le développement d'un réseau de soutien social et de solidarité autour des aînés. Qui plus est, les conséquences physiques, psychologiques et sociales répertoriées dans la littérature scientifique sont préoccupantes et les impacts de la maltraitance dans la vie des individus sont réels et marquent leur quotidien. C'est pourquoi différentes institutions de tous horizons, gouvernementales ou communautaires, ont développé ou mis sur pied des initiatives permettant de traiter la problématique, que ce soit par le biais de la prévention, la détection, la sensibilisation ou encore l'intervention. À titre d'exemple, la Ligne Aide Abus Aînés (Ligne AAA, 2019) est une ligne téléphonique provinciale d'écoute et de référence qui se spécialise sur la maltraitance envers les personnes âgées. Elle offre différents services et s'adresse spécifiquement aux aînés qui vivent de la maltraitance, à leurs proches, ainsi qu'à toute autre personne (entourage, population générale, intervenants et professionnels) qui est préoccupée par une situation dans laquelle une personne âgée pourrait être victime de maltraitance. Elle a été mise sur pied dans le cadre du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les aînés 2010-2015 (Gouvernement du Québec, 2010). Également, l'Entente-cadre nationale pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées est une initiative qui a été mise en place dans l'objectif d'établir un partenariat entre les ministères et organismes gouvernementaux pour permettre une meilleure protection et apporter aide et soutien aux personnes âgées en situation de vulnérabilité. Cette entente-cadre devrait permettre aux intervenants des différents organismes (policiers, intervenants sociaux, procureurs, etc.) de poser des

actions plus rapides et concertées pour répondre aux besoins des personnes âgées maltraitées ou négligées. L'implantation et le déploiement de cette entente a débuté en février 2018 et s'effectue par phases dans les différentes régions socio-sanitaires à l'échelle de la province (Gouvernement du Québec, 2018b). La volonté de lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées et de promouvoir la bienveillance semble sur la bonne voie, bien qu'il soit primordial de poursuivre les recherches afin de développer les connaissances sur cette problématique.

Références générales

- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health, 100*(2), 292-297. doi: 10.2105/AJPH.2009.163089
- Amstadter, A. B., Cisler, J. M., McCauley, J. L., Hernandez, M. A., Muzzy, W., & Acierno, R. (2010). Do incident and perpetrator characteristics of elder mistreatment differ by gender of the victim? Results from the National Elder Mistreatment Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 23*(1), 43-57.
- Baker, M. W. (2007). Elder mistreatment: Risk, vulnerability, and early mortality. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 12*(6), 313-321.
- Beaulieu, M., Bédard, M. È., & Leboeuf, R. (2016). L'intimidation envers les personnes âgées : un problème social connexe à la maltraitance? *Service social, 62*(1), 38-56.
- Beaulieu, M., & Bergeron-Patenaude, J. (2012). *La maltraitance envers les aînés. Changer le regard*. Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Bennett, G. C., Kingston, P., & Penhale, B. (1997). *The dimensions of elder abuse: Perspectives for Practitioners*. Basingstoke: Macmillan International Higher Education.
- Berkowsky, R. W. (2020). Elder mistreatment and psychological well-being among older Americans. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(20), 7525. doi: 10.3390/ijerph17207525
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burnett, J., Achenbaum, W. A., & Murphy, K. P. (2014). Prevention and early identification of elder abuse. *Clinics in Geriatric Medicine, 30*(4), 743-759.

- Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées. (2019, 23 mai). *Les diverses facettes de la vulnérabilité en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées* [communication orale ou communication par affiche]. Forum des partenaires pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées - Intervenir ensemble auprès des aînés en situation de vulnérabilité, Québec, QC, Canada. Repéré à https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/forum-des-partenaires-pour-contre-la-maltraitance/PPT_9h25_Facettes_vulnerabilite.pdf
- Cisler, J. M., Begle, A. M., Amstadter, A. B., & Acierno, R. (2012). Mistreatment and self-reported emotional symptoms: Results from the National Elder Mistreatment Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(3), 216-230.
- Comijs, H. C., Pot, A. M., Smit, J. H., Bouter, L. M., & Jonker, C. (1998). Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(7), 885-888.
- Conrad, K. J., Liu, P.-J., & Iris, M. (2019). Examining the role of substance abuse in elder mistreatment: Results from mistreatment investigations. *Journal of Interpersonal Violence*, 34, 366-391. doi: 10.1177/0886260516640782
- Daly, J. M., Merchant, M. L., & Jogerst, G. J. (2011). Elder abuse research: A systematic review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(4), 348-365.
- Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214-1238.
- Elder, G. H., & George, L. K. (2016). Age, cohorts, and the life course. Dans M. J. Shanahan, J. T. Mortimer, & M. K. Johnson (Éds), *Handbook of the life course* (Vol. II, Ch. 3, pp. 59-86). New York, NY: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-20880-0
- Fraga Dominguez, S., Storey, J. E., & Glorney, E. (2019). Help-seeking behavior in victims of elder abuse: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*. doi: 10.1177/1524838019860616 (e-pub).
- Fried, L. P., Hadley, E. C., Walston, J. D., Newman, A. B., Guralnik, J. M., Studenski, S., ... Ferrucci, L. (2005). From bedside to bench: Research agenda for frailty. *Science of Aging Knowledge Environment: SAGE KE*, 2005(31), pe24. doi: 10.1126/sageke.2005.31.pe24
- Gingras, L. (2020). *Enquête sur la maltraitance envers les personnes âgées au Québec 2019. Portrait de la maltraitance vécue à domicile* [en ligne]. Repéré à www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/securite/victimisation/maltraitance-personnes-ainees-domicile-2019-portrait.pdf

- Gouvernement du Québec. (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015* [en ligne]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/version-accessible/plan-mfa-2010-2015/>
- Gouvernement du Québec. (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* [en ligne]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/13-830-10F.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022* [en ligne]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/version-accessible/plan-mfa-2017-2022/>
- Gouvernement du Québec. (2018a). *Les aînés du Québec : quelques données récentes. Deuxième édition* [en ligne]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebec-chiffres.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2018b). *Entente-cadre nationale pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées et la mise en place de processus d'intervention concertés* [en ligne]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/sommaire-entente-cadre.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2020a). *Maltraitance envers les aînés* [en ligne]. Repéré à <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/maltraitance-aines/facteurs-de-risque/>
- Gouvernement du Québec. (2020b). *Les proches aidantes et les proches aidants au Québec : analyse différenciée selon les sexes* [en ligne]. Repéré à <https://csf.gouv.qc.ca/edition-numerique/proche-aidance/?p=r>
- Hamberger, L. K., & Ambuel, B. (1997). Training psychology students and professionals to recognize and intervene into partner violence: Borrowing a page from medicine. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(4), 375-385.
- Ho, C. S., Wong, S. Y., Chiu, M. M., & Ho, R. (2017). Global prevalence of elder abuse: A meta-analysis and meta-regression. *East Asian Archives of Psychiatry*, 27(2), 43-55.
- Jackson, S. L. (2016). All elder abuse perpetrators are not alike: The heterogeneity of elder abuse perpetrators and implications for intervention. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(3), 265-285.
- Jackson, S. L., & Hafemeister, T. L. (2011). Risk factors associated with elder abuse: The importance of differentiating by type of elder maltreatment. *Violence and Victims*, 26(6), 738-757.

- Jeary, K. (2005). Sexual abuse and sexual offending against elderly people: A focus on perpetrators and victims. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 16*(2), 328-343.
- Johannesen, M., & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing, 42*(3), 292-298.
- Kendall-Tackett, K. (2009). Psychological trauma and physical health: A psychoneuroimmunology approach to etiology of negative health effects and possible interventions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1*(1), 35-48.
- Kingston, P., & Penhale, B. (Éds). (1995). *Family violence and the caring professions*. Basingstoke: Macmillan International Higher Education.
- Kurrle, S. E., Sadler, P. M., Lockwood, K., & Cameron, I. D. (1997). Elder abuse: Prevalence, intervention and outcomes in patients referred to four aged care assessment teams. *Medical Journal of Australia, 166*(3), 119-122.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association, 280*, 428-432.
- Laforest, J., Maurice, P., Beaulieu, M., & Belzile, L. (2013). *Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux de première ligne*. Québec, QC : Institut national de Santé publique.
- La ligne Aide Abus Aînés. (Ligne AAA, 2019). *À propos* [en ligne]. Repéré à <https://www.aideabusaines.ca/a-propos-de-la-ligne-aaa/>
- Lamoureux-Lamarche, C., & Vasiliadis, H. M. (2017). Lifetime traumatic events, health-related quality of life, and satisfaction with life in older adults. *Quality of Life Research, 26*(10), 2683-2692.
- Lamoureux-Lamarche, C., Vasiliadis, H. M., Préville, M., & Berbiche, D. (2016). Post-traumatic stress syndrome in a large sample of older adults: Determinants and quality of life. *Aging & Mental Health, 20*(4), 401-406. doi: 10.1080/13607863.2015.1018864
- Laumann, E. O., Leitsch, S. A., & Waite, L. J. (2008). Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a nationally representative study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 63*(4), S248-S254.

- Lemarchand, A. (2015). *Facteurs de vulnérabilité des aînés à la maltraitance perpétrée par un ou plusieurs de leurs enfants* (Essai inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- McDonald, L. (2018). The mistreatment of older Canadians: Findings from the 2015 national prevalence study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 30(3), 176-208.
- Mysyuk, Y., Westendorp, R. G., & Lindenberg, J. (2013). Added value of elder abuse definitions: A review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 50-57.
- National Research Council. (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington, DC: National Academies Press.
- Ogrodnik, L. (Éd.) (2007). *Les aînés victimes d'actes criminels, 2004 et 2005*. Ottawa, ON : Centre canadien de la statistique juridique.
- Penhale, B. (2003). Older women, domestic violence, and elder abuse: A review of commonalities, differences, and shared approaches. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(3-4), 163-183.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S194-S205.
- Préville, M., Mechakra-Tahiri, S. D., Vasiliadis, H. M., Mathieu, V., Quesnel, L., Gontijo-Guerra, S., ... Berbiche, D. (2014). Family violence among older adult patients consulting in primary care clinics: Results from the ESA (Enquête sur la santé des aînés) services study on mental health and aging. *Canadian Journal of Psychiatry / Revue canadienne de psychiatrie*, 59(8), 426-433. doi: 0.1177/070674371405900805
- Rohringer, T. J., Rosen, T. E., Lee, M. R., Sagar, P., & Murphy, K. J. (2020). Can diagnostic imaging help improve elder abuse detection? *British Journal of Radiology*, 93. doi: 10.1259/bjr.20190632
- Schofield, M. J., Reynolds, R., Mishra, G. D., Powers, J. R., & Dobson, A. J. (2002). Screening for vulnerability to abuse among older women: Women's Health Australia Study. *Journal of Applied Gerontology*, 21(1), 24-39.
- Sooryanarayana, R., Choo, W. Y., & Hairi, N. N. (2013). A review on the prevalence and measurement of elder abuse in the community. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(4), 316-325.

- Stein, M. B., & Barrett-Connor, E. (2000). Sexual assault and physical health: Findings from a population-based study of older adults. *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 838-843.
- Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 50, 101339.
- Touza Garma, C. (2017). Influence of health personnel's attitudes and knowledge in the detection and reporting of elder abuse: an exploratory systematic review. *Psychosocial Intervention*, 26(2), 73-91.
- Tronetti, P. (2014). Evaluating abuse in the patient with dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(4), 825-838. doi: 10.1016/j.cger.2014.08.010
- Vlachantoni, A. (2012). Financial inequality and gender in older people. *Maturitas*, 72(2), 104-107.
- Wolf, R. S. (1997). Elder abuse and neglect: Causes and consequences. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 30, 153-174.
- World Health Organization. (WHO, 2002). *Active ageing: A policy framework* [en ligne]. Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- World Health Organization. (WHO, 2004). *Ageing and health: A health promotion approach for developing countries* [en ligne]. Repéré à https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5430/9290610662_eng.pdf
- Wyandt, M. A. (2004). Review of elder abuse literature. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(3), 40-52.
- Yaffe, M. J., & Tazkarji, B. (2012). Understanding elder abuse in family practice. *Canadian Family Physician*, 58(12), 1336-1340.
- Yon, Y., Mikton, C., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156.
- Yon, Y., Mikton, C., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2019). The prevalence of self-reported elder abuse among older women in community settings: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 245-259.

- Yunus, R. M., Hairi, N. N., & Choo, W. Y. (2019). Consequences of elder abuse and neglect: A systematic review of observational studies. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 197-213.
- Zink, T., Regan, S., Jacobson, C. J. Jr., & Pabst, S. (2003). Cohort, period, and aging effects: A qualitative study of older women's reasons for remaining in abusive relationships. *Violence Against Women, 9*(12), 1429-1441.