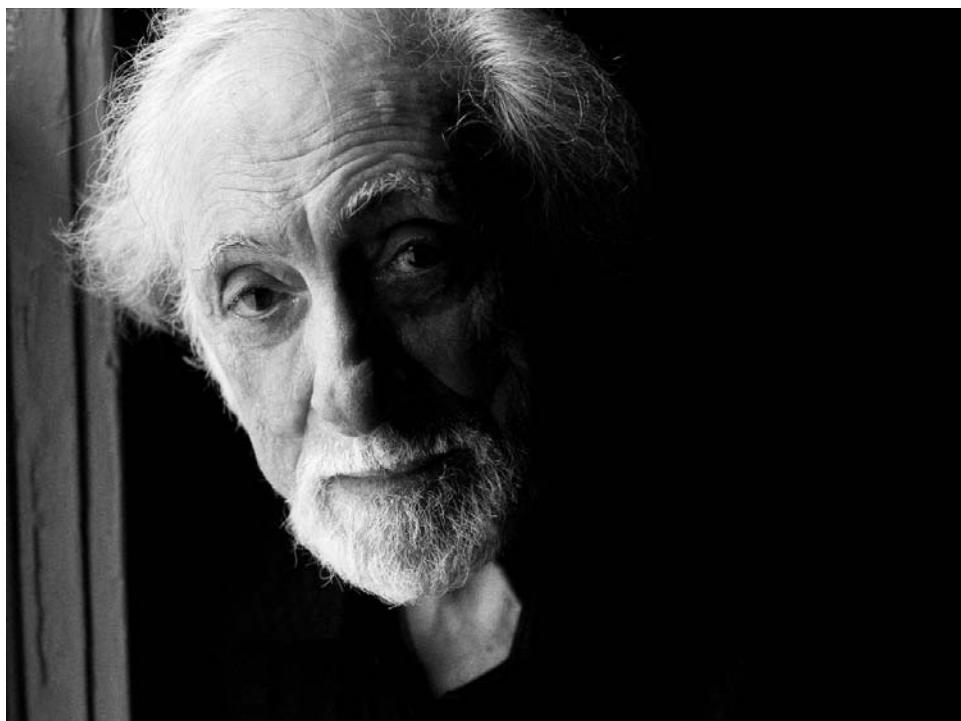




Association québécoise
Plaidoyer-Victimes



Regards sur la victimisation des personnes âgées

Le 13 juin 2005, lors de l'assemblée générale des membres, le plan d'action 2005-2006 de l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes était présenté avec des orientations dont certaines se démarquaient des années précédentes par leur nouveauté ou par l'attention particulière qu'on leur accordait : programme annuel de formation, suivi des changements législatifs ayant des impacts sur les victimes d'actes criminels, production de bulletins INFO PV sur des thématiques spécifiques et amélioration continue du site Internet, pour ne nommer que celles-là. Bien sûr, toutes ces activités ne

pourraient prendre leur sens véritable si elles n'étaient pas soutenues et même générées par la parole des victimes et les besoins qu'elles nous transmettent directement, au quotidien, ou par le biais des liens entretenus avec nos membres et partenaires. Ainsi, l'édition octobre 2005 de l'INFO PV, consacrée à la victimisation des aînés, n'aurait pu se réaliser sans la collaboration de partenaires de longue date tout comme de ceux, plus récents, qui ont bien voulu répondre à notre invitation afin de poser, ensemble, un regard sur ce problème que nous commençons à cerner dans ses multiples dimensions.

En fait, Plaidoyer-Victimes s'est toujours préoccupée de la problématique de la violence envers les aînés. Micheline Baril, fondatrice de l'Association fut, rappelons-le, membre du comité ministériel de la santé et des services sociaux sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées (1987-89) et de la coalition *Vieillir sans violence* (1989-90). Déjà, au printemps 1989, l'Association publiait un bulletin d'information sur le thème de l'abus envers les personnes âgées et quelques années plus tard, en 1992, consacrait un chapitre spécifique à cette problématique dans son *Guide d'intervention auprès des victimes*

Sommaire

Des nouvelles de Plaidoyer-Victimes 3

Dossier:

Regards sur la victimisation des personnes âgées

L'aîné victime: approche 5
victimologique

Le CPM à la défense des 12
personnes âgées

Vivre en sécurité et dans la dignité 14

L'intervention de la Commission des 16
droits auprès des personnes âgées

4 avril 2005: l'arrêt Vallée 18

Comment évaluer le danger chez les 20
personnes âgées à domicile?

Test ODIVA 23

Référentiel pour identifier les éléments 30
favorisant la sécurité ou les situations
de danger dans les milieux de vie
institutionnels

Un outil pour soutenir les 34
praticiens psychosociaux dans leurs
actions

La Table de concertation sur l'abus, la 37
violence et la négligence envers les
aînés de Québec-centre: dix ans
d'actions concertées

Des pistes pour comprendre et 39
accompagner les aînées qui vivent de
la violence conjugale

Le programme *Viellir en liberté en* 41
toute sûreté: informer et rassurer les
personnes âgées

Faire échec aux commerçants 43
malhonnêtes!

Nouvelles parutions 45

À l'agenda 47

d'actes criminels. En 1990, une analyse critique du rapport *Viellir... en toute liberté* était réalisée et déposée aux ministères de la Justice et de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ajoutons également notre participation au colloque national de l'Association canadienne de gérontologie *La victimisation des aînés* (1991), au congrès mondial sur la violence et la coexistence humaine *L'intervention auprès des aînés victimisés* (1992) ainsi qu'à la Table de concertation *Viellir sans violence* de la communauté urbaine de Montréal (1994-99). Tous les colloques organisés par l'Association ainsi que le X^e Symposium international de victimologie ont présenté des ateliers sur la problématique de la violence envers les personnes âgées. Plaidoyer-Victimes a été activement impliquée dans la création du Réseau québécois pour contrer l'abus envers les aînés (RQCAA) et du Réseau Internet Francophone Viellir en Liberté (RIFVEL).

Il serait erroné de parler de la victimisation des aînés comme d'un phénomène nouveau. Il semble par contre plus récent

qu'un ensemble d'acteurs s'intéresse activement à la question et tente d'apporter des solutions adaptées aux réalités contemporaines. Ce numéro d'INFO PV vous propose ainsi un regard sur la victimisation des aînés: prévention, interventions socio-judiciaires, droits des victimes/recours, ressources et services disponibles, état des recherches actuelles sont autant d'axes de réflexion ayant inspiré les collaborateurs au bulletin. Il aurait fallu probablement bien plus de pages pour témoigner de l'état actuel des pratiques et des connaissances en matière de victimisation des aînés, mais notre objectif principal demeure de sensibiliser à la problématique, d'actualiser et de parfaire les connaissances et d'ultimement améliorer les réponses aux besoins des victimes. Dans cette optique et en continuité avec cette édition, un Séminaire de pratiques d'intervention à domicile et en institution auprès des personnes âgées est prévu au mois de mars 2006. Nous vous y convions et en attendant, bonne lecture!

Marie-Hélène Blanc

Directrice de Plaidoyer-Victimes

Édition et correction d'épreuves: Katia Leroux

Graphisme: Maryse Boutin, Turbine Graphique

Impression: Imprimerie GG

L'équipe de Plaidoyer-Victimes

Marie-Hélène Blanc, directrice

Marie-Claude Brunelle, coordonnatrice de la logistique

Katia Leroux, agente de recherche et d'information

Manon Monastesse, agente de planification

Dorra Sediri, adjointe administrative

Pour nous joindre:

4305, rue d'Iberville, bureau 201

Montréal (Québec) H2H 2L5

Tél.: (514) 526-9037

Télec.: (514) 526-9951

Courriel: aqpv@aqpv.ca

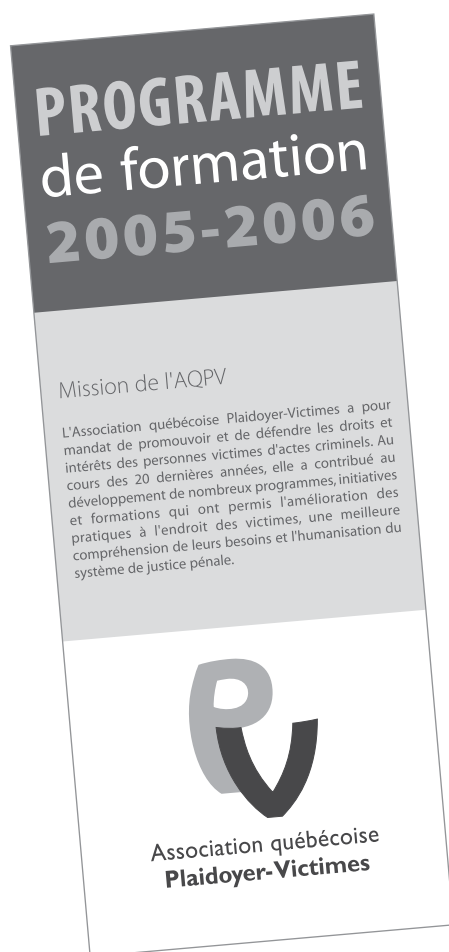
<www.aqpv.ca>



Association québécoise
Plaidoyer-Victimes

Des nouvelles de
Plaidoyer-Victimes

PROGRAMME de formation 2005-2006



Au programme :

- **L'intervention auprès de survivants masculins d'agressions sexuelles dans l'enfance**
Formateur : Gaétan St-Arnaud
- **L'accompagnement des victimes souffrant de stress post-traumatique**
Formatrice : Pascale Brillon
- **Intervenir auprès des lesbiennes victimes de violence conjugale**
Formatrices : Karol O'Brien et Suzie Bordeleau
- **Fatigue des intervenants: comment composer avec les effets de la violence?**
Formatrice : Christine Perreault
- **Secret professionnel et confidentialité: comment réagir quand une personne est en danger?**
Formateur : M^e Jean Turmel

Tous les renseignements relatifs aux différentes formations sont en ligne au <www.aqpv.ca>

De plus, deux journées d'étude sont également prévues :

- **Séminaire sur la violence faite aux personnes âgées intitulé *Pratiques d'intervention à domicile et en institution***, en collaboration avec le Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté (RIFVEL-Québec) (consultez le contenu du séminaire à la page 48)
24 mars 2006 à Montréal
- **Journée de réflexion et d'échange en collaboration avec l'École nationale de police du Québec (ENPQ)**
Date et lieu à préciser

Pour ces deux journées, une invitation particulière contenant davantage de précisions vous parviendra ultérieurement.

On vous y attend!

Le projet de loi 109, *Loi sur le Directeur des poursuites publiques*

Plaidoyer-Victimes, de concert avec le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, le Regroupement des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel et la Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec, a participé le 8 juin dernier aux consultations particulières sur le projet de loi 109 tenues par la Commission des institutions.

Rappelons que ce projet de loi, déposé par le ministre Yvon Marcoux en mai 2005, institue la charge de Directeur des poursuites publiques et confie au Directeur la mission de diriger pour l'État les poursuites criminelles et pénales au Québec, et ce, sous l'autorité générale

du ministre de la Justice et Procureur général.

Pour connaître les positions et inquiétudes exprimées, consultez le Journal des débats de la Commission des institutions, séance du mercredi 8 juin 2005, à 16h30, 17h00 et 17h30 au <www.assnat.qc.ca/fra/37legislature1/commissions/ci/index.shtml>

Le projet de loi C-10, Loi modifiant le *Code criminel* (troubles mentaux) et modifiant d'autres lois en conséquence

Le 19 mai dernier, le projet de loi C-10 visant à modifier les dispositions du *Code criminel* en matière de troubles mentaux a reçu la sanction royale. Ces dispositions s'appliquent aux personnes «non criminellement responsables» pour cause de troubles mentaux ou celles déclarées «inaptes à subir leur procès» pour cause de troubles mentaux.

Certaines des réformes clés viennent directement modifier les droits dont bénéficient les victimes d'actes criminels. Elles permettront en effet à la victime de lire une déclaration à l'audience d'une commission d'examen, veilleront à ce que la victime ait un préavis suffisant concernant la tenue de l'audience et donneront aux commissions d'examen des pouvoirs analogues à ceux des tribunaux pour protéger l'identité des victimes.

Par le biais du programme Placement carrière-été de Ressources humaines et Développement des compétences Canada, l'Association a pu s'associer les services d'une candidate au doctorat de l'École de criminologie de l'Université de Montréal afin d'étudier les impacts de ces modifications sur les droits des victimes.

Entretiens avec des victimes, entrevues avec des fonctionnaires et des intervenants directement touchés par les modifications, examen des anciens et nouveaux mécanismes, portrait des différents acteurs impliqués, les informations recueillies et l'analyse effectuée ont permis de dresser un état de la situation et des difficultés vécues par les victimes aux prises avec un système qui s'apparente peu, on s'en doute, à celui du système correctionnel et dans lequel ces dernières et leurs proches demeurent très isolés. Un rapport contenant plusieurs recommandations sera déposé dès cet automne auprès des instances concernées.

Historique des réalisations de Plaidoyer-Victimes sur le < www.aqpv.ca >

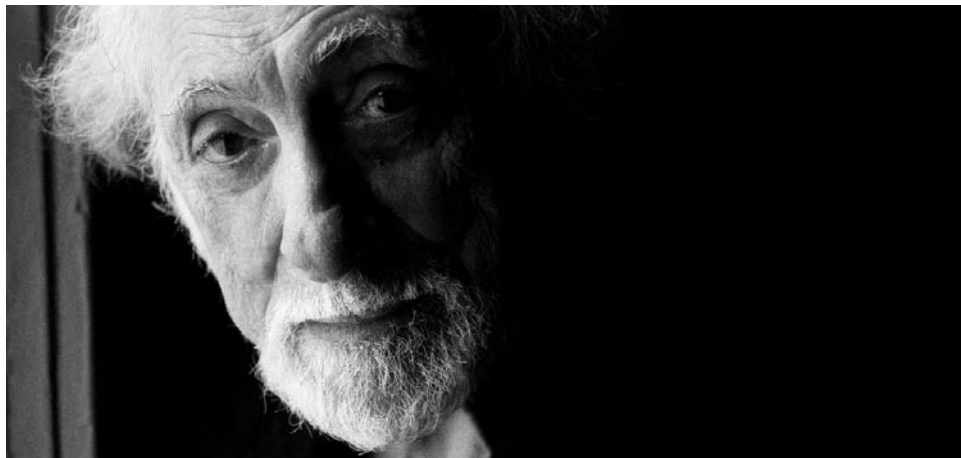
Une chronologie des activités de Plaidoyer-Victimes depuis sa création en 1984 a été intégrée au site Internet de l'Association. Vous y trouverez notamment :

- Les colloques, journées d'étude et conférences organisées par Plaidoyer-Victimes;
- Un bilan du X^e Symposium international de victimologie tenu à Montréal en 2000;
- Les colloques, journées d'étude et conférences au cours desquels Plaidoyer-Victimes a parlé au nom des victimes et défendu leurs droits;
- Les consultations et les représentations effectuées auprès de diverses instances;

- Les formations qu'elle a dispensées;
- Les comités, tables de concertation, conseils d'administration et groupes de travail sur lesquels l'Association siège ou a siégé;
- Les dossiers de recherche sur lesquels elle s'est penchée.

Sur la page d'accueil du site, cliquez sur l'onglet «À propos de Plaidoyer-Victimes» et suivez par la suite les différents liens qui vous dévoileront chacun un volet des réalisations de l'Association.

Regards sur la victimisation des personnes âgées



L'aîné victime : approche victimologique¹

Robert Cario, professeur à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour, directeur du Master en criminologie, codirecteur de l'Unité Jean Pinatel de Sciences Criminelles Comparées et président de l'Association Paloise d'Aide aux Victimes et de Médiation (APAVIM)

Il est devenu commun d'affirmer que les victimes, au sens large, sont les éternelles oubliées du système de justice pénale. Les aînés victimisés voient, au surplus, les souffrances qu'ils endurent totalement niées par la société. Rares sont en effet les suites pénales données aux infractions dont elles sont victimes ; et que dire des négligences qui n'entrent pas dans le champ pénal, bien plus nombreuses encore. Ce phénomène social, longtemps demeuré tabou, est enfin débattu autour de la notion de mauvais traitements, dont la définition est extrêmement variable, sinon arbitraire, quand elle ne ménage pas, finalement, les auteurs de véritables violences criminelles abusivement « englobées » parmi les maltraitements au sens commode du terme.

Les insuffisances des définitions connotatives ou structurelles de tels agissements ont été soulignées par une étude canadienne qui retient une définition descriptive comprenant soixante et onze éléments attribués de façon fiable à neuf catégories². Un souci de simplification peut conduire à définir cette victimisation comme caractéristique d'**actions ou d'omissions, en provenance d'une personne de confiance, de nature à provoquer des lésions physiques, des traumatismes psychiques ou psychologiques, des préjudices matériels et/ou sociaux graves**. Une telle définition inclut les faits révélés ou non, volontaires ou involontaires, posés par l'aidant naturel (généralement la famille ou des proches) ou les intervenants professionnels de compétences diverses (services de soins,

services sociaux, institution judiciaire et auxiliaires de justice notamment).

Plus récemment, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fait sienne la définition adoptée par le Réseau international pour la prévention des maltraitements aux personnes âgées : « *On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée*³ ».

Ces victimisations concernent les aînés, soit des personnes âgées de plus de 60 ans. Ce concept apparaît comme le plus neutre, dans le foisonnement des propositions doctrinales : vieux, vieillard, ancien, senior, retraité, membre du 3^{ème} âge, du

nouveau 3^{ème} âge, voire du 4^{ème} âge... Le concept de vieillesse, principalement, pour demeurer générique, est très fortement contingent de l'histoire, des cultures et des idéologies dominantes au moment de sa qualification. La vieillesse ne peut pas, en tout cas, être assimilée entièrement à la retraite (qualifiée parfois de mort sociale) ou à la démence sénile (qualifiée encore de mort psychique). L'allongement considérable de la vie de l'être humain interdit de telles assimilations. Le fait de ne plus participer aux activités de production ou d'être atteint de pathologies diverses n'enlève en rien aux intéressés la qualité de personne humaine, toujours vivante⁴, dotée d'un passé certes, mais aussi d'un présent et surtout d'un avenir. La vieillesse ne peut pas davantage être considérée comme une maladie, le vieillard comme un malade. Un tel stéréotype, fondé sur la survenue d'inévitables déficits corporels, nie abusivement que la personne âgée demeure toujours un être d'esprit. Au surplus, les symptômes du vieillissement, pour avoir des origines biologiques, sont aussi et peut-être surtout influencés par les nécessités d'adaptation au milieu environnant⁵. Aussi le choix du terme aîné s'impose, à l'invite de nos amis canadiens qui, cultivant merveilleusement la langue française, ont gardé à l'expression toute sa signification de l'ancien français : est aîné celui qui est né avant, celui qui est né le premier.

Quoi qu'il en soit, au-delà de ces précisions sémantiques, la victimisation des aînés est considérée, enfin⁶, comme un

phénomène social majeur, quasi universel, à la hauteur de l'émotion suscitée, aux cours de ces dernières décennies, par les mauvais traitements à l'endroit des enfants (spécialement de nature sexuelle), par les violences conjugales à l'égard des femmes et, plus récemment encore, par le harcèlement moral en milieu de travail. Le dernier tabou, sur le point de sortir du silence scandaleux qui l'entoure, concerne les violences dont sont victimes les personnes handicapées, en de nombreux points comparables⁷.

Les maltraitances à l'endroit des aînés constituent la forme de violence intrafamiliale la moins connue, certainement la plus dissimulée. Et le constat vaut pour les actes commis ou les omissions en provenance des intervenants, à domicile ou en milieu institutionnel, pour qui la part de la routine et de l'anomalie, du normal et de l'interdit est souvent confuse. De nombreux rapports, dont certains sont déjà anciens (Laroque en 1962), d'autres plus récents (Guinchard-Kunstler en 1998; Debout en 2002), en attestent formellement. Il va sans dire que les coûts humains, sanitaires et sociaux de telles maltraitances sont considérables. Les travaux disponibles indiquent en effet qu'en France comme à l'étranger, 4 à 15% des aînés sont concernés et la fréquence des victimisations augmente significativement avec l'âge des victimes. *A contrario*, ces résultats indiquent aussi que la vieillesse n'est pas synonyme de drame personnel inéluctable: il y a des aînés heureux qui coulent leur fin d'humanité, à leur rythme, dans l'amour et la sérénité, à domicile, en famille ou en institution.

Les victimisations observées attestent souvent de l'inversion des rôles parents/enfants, davantage encore de ceux de dominants et de dominés. La dépendance qui accable l'aîné fait resurgir, comme le souligne Jean-Marc Elchardus, «*le conflit œdipien: sur un mode pathologique, insuffisamment élaboré, ou encore dans cette nouvelle donnée œdipienne que provoque le renversement des dépendances entre*

générations»⁸. La gravité et la fréquence des maltraitances ou des négligences sont alors étroitement corrélées à la socialisation des intéressés, victimiseur et victimisé, pauvres la plupart du temps aux plans affectif, familial, psycholinguistique, social, culturel et économique principalement.

La réelle prise de conscience de la victimisation des aînés est récente. C'est autour des années 80 que des chercheurs et des professionnels se sont émus des conditions de vie dramatiques dans lesquelles se trouvait une part non négligeable de personnes âgées, soumises à des négligences et des mauvais traitements inacceptables. Tous dénoncent alors le silence qui entoure de telles inhumaines exactions et proposent des stratégies d'intervention adaptées à la population. Foisonnantes dans le monde anglosaxon⁹, de telles recherches et pratiques professionnelles ne sont apparues en France qu'au cours des années 90¹⁰. Le rôle pionnier du professeur Hugonot et de son équipe a conduit à la création, en 1995, du réseau ALMA (Allô, maltraitances des personnes âgées)¹¹.

Des politiques publiques spécifiques tardent néanmoins à se mettre en place, au mépris des rapports officiels et des enquêtes épidémiologiques aujourd'hui incontestables. Le drame de l'été caniculaire 2003 (par les 15 000 vies prématurément volées), indique avec beaucoup d'acuité qu'un long chemin reste encore à parcourir. Certes des prises en charge de qualité existent, mais elles demeurent trop confidentielles et ne concernent guère les plus démunis. Un long chemin reste donc à parcourir, tant au niveau de l'accroissement significatif des moyens financiers, qu'à celui de la formation des intervenants et, davantage encore, à celui de l'évolution des mentalités pour que les aînés continuent à jouir pleinement de tous les droits et attributs, inaliénables et sacrés, qui sont attachés à la personne humaine, car la vieillesse ne doit être ni un naufrage, ni une traversée du désert, pour reprendre des expressions dramatiquement célèbres.

Les différentes formes de victimisation

La victimisation des aînés se caractérise, très généralement, par trois éléments: l'aîné est totalement dépendant de l'aidant ou de l'intervenant; l'aidant ou l'intervenant est complètement dépassé par les exigences de soins que requiert l'aîné; la victimisation est cachée aux autres ou non immédiatement visible (membres de la famille ou collègues de travail). La synthèse de la plupart des recherches conduit à indiquer que près des $\frac{3}{4}$ des victimisations ont lieu en famille en chiffres bruts (prévalence). Mais le taux d'incidence demeure au désavantage des structures de prise en charge des personnes âgées¹².

Les victimisations sont d'une infinie variété, sont souvent associées entre elles (sous forme de chantage à l'abandon ou de représailles par exemple) et, surtout, leur gravité et fréquence augmentent avec le temps. Mais, dans tous les cas, elles sont sources de séquelles graves et durables sur la santé psychique des intéressés. Six formes particulières de victimisations sont généralement recensées:

Les victimisations d'ordre physique sont constituées par des atteintes à l'intégrité physique de la personne pouvant conduire, dans des situations extrêmes, à la mort de l'intéressé: bousculades, égratignures, brûlures, ligotage et contentions diverses (sur le lit, une chaise ou un fauteuil), brutalité des soins (soins dentaires sans anesthésie, nutrition parentérale à vif), bâillon, coups, abus sexuels, viols, ingestion de produits toxiques, meurtre, voire assassinat... notamment.

Les victimisations d'ordre psychologique provoquent des souffrances émotionnelles pouvant amener le sujet à la dépression, voire au suicide: tutoiement, surnoms péjoratifs, dénigrement, langage grossier, injures, humiliations, agressions verbales, menaces, intimidations... notamment.

Les victimisations d'ordre financier attestent d'une exploitation injustifiée des ressources et des biens de la victime pouvant conduire à la priver de tous ses avoirs : encaissement abusif de chèque, virement frauduleux de fonds, confusion de patrimoine, rétention de pension, vol d'objets mobiliers, signature forcée, vente de biens, héritage anticipé... Il convient de ne pas oublier que les aînés sont aussi l'objet d'escroqueries, plus anonymes (télé-marketing, vente par correspondance, etc.) et victimes d'actes de délinquance de voie publique, comme le vol à l'arraché... notamment.

Les victimisations d'ordre médical consistent en l'imposition d'un traitement inapproprié pouvant conduire à des troubles somatiques graves, voire à la mort du patient : surmédication de neuroleptiques, non respect des doses prescrites (excès ou insuffisance), systématisation du recours à la pharmacopée et polymédication¹³, intervention non consentie, non traitement de la douleur (quelle que soit son origine : physiologique, iatrogène ou consécutive aux interventions du personnel soignant)¹⁴... notamment.

Les victimisations portant atteinte aux droits de la personne conduisent au déni de la dignité et du respect dus à tout être humain¹⁵ : droit à l'identité, à la sécurité ; droit à la sexualité ; droit à s'exprimer sur tout sujet concernant l'intéressé ; mais encore violation de l'intimité, obstacles ou détournement du droit de vote, prise de décision contre le gré de l'aîné, environnement non conforme aux règles d'hygiène et de sécurité, placement en institution ou mise sous tutelle imposé, isolement forcé... notamment.

Les victimisations consécutives à des négligences actives ou passives. Négliger implique que l'on s'abstienne d'agir et cette abstention est constitutive, en elle-même, de mauvais traitement « en creux »¹⁶. Les *négligences actives*, en premier lieu, consistent à s'abstenir d'agir intentionnellement, à ne pas répondre sciemment aux besoins de l'aîné, malgré une connaissance certaine de ceux-ci, ou à le déconsidérer en tant que personne humaine : accompagnement insuffisant ou inefficace quant aux nécessités de la vie quotidienne (aides à la mobilisation : se lever, se coucher, se déplacer, s'habiller, manger) ; privation de nourriture¹⁷, de boissons et, plus généralement, privation abusive de biens matériels (vêtements, télévision, livres ou magazines, chauffage insuffisant) ; privation de toute vie sensitive, affective et sociale par confinement de l'aîné (interdiction de sortir, de rencontre avec la famille ou des proches). Les *négligences passives*, en second lieu, proviennent de l'absence de sensibilisation et de compréhension de l'aîné, l'auteur s'abstenant d'agir par seule ignorance des besoins quotidiens de l'aîné : toilette irrégulièrement effectuée ou bâclée, personne désorientée laissée seule, oublis divers (des changes, des barrières, manque d'entretien des lieux de vie), mixage de la nourriture, gavage, absence de stimulation, lieux d'habitation exigus, installations domiciliaires insuffisantes ou inadaptées, impossibilité de privatisation de l'espace de vie ; manque de supervision de la part de la hiérarchie ; non-respect des normes alimentaires¹⁸.

Les chiffres des victimisations

C'est d'une autre forme d'indifférence qu'il s'agit ici, car des chiffres précis et complets sur les victimisations des aînés demeurent exceptionnels, dans l'ordre révélé ou caché du phénomène. Cette lacune statistique, à l'heure où tout se mesure frénétiquement, où le chiffre vaut explication définitive, ne s'apparenterait-elle pas à une certaine forme de maltraitance, plus insidieuse, conduisant à finalement ne pas s'intéresser à ceux que la société elle-même maltraite ?

Les victimisations connues

En France comme à l'étranger, les séries statistiques traditionnelles (en provenance de la police, de la justice, des services sanitaires ou sociaux notamment) sont quasiment muettes sur la question.

La jurisprudence portant sur les mauvais traitements envers les personnes âgées en général est exceptionnellement pauvre. La consultation des banques de données juridiques en ces domaines du droit conduit à remarquer que les poursuites sont extrêmement rares, au pénal comme au civil. Mêmes carences en droit civil de la famille, en droit médical, sanitaire et social.

Certes la preuve judiciaire de ces maltraitances est particulièrement délicate : elles doivent en effet être caractérisées par la partie poursuivante, en matière délicate en tout cas. Or, il est souvent très difficile de distinguer clairement les conséquences d'une victimisation probable des caractéristiques psychogériatriques néfastes du vieillissement¹⁹. Dans le même sens, à partir de quel moment une exigence de soins contraignants (comme par exemple la contention) devient fautive, attentatoire à la dignité du patient ? Sans oublier que beaucoup de dispositions du règlement intérieur imposées aux aînés, dans le but d'organiser la vie collective en institution, ne sont pas systématiquement assimilables à des maltraitances... C'est toute la finesse du diagnostic différentiel. De telles incertitudes sont sans aucun doute encore de nature à décourager les signalants les mieux intentionnés.

Les résultats disponibles et exploitables proviennent généralement de compilations effectuées par les organismes d'aide aux personnes âgées, dans le cadre parfois de recherche-actions, dont les biais méthodologiques sont importants (représentativité, taille de l'échantillon ; prévalence et incidence des victimisations observées ; définition(s) des sévices et négligence ; groupe de contrôle)²⁰.

L'association ALMA a récemment évalué, à partir des données brutes contenues dans les 11 975 dossiers constitués depuis sa création en 1995, l'importance respective de ces victimisations²¹ :

	À domicile	En institution
Maltraitements psychologiques	29 %	14 %
Maltraitements financiers	21 %	7 %
Maltraitements physiques	15 %	12 %
Négligences actives et passives	15 %	49 %
Maltraitements médicamenteux	2 %	3 %
Maltraitements civiques	6 %	6,5 %
Autres formes de maltraitements	12 %	8,5 %

Ce dernier état (2002) souligne l'importance des négligences, principalement en institutions : 49 % des maltraitements révélés (d'un niveau néanmoins préoccupant à domicile). Les maltraitements psychologiques prédominent à domicile (tout en demeurant à un niveau élevé en institutions), suivies d'assez près, en pourcentage, par les maltraitements financiers (plus rares en institutions). Les observations d'ALMA conduisent encore à relever que les risques de victimisations se distribuent selon l'âge : 5 % des plus de 60 ans, 15 % des plus de 75 ans²². Mais de tels chiffres sont, d'opinion scientifique commune, en-deçà des réalités de la maltraitance des personnes âgées au quotidien.

Les victimisations cachées

À côté de ces victimisations connues des autorités compétentes, un nombre conséquent d'exactions ne sont malheureusement pas reportées, ne sortent pas de la famille ou de l'institution concernée. À titre d'exemple, une récente enquête sur la violence familiale réalisée au Canada indique que 7 % des personnes âgées avaient subi, au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, des violences psychologiques variées²³. Dans le même sens, le Rapport mondial de l'OMS rapporte les résultats d'une enquête états-unienne selon laquelle « [...] 36 % du personnel infirmier et général déclaraient avoir assisté à au moins un incident de violence physique exercée par d'autres membres du personnel au cours de l'année écoulée, tandis que 10 % reconnaissaient avoir eux-mêmes commis au moins un acte de violence physique. Au moins un incident de violence psychologique contre un pensionnaire avait été observé par 81 % de l'échantillon au cours de l'année précédente et 40 % admettaient avoir également commis un tel acte »²⁴.

Plus généralement, les enquêtes de victimisation, comme les retours d'expériences professionnelles, soulignent que les mauvais traitements à l'endroit des aînés apparaissent fréquents : de 4 à 15 % de la population des plus de 60 ans (i.e. de 600 000 à 2 000 000 de personnes en France), parmi lesquels les négligences occupent une bonne place (16 à 24 % de l'ensemble). Quelques recherches plus longitudinales signalent que lorsque les abus perdurent (y compris après dépistage), ce sont les négligences et les violences psychologiques qui demeurent les plus importantes (près d'un cas sur deux)²⁵.

Les raisons de la non-révélation des maltraitements subies sont multiples et assez préoccupantes quand elles conduisent à culpabiliser **la victime** elle-même : la honte d'être vieux, de vivre si longtemps, de ne plus correspondre aux standards dominants (de la jeunesse, de la beauté, de la productivité, de la bonne santé) ; la honte du scandale dans la famille ou dans l'institution ; la peur de représailles, d'une désunion familiale, de l'isolement affectif, social, d'un placement en institution, d'une expulsion de l'institution ; la fierté à vouloir s'assumer seul, à régler ses problèmes en famille ; le refus de dénoncer un proche

qui risque par là-même une condamnation ; l'existence habituelle de violences dans la famille ; la méconnaissance des aides, des recours et, surtout, la difficulté à les mobiliser ; les perturbations de la communication à cause de troubles cognitifs...

Les **membres de la famille** eux-mêmes peuvent répugner à dénoncer les victimisations par crainte de voir un des leurs poursuivis pénalement, par peur que des négligences dans l'accompagnement de l'aîné ne soient mises à leur propre compte. Ils peuvent également hésiter à se confier aux intervenants professionnels, souvent prompts à s'ériger en juge des familles, au sein desquelles les interrelations privées sont toujours complexes²⁶. Le chantage au renvoi de l'institution du parent victimisé est aussi très dissuasif. Les proches répugnent encore à ce qu'ils considèrent parfois abusivement comme de la délation²⁷.

Des arguments du même ordre valent pour **les institutions** au sein desquelles des personnels se livrent à de telles pratiques inacceptables, les collègues reculant parfois encore le moment du signalement par respect erroné de la confidentialité, par peur de perdre leur emploi. Les professionnels intervenant à domicile (appartenant au corps médical ou aux divers services de soins et d'aide) peuvent également hésiter à signaler ces victimisations par respect de la vie privée des familles, qu'elles suivent depuis de longues années. Ou simplement parce que de tels agissements ne leur sont pas toujours familiers. Leur méconnaissance ou incompréhension apparente de la situation conflictuelle susceptible d'émerger dans un tel contexte familial empêchera les confidences de l'aîné, dont les modifications subites de comportements ou d'attitudes devraient néanmoins attirer l'attention d'un professionnel averti (apparence négligée, méfiance exagérée, déclarations contradictoires, évitement de contacts visuels ou physiques, symptômes de dépression comme des pleurs fréquents, des insomnies, une perte d'intérêt généralisée)²⁸.

Les caractéristiques socio-démographiques des protagonistes

Précarité, proximité et interchangeabilité semblent particulièrement caractériser les aînés victimes et leurs agresseurs. C'est de drames de la misère affective et sociale qu'il s'agit, dans la majorité des situations de victimisation observées.

Les aînés victimes

S'agissant des aînés victimes, c'est majoritairement d'une femme (dans trois cas sur quatre), d'un âge moyen supérieur à 75 ans, veuve. Vulnérable au plan physique et intellectuel, elle possède un patrimoine plus important que le victimiseur, qui cohabite souvent avec elle, dans un isolement social élevé, particulièrement en milieu rural²⁹. Leur histoire familiale ou conjugale est généralement pauvre et atteste assez fréquemment de relations de violences antérieures de la part de celui ou celle qui est devenu victime. La consommation de produits toxiques (alcool, médicaments, psychotropes) n'est pas rare.

Les victimiseurs

S'agissant des victimiseurs, dans un cas sur deux, ils appartiennent au cercle restreint de la famille de l'aîné : principalement fils ou fille ; parfois il s'agit du conjoint, des petits enfants et dans une moindre mesure des neveux. Les amis ou les voisins sont également concernés (dans plus d'un cas sur dix). Les intervenants professionnels (personnel soignant ou d'entretien, à domicile ou en institution) représentent près de deux cas sur dix, indiquant par-là une sur-représentation très significative, en terme de taux de victimisation, au regard du nombre de personnes prises en charge dans ce cadre par rapport à la population totale des aînés. Les autres victimiseurs, plus exceptionnellement, sont les responsables de maison de retraite, les tuteurs, les banquiers, les escrocs professionnels. Tous développent à l'endroit de la victime les techniques, bien connues en criminologie, de neutralisation : négation, dépersonnalisation, dépréciation et culpabilité supposée de la victime³⁰.

Les victimiseurs issus de la famille de l'aîné présentent souvent des carences intellectuelles. Ils n'ont pas de revenus stables. Une dépendance financière, de l'aidant ou de l'aîné, est fréquente. La consommation de produits toxiques n'est pas exclue. Dans un nombre significatif de cas, le victimiseur a lui-même subi antérieurement des violences de la part de l'aîné.

Plus généralement, l'aidant familial est dépassé par la prise en charge de l'aîné, par manque d'expérience dans l'accompagnement des personnes âgées et/ou par difficulté à assumer sa propre vie personnelle. L'épuisement provoqué par les aides et soins prodigués à l'aîné – véritable fardeau compromettant sa propre vie sociale, voire sa santé –, est également un facteur de risque élevé de sévices ou de négligences. L'aidant professionnel est, quant à lui, confronté en permanence à des situations peu valorisantes (soins corporels, incontinence) et assez fréquemment traumatisantes (douleurs provoquées par les soins eux-mêmes, déchéance inéluctable du corps, voire décès des patients). Leur répétition quotidienne est un réel facteur d'intolérance, conduisant, par épuisement, à négliger ou à maltraiter la personne âgée, identifiée comme la source des souffrances endurées sur le lieu de travail (*burnout*). Il importe de ne pas oublier que les attitudes et comportements de certaines personnes prises en charge (agressivité verbale voire physique, insatisfactions chroniques, degré important d'exigences, indifférence affective notamment) sont de nature à déclencher ou à consolider les victimisations³¹.

Quand il ne s'agit pas de violences exercées par des personnes âgées elles-mêmes. Assez généralement, les passages à l'acte ainsi posés sont la « conséquence d'une souffrance impossible à élaborer »³² ou encore expriment l'impossibilité pour les infracteurs à imaginer d'autres actions efficaces sur leur environnement, par définition perturbée par leur statut personnel, mais aussi socio-culturel de vieillard. Les rares auteurs s'étant penchés sur la question identifient généralement trois grandes

séries d'exactions posées par les aînés victimiseurs, généralement peu graves en elles-mêmes, mais déstabilisantes dans leur répétition : elles sont d'ordre psychologique (chantage, harcèlements, dénigrements divers) ; matériel (dépenses ou avarices excessives, dilapidation du patrimoine) ; physique (coups, crachats, incontinences volontaires, gestuelle agressive). Il n'est cependant pas anodin de constater que rares sont les condamnations prononcées dans les cas les plus graves et si particuliers de maltraitances entre personnes âgées³³.

Entre vulnérabilités et maltraitances sociales

On ne peut qu'être consterné par les contours ainsi exposés des victimisations subies par les aînés, tant en ce qui concerne leur nature, leur ampleur que les caractéristiques socio-démographiques et personnelles des protagonistes. Pour tenter de comprendre les mécanismes d'une telle escalade dans la violence à l'égard de personnes particulièrement vulnérables, massivement démunies, de la part de personnes de confiance (aidant naturel ou intervenant), chercheurs et praticiens ont fait appel à deux séries de théories. La première renvoie à la dévaluation généralisée de l'aîné par les générations les plus jeunes (avec la complicité active de la société en général), l'assimilant à un malade à cause des régressions physiologiques et psychologiques qui accompagnent le vieillissement de l'être humain. Cet âgisme (superlatif catégoriel à vocation péjorative) conduirait à la déconsidération de tous les besoins de l'aîné, laquelle produirait corrélativement chez ce dernier la perte de l'image de soi, de l'estime de soi³⁴.

La seconde théorie, développementale, met en évidence, au-delà des conflits intergénérationnels, l'inversion des rôles de dominant et de dominé dans les relations entre l'aîné victime et l'enfant ou le conjoint victimiseur, encore analysé par quelques auteurs comme le « fantasme du

renversement de l'ordre des générations»³⁵. Dans de nombreuses situations en effet, l'aîné qui devient victime a lui-même été auteur de mauvais traitements à l'égard de celui qui dorénavant le victimise (dominant/victimisé). Cette inversion des rôles³⁶ est d'autant plus facilitée qu'à une attitude de vengeance éventuelle s'ajoutent des problèmes personnels au dominé-victimiseur, comme il a été par exemple précédemment souligné : une faible estime de soi, une insertion sociale pauvre, des pratiques toxicomaniaques assidues³⁷.

Pour séduisantes que soient ces systématisations théoriques, elles n'insistent pas suffisamment sur la dimension de vulnérabilité aggravée qui accable les protagonistes de telles victimisations. Bien loin de favoriser les processus et réseaux de solidarité tant familiale que sociale, notre société libérale exacerbe les individualismes³⁸. Et ce sont les personnes dont l'exclusion est la plus forte qui recourent à la violence pour réguler les multiples conflits intersubjectifs auxquels elles s'exposent ou sont exposées. Les personnes intégrées socialement, riches aux plans affectif, familial, socio-économique et culturel ont plus rarement recours à la violence, en tous cas lors de conflits d'origine intrafamiliale.

De telles remarques rendent inévitable le rappel de quelques constats victimologiques, certes bien connus mais particulièrement marqués en ce domaine de la victimisation des aînés : interchangeabilité des rôles victimiseur/victimisé ; précarités de tous ordres des protagonistes, dans l'envers comme dans l'endroit du crime ; proximité affective ou relationnelle forte (famille ou intervenants sanitaires et sociaux réguliers) ; survictimisation très fréquente, principalement. De telles dramatiques caractéristiques, par leur accumulation même, rendent encore plus complexe l'analyse des victimisations à l'endroit des aînés. Seule une approche globale, menée dans la pluridisciplinarité la plus large, peut espérer dénouer le conflit intersubjectif cristallisé, apaiser les souffrances consécutives souvent profondes et en prévenir la réitération.

Par conséquent, notre responsabilité collective est très nettement engagée. Elle provient des formes généralisées de désintérêt, de mépris, voire de rejet de la vieillesse que l'on observe ici ou ailleurs. Fortement attentatoires à la dignité de la personne humaine, elles conduisent à la dévalorisation du vieillard, avec force d'amalgame entre vieillissement physique et vieillissement psychique, dépendance, handicap ou invalidité³⁹. De telles postures socio-culturelles sont sources de culpabilité, d'anxiété, de perte envahissante d'estime de soi⁴⁰. La carence, comme l'insuffisance des dispositifs de prise en charge des aînés vulnérables (en personnel, matériels et programmes), constituent d'autres formes aiguës de violence sociétale.

Le sentiment de leur inutilité, vécue comme coûteuse affectivement et socialement, peut conduire les personnes âgées à d'autres formes de violence, plus symboliques, retournées contre elles-mêmes cette fois : la dépression et le suicide. Il est bien établi aujourd'hui que les tranches d'âges supérieures à 60 ans présentent des taux de dépression et de suicide très élevés en chiffres relatifs. La dépression concernerait ainsi deux aînés sur cinq à domicile et un aîné sur deux en institution⁴¹. En France, la moitié des suicides touche les personnes de plus de 55 ans et le quart des plus de 75 ans⁴². Dans le monde, le suicide accompli par des procédés généralement expéditifs est trois fois plus fréquent chez les personnes de plus de 75 ans et plus important que parmi les personnes de 15 à 24 ans. Sans comptabiliser les suicides plus silencieux qui consistent à se laisser mourir⁴³.

Facteurs de risque généraux

En résumé à ce dramatique tableau de la victimisation des aînés, sur le terrain même de leur vécu quotidien, il est nécessaire d'insister sur les facteurs de risque généraux côtoyés tout au long des précédents développements. Et c'est de leur accumulation, profondeur et persistance

que dépend le niveau de danger de maltraitements⁴⁴. Tous étonnent et tous renvoient, en premier lieu et d'une manière générale, à la place que nos sociétés libérales contemporaines réservent aux personnes âgées les plus vulnérables :

- *Désintérêt culturel prononcé*, voire mépris des besoins de l'aîné, structurés autour des stéréotypes du vieillard malade, improductif, coûteux, inutile (par opposition caricaturale au corps jeune, sain, performant que vantent nos publicitaires) ;
- *Inadéquation des ressources sanitaires et sociales*, obligeant à une gestion de la pénurie pouvant elle-même conduire à l'arbitraire de certaines décisions administratives quant à l'octroi des aides individualisées, quant à l'habilitation des structures de prise en charge notamment.

Des conséquences très sérieuses découlent, en second lieu, de telles attitudes risquées, source d'autres facteurs de risque de maltraitements à l'endroit des aînés. Ainsi le *risque de dépendance plus marquée* des intéressés car à la dépendance liée aux défaillances physiologiques est susceptible de s'ajouter une dépendance psychologique et sociale bien plus déstabilisante encore, dans la mesure où le sujet concerné ne pourra plus choisir/décider seul de l'organisation matérielle de sa propre vie personnelle et sociale. Ainsi le *risque de plus grand isolement* de l'aîné soumis aux richesses de sa niche écologique, en termes économiques et relationnels principalement, isolement psychosocial amplifié parfois par un isolement spatial ou géographique particulier (zone de logements sociaux ou zone rurale). Ainsi le *risque d'épuisement aggravé* des intervenants, aidants familiaux ou professionnels de l'aide ou du soin, insuffisamment préparés ou formés aux plans affectif et technique à de telles prises en charge du handicap. Ainsi le risque de devenir une *cible victimologique* de choix pour des proches peu scrupuleux, des intervenants peu motivés professionnellement et des

escrocs en tous genres plus attirés par l'espoir de gains faciles qu'inhibés par la sanction pénale.

Ce constat est d'autant plus accablant que les milieux où se recrutent victimes et victimiseurs sont fortement marqués par la pauvreté, sous toutes ses formes. Un tel cercle infernal est rendu encore plus vicieux autant par le silence « convenu » qui entoure les maltraitements que par le bruit des culpabilités « avouées » par les victimes elles-mêmes qui, par « peur de déranger », en finissent par souhaiter disparaître prématurément. La nécessité de leur venir massivement en aide devient alors d'une urgente et criante actualité, tant il y a décalage entre les réalités observées et le droit positif, pourtant soucieux d'incriminer la plupart des victimisations subies par les aînés.

Références

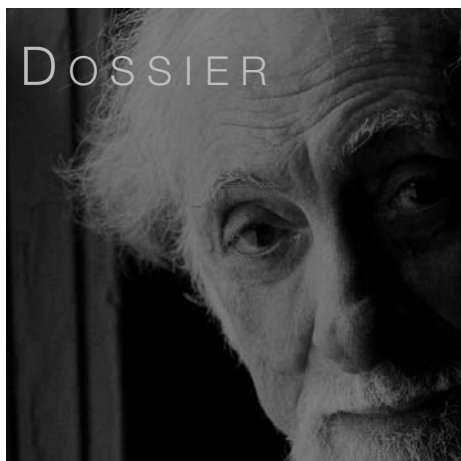
- 1 Le présent article est le prolongement de réflexions menées lors des XXVII^{èmes} Assises de l'Inavem (Pau, juin 2001) et de la 5^{ème} Journée d'Études d'Alma-France (Bordeaux, mai 2003).
- 2 M. J. Stones, « Portée et définition des mauvais traitements et de la négligence à l'endroit des personnes âgées », In M.J. MacLean (Dir.), *Mauvais traitements auprès des personnes âgées: stratégies de changement*, Association canadienne de gérontologie, Montréal, Ed. Saint Martin, 1995, pp. 151-157.
- 3 E.G. Krug (Dir.) et al., *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, pub. O.M.S., 2002, pp. 139-162, <www.inpea.net>
- 4 La victimisation des aînés. Négligences et maltraitements à l'égard des personnes âgées. *Actes des XVII^{èmes} Assises de l'INAVEM* (Pau), Ed. L'Harmattan, Coll. Sciences criminelles, 2003, 281 p.
- 5 V. sur ces points not. B. Ennuyer, *Les malentendus de la dépendance: de l'incapacité au lien social*, Ed. Dunod, Coll. Action sociale, 2002, 330 p.; J. Pellissier, *La nuit, tous les vieux sont gris. La société contre la vieillesse*, Ed. Bibliophane, Daniel Radford, 2003, 348 p.; J. Maisondieu, *Le crépuscule de la raison*, 4^{ème} éd. Bayard, 2001, 251 p.
- 6 Sur les aspects historiques de cette violence, V. not. G. Minois, *Histoire de la vieillesse*, Ed. Fayard, 1987, 442 p.; J.P. Bois, *Les vieux: de Montaigne aux premières retraites*, Ed. Fayard, 1989, 448 p.; J. Pellissier, op. cit., p. 11 et s.
- 7 P. Blanc et J.M. Juillard (Dir.), *Maltraitance envers les personnes handicapées: briser la loi du silence*, Rapport 2002-2003-339, 2 vol., 250 et 477 p., <www.senat.fr>
- 8 J.M. Elchardus et D. Milani-Bachmann, L'âge des atteintes, In *Victimes et société*, Actes du XXV^{ème} Congrès de l'Association Française de Criminologie, Grenoble, 1989, multigraph., pp. 128-134; V. également, J.L. Reulet, « Évolution des relations familiales avec l'avancée en âge », In *Maltraitements des personnes âgées*, Pub. UNASSAD, multigraph., 1997-42, p. 17-21.
- 9 V. not. réf. citées in, E.G. KRUG et al. (Dir.), op. cit., p. 159 et s.
- 10 R. Hugonot, *Violences contre les vieux*, Toulouse, Éd. Érès., 1990, 137 p.; C. De Saussure (Dir.), *Viellards martyrs, vieillards tirelire*, Éd. Médecine et Hygiène, 1999, 181 p.
- 11 <www.alma-france.org>
- 12 En effet, parmi la population des plus de 60 ans (12,2 millions), plus d'une personne sur dix-sept vit aujourd'hui en milieu institutionnel (714 000); V. « La France face à ses vieux », In *Le Monde*, 14-15 sept. 2003, Dossier, 8 p.
- 13 V. *Le Monde*, op. cit., p. VI, précisant que 61% des plus de 60 ans consomment chaque jour plusieurs médicaments; comp. A. Dyan, rappelant qu'au-delà de trois médicaments, personne ne sait réellement ce qui se passe au sein de l'organisme d'une personne âgée, in *Viellissement et contextes de risques de maltraitements*, <www.fep.umontreal.ca/violence> ou <www.rifvel.org>
- 14 V. not., L. Plamondon, « Violence en gériatrie: le cas de la douleur et ses enjeux éthiques », In *Gérontologie et société*, 2000-92, p. 121 et s.; R. Sebag-Lanoë, B. Wary et, D. Mischlich (Dir.), *La douleur des femmes et des hommes âgés*, Éd. Masson, Coll. Âges, santé, société, 2002, 324 p.
- 15 V. art. 2 (droit à la vie), 3 (interdiction de la torture ou de traitements inhumains et dégradants), art. 5 (droit à la liberté), 8 (droit au respect de la vie privée et familiale, du domicile et de la correspondance), 9 (droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion), 10 (droit à la liberté d'expression) de la Convention Européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH); art. 9 C. civ.; art. 13 du Traité d'Amsterdam sur la non discrimination; V. Charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes, établie par la Fondation nationale française de gérontologie en 1986, complétée en 1997; Charte du patient hospitalisé, In *Circ.* 95-22 du 6 mai 1995; V. Annexes 1 et 2.
- 16 V. Maltraitance envers les personnes handicapées, op. cit. <www.senat.fr>
- 17 La dénutrition des personnes âgées est particulièrement préoccupante. Dans une recherche très récente, G. Ferland observe qu'elle concerne de 5 à 15% des aînés vivant dans la communauté, de 20 à 65% des personnes hospitalisées, voire jusqu'à 85% des personnes placées en centre d'hébergement. Les conséquences en sont très graves aux plans physique et immunitaire notamment, sources de morbidité et de mortalité galopantes, *Alimentation et vieillissement*, Presses de l'Université de Montréal, Coll. Paramètres, 2003, p. 169, 301 et s.
- 18 R. Hugonot, op. cit. (2000), pp. 210-211; S. Gravel, M. Beaulieu et M. Lithwick, op. cit., pp. 67-86; M. Zambon, Des violences existentielles, <www.multimania.com/papdoc>; Violences et maltraitements possibles en institutions, *Ibid.*
- 19 P. Guillaumot et A. Dyan, « Caractéristiques psychogériatriques du vieillissement », In Inavem (Dir.), *La victimisation des aînés*(s), op. cit., pp. 119-156.
- 20 J.F. Kosak et coll., in M. MacLean, op. cit., Perspectives épidémiologiques des mauvais traitements et de la négligence à l'endroit des personnes âgées: revue des textes de recherche nationale et internationale, pp. 175-190; on regrettera également que certaines enquêtes ne comptabilisent pas les violences faites aux plus de 60 ans, V. not. Enquête ENVEFF, M. Jaspard et al., « Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France », in *Population et société*, 2001-364, 4 p.
- 21 V. R. Hugonot, op. cit., p. 171 et s.; de tels résultats sont assez proches de ce que la plupart des chercheurs observent; V. <www.rifvel.org>; <www.capam.be>; Rapport du Secrétaire Général sur la maltraitance des personnes âgées pour briser le cercle du silence, de l'ignorance, de la vulnérabilité, Abuse of Elders Persons, du 28 février 2002, E/CN.5/2002/PC/2, <www.un.org/ageing>; S.M. Swanson, Mauvais traitements et négligences à l'égard des aînés, Centre national d'information sur la violence dans la famille, <www.hc-sc.gc.ca>; sur les violences en institution, V. not. S. Maza et M. Carrière, *Les victimisations des aînés en institution*, Univ. de Pau, multigraph., 2000, 52 p.; Violences et maltraitements possibles en institution pour personnes âgées, site « Gérontologie en institution », C.H. Mazamet, <www.multimania.com/papdoc>; Association Française de Protection et d'Assistance aux Personnes âgées <www.afpap.org>
- 22 V. en ce sens, F. Busby, « La maltraitance envers les personnes âgées: écouter et prévenir », In *Rev. de la Gendarmerie*, 2002-203, pp. 27-30; V. également P. Kremer, « Le gouvernement veut lutter contre la maltraitance des personnes âgées », in *Le Monde*, 20 nov. 2002, p. 13.
- 23 *La violence familiale au Canada: un profil statistique*, 2000, Pub. Statistique Canada, 85-224, 66 p., spé. p. 29 et s.
- 24 K.A. Pillemer, D. Moore, « Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes », In *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990-2, pp. 5-30.
- 25 V. not. <www.rifvel.org>
- 26 V. not. M. Jaspard, « Violence et maltraitance? Le poids des mots et des chiffres », In *Gérontologie et société*, 2000-92, p. 25.
- 27 V. en ce sens A. Terasson de Fougères, « La maltraitance des personnes âgées », In *Revue de droit sanitaire et social*, 2003-39-1, p. 180.
- 28 Pour un bilan assez caractéristique des pratiques, V. not. Inavem (Dir.), *La victimisation des aînés*(s), op. cit., p. 227 et s.
- 29 V. not. sur ce point, Inavem (Dir.), *La victimisation des aînés*(s), op. cit., pp. 233-238.
- 30 Sur ces aspects, V. not. E. De Greeff, « Criminogénèse », In *Actes du 11^{ème} Congrès International de Criminologie*, PUF, Tome IV, 1951-55; D. Matza, *Delinquency and drift*, Ed. J. Wiley, 1964, 199 p.; J. Pinatel, *Le phénomène criminel*, Éd. M.A., 1987, pp. 129-130; R. Cario, *Jeunes délinquants. A la recherche de la socialisation perdue*, Éd. L'Harmattan, coll. Sciences criminelles, 2^{ème} éd. 2000, p. 171 et s.
- 31 V. Rapport M. Debout, op. cit., p. 16 et s.
- 32 V. B. Peter, « Vieillards agressifs et maltraitants », In *Gérontologie et société*, 2000-92, p. 160.
- 33 V. sur ce point not. B. Peter, op. cit., pp. 151-159; C. de Saussure, *Le vieillard auteur de violences à domicile*, *Ibid.*, pp. 161-166; E.A. Fattah, V.F. Sacco, *Crime and victimization of the elderly*, Ed. Springer-Verlag, 1989, 310 p.; S. Gravel, M. Beaulieu, M. Lithwick, « Quand vieillir ensemble fait mal: les mauvais traitements entre conjoints âgés », In *Criminologie*, Vol. 30-2, pp. 67-86; C. Loubières, *L'appréhension du phénomène de maltraitance des personnes âgées par un service d'aide aux victimes*, Mémoire, Dess Droit sanitaire et social, Univ. Pau, 2003, multigraph., 59 p.; C. de Saussure, « Les personnes âgées maltraitées de leur famille », In *Actes du XII^{ème} Congrès de psychogériatrie*, Pau, 2003, à paraître.
- 34 V. plus généralement, M.L. Martinez, « La maltraitance intergénérationnelle: l'éclairage de l'anthropologie relationnelle », In *La victimisation des aînés*(s), op. cit. (2003), pp. 47-65.
- 35 Cité par F. de la Fournière, In Inavem (Dir.), op. cit., p. 263.
- 36 Sur cette « ardoise pivotante », V. not. M.L. Martinez, « Victime et œuvre de justice: éclairage de l'anthropologie relationnelle », In R. Cario (Dir.), *Victimes: du traumatisme à la restauration*, Ed. L'Harmattan, Coll. Sciences criminelles, 2002, pp. 305-344; L. Ploton, *La personne âgée: son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Éd. Chronique sociale, 2003, 250 p.
- 37 Comp. R. Cario, *Introduction aux sciences criminelles*, op. cit., p. 55 et s.
- 38 Le Rapport mondial sur la violence et la santé souligne que, dans les pays en développement, « L'industrialisation détruit peu à peu de vieux schémas d'interdépendance entre les générations d'une même famille. [...] Les réseaux familiaux et communautaires qui soutenaient autrefois la génération plus âgée se sont affaiblis, quand ils n'ont pas été détruits par les mutations économiques et sociales rapides... », op. cit., p. 140.
- 39 V. sur ces points les pertinents développements de J. Pellissier, op. cit., p. 19 et s.; R. Hugonot, op. cit., p. et s. et, plus magistralement encore, S. de Beauvoir, *La vieillesse*, Ed. Gallimard, Coll. Idées, 1979, 2 vol., 408-409.
- 40 V. not. le *Rapport mondial sur la violence et la santé* de l'O.M.S., op. cit., p. 142 et s.
- 41 V. not. J. Pellissier, *Ibid.*, p. 252; J.C. Montfort, *La psychogériatrie*, Puf, Que sais-je?, 1998-3333, 128 p.
- 42 V. le Dossier du *Monde*, La France face à ses vieux, 14-15 sept. 2003, 8 p.
- 43 V. le *Rapport mondial sur la violence et la santé*, op. cit., p. 205 et s.
- 44 V. not. R. Cario, *Victimologie*, op. cit., p. 238 et s.

Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative

Publiée par le ministère français des solidarités, de la santé et de la famille. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), *Études et résultats* n°370 (janvier 2005)

Cette étude qualitative concerne les perceptions et les réactions des personnes âgées face à des comportements négatifs, des atteintes ou des actes de maltraitance dont elles peuvent être victimes en institution ou à leur domicile. Elle avait pour objectif d'une part de caractériser les différents aspects des maltraitements perçus et, d'autre part, de comprendre comment et pourquoi les personnes âgées ou leur entourage décident de porter plainte. Cette enquête qualitative s'appuie sur l'analyse de dossiers de plaintes adressées à la Direction générale des affaires sociales (DGAS – France) en 2002 et 2003 et d'entrevues semi-directives menées par des sociologues auprès d'une quarantaine de personnes âgées qui n'avaient pas porté plainte. À partir de l'examen des motifs de plaintes et des personnes mises en cause dans les dossiers et les entretiens, une typologie des « atteintes » a été élaborée, fondée sur les perceptions des personnes âgées. Leurs réactions, qui vont de la banalisation ou de la légitimation des atteintes à des dénonciations et demandes de réparation, y sont enfin décrites et analysées.

Disponible au <www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er370.pdf>



Le CPM à la défense des personnes âgées

M^e Dominique Demers, directrice générale adjointe, Conseil pour la protection des malades (CPM)

Le Conseil pour la protection des malades, anciennement Comité provincial des malades (CPM), milite depuis plus de 30 ans pour la défense des droits des personnes âgées, principalement celles hébergées dans les établissements de santé au Québec. Quel est le constat qui se dégage après 30 années vouées à la défense des droits des personnes âgées? Comment ce réseau de la santé s'acquitte-t-il de sa mission relativement à cette clientèle? L'auteure dresse un portrait critique peu reluisant de la situation.

Un bilan du CPM des visites d'appréciation en CHSLD

En décembre 2003, le CPM a été mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, pour faire partie des équipes d'appréciation de la qualité du milieu de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Le constat qui s'en dégage après 47 visites résumées dans un rapport déposé en juin

2004 est pour le moins désastreux et c'est pourquoi le ministre lui-même n'a pas hésité à parler « d'échec de société » dans la conférence de presse rendant public ce rapport. Une prise de conscience générale était enfin amorcée.

Subséquent, en décembre 2004 et juin 2005, le CPM rendait également publics ses propres suivis des recommandations effectués auprès des comités des usagers des établissements visités. Tous sont unanimes pour dire que les visites

d'appréciation avaient permis d'améliorer la condition de vie des résidents mais qu'il restait encore beaucoup à faire avant de dire « mission accomplie ».

Précédemment à cette démarche, en octobre 2003, le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait les orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* (voir sur le site du MSSS au <www.msss.gouv.qc.ca>). Ce document, qui se veut un outil unificateur et mobilisateur,

visait à inscrire les CHSLD dans une démarche d'amélioration de la qualité et voulait soutenir les établissements dans la réalisation de leurs mandats.

Ce document présente des orientations sur la philosophie et les pratiques devant prévaloir en CHSLD, endroit qui constitue le milieu de vie substitut, le nouveau domicile au sein duquel de nombreuses personnes poursuivent leur cheminement de vie et la termineront probablement. La page introductive des orientations donne le ton en annonçant le changement de mentalité devant s'opérer dans nos CHSLD :

« Afin de contrer les effets pervers de l'institutionnalisation, il devient impératif de combattre la dépersonnalisation souvent associée à des horaires rigides et à l'environnement physique non stimulant du milieu institutionnel traditionnel en promouvant la création d'un environnement favorable à répondre le mieux possible aux besoins des résidents. Il est essentiel de créer un milieu de vie dans lequel des services et des soins de qualité seront dispensés, en partant des besoins, des goûts, des habitudes et des valeurs des personnes et de leur famille. »

Au terme des visites d'appréciation dans les CHSLD, le CPM est à même de témoigner du chemin important qu'il faudra parcourir pour contrer la dépersonnalisation des soins et services dans les centres d'hébergement et c'est un combat qu'il mène depuis plus de 30 ans. Un travail colossal attend le réseau de l'hébergement au Québec pour implanter les orientations ministérielles.

Constater un milieu de vie de qualité, c'est davantage que de voir un bâtiment rénové ou un personnel qualifié... C'est aussi une question d'atmosphère. Les connaissances (savoir) et les aptitudes (savoir-faire), bien qu'essentielles pour travailler auprès des personnes hébergées, ne suffisent pas; certaines valeurs, qui se manifestent dans l'attitude (savoir-être) du

personnel, doivent être présentes pour offrir un milieu de vie de qualité et des soins empreints d'humanisme. Si le savoir et le savoir-faire peuvent facilement s'enseigner, le savoir-être est davantage intrinsèque à la personne: chaleur, générosité, respect, empathie, patience, tolérance, flexibilité, disponibilité, souplesse, motivation et créativité sont des valeurs nécessaires pour œuvrer auprès des personnes hébergées.

Un peu d'histoire

Le CPM s'est toujours impliqué avec ardeur dans la défense des droits des personnes hébergées en CHSLD. Il faut reculer jusqu'en 1972 pour trouver l'origine du CPM avec son fondateur Claude Brunet, qui était alors hébergé au tristement notoire centre Saint-Charles-Borromée. L'éveil de M. Brunet et de quelques autres personnes pour la cause des malades les amènera à proposer la présence d'un comité des malades dans les établissements. Cette requête se traduit, en 1973, par l'adoption de la Loi 65 qui introduit les comités des bénéficiaires dans les hôpitaux pour malades à long terme et les centres d'hébergement.

Leur lutte pour faire contrepoids aux syndicats et au laxisme des administrations amène Claude Brunet et ses collègues à fonder le Comité provincial des malades (CPM). C'est en 1974 que le CPM, dirigé par Claude Brunet, est officiellement fondé. Depuis lors, il compte toujours parmi ses membres plus de 300 comités des usagers répartis à travers le Québec. Le CPM rencontre régulièrement ces comités pour leur apporter le support nécessaire à la réalisation de leur rôle.

Nos services

Aujourd'hui, le mandat du CPM s'est considérablement accru, mais les origines relatives à la protection des personnes hébergées demeurent. L'organisme met à la disposition du grand public un service



*Claude Brunet, 1940-1988
Fondateur du CPM et ardent défenseur
de la cause des personnes malades*

gratuit de consultation juridique relatif aux droits des usagers dans le réseau de la santé. De plus en plus, les directions et les intervenants de la santé n'hésitent pas à demander l'opinion du CPM sur une question touchant le respect des droits des usagers. Partout où il peut intervenir pour assurer cette défense collective des droits, il est présent. Que ce soit auprès des médias, du gouvernement, du législateur ou d'organismes voués de près à la qualité des services offerts dans le réseau de la santé, il profite de toutes ces tribunes pour faire valoir le point de vue des usagers.

Le CPM a développé au fil des ans une expertise qui lui permet aujourd'hui d'offrir une gamme de formations sur le respect des droits des usagers auprès des employés, administrateurs et cadres des établissements de santé. Si le CPM encourage toute dénonciation d'abus, il s'active par ailleurs pour prévenir ces abus en offrant de la formation aux personnes qui, de près ou de loin, travaillent avec les usagers.

Le CPM réalise également sa mission de promotion des droits des usagers et d'humanisation des soins avec la publication de son magazine *Justice-Santé*. Pour plus d'information sur les services offerts par le CPM, nous vous invitons à consulter notre site Internet au <www.cpm.qc.ca>

L'exploitation des personnes âgées

À la fin de l'an 2000, le CPM participait à la vaste consultation publique initiée par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) sur l'exploitation des personnes âgées. En octobre 2001, elle rendait public le rapport de consultation faisant état de nombreuses lacunes dans le filet de protection des personnes âgées contre l'abus et l'exploitation. Quarante-huit recommandations émergeaient de ce rapport. L'étude de suivi déposée en mai 2005 témoigne de la lenteur de la mise en œuvre des correctifs recommandés (vous pouvez consulter les deux rapports sur le site Internet de la CDPDJ au <www.cdpedj.qc.ca>).

Les soins intimes

Dans son rapport de consultation déposé en 2001, la Commission s'était engagée à revoir les lignes directrices qu'elle avait émises en 1986 sur la sexualisation des postes en lien avec l'assistance aux bénéficiaires de services de santé pour

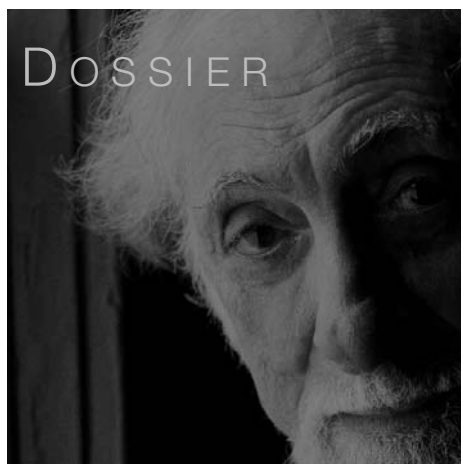
leurs soins intimes. La Commission reconnaît aux personnes hébergées le droit de choisir une personne du sexe de son choix pour ses soins intimes depuis de nombreuses années et le CPM avait entrepris cette bataille à la fin des années '70. Malgré la position claire à cet effet, le CPM se bat régulièrement encore aujourd'hui pour faire reconnaître ce droit fondamental dans certains établissements.

De nouvelles lignes directrices à ce sujet sont émises en mai 2005 et confirment ce droit en lien direct avec le droit à la sauvegarde de sa dignité, au droit à l'intégrité de sa personne et le droit au respect de sa vie privée (voir le document sur le site de la CDPDJ). Il est impossible de réparer ou d'effacer une violation au droit à la dignité ou à la pudeur. Une personne blessée dans son intimité personnelle restera marquée à jamais et pourtant, de nombreux centres d'hébergement ne prennent même pas la peine de demander aux nouveaux résidents leur préférence à ce niveau. On découvrira souvent ce malaise après une manifestation d'agitation excessive ou d'autres comportements perturbateurs lors de la période du bain ou de l'administration des soins intimes au lit.

Un portrait peu reluisant

Le CPM constate régulièrement les ratés du réseau de la santé, particulièrement face aux personnes vulnérables qui pourtant, devraient être protégées par ce même réseau. Comment se fait-il qu'en 2005, une personne âgée puisse encore mourir de déshydratation en établissement, étranglée par sa contention, mourir de peur des représailles ou simplement mourir dans la solitude et l'oubli? Comment se fait-il qu'en 2005, on tutoie encore des résidents, qu'on s'adresse à eux dans un langage infantilisant, que des gens vivent dans un environnement d'hébergement impersonnel?

Si tous les dispensateurs de soins de santé ne disposaient que d'un jugement « du gros bon sens » et d'un professionnalisme raisonnable dans leurs fonctions, de nombreux abus seraient évités. Après plus de 30 années passées à la défense des droits des usagers, on se rend compte qu'encore aujourd'hui, certaines batailles doivent continuer d'être menées. Le CPM est convaincu que dans un contexte de transformation du réseau, l'éducation aux droits des usagers est plus que jamais essentielle.



Vivre en sécurité et dans la dignité

Sylvie Lantier, conseillère en communications,
Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux

Protecteur des usagers
en matière de santé
et de services sociaux
Québec

Depuis quelques années, le réseau de la santé et des services sociaux traite annuellement environ 19 000 plaintes d'usagers insatisfaits des soins ou services qu'ils ont reçus ou qu'ils auraient dû recevoir. De ce nombre, quelque 600 sont acheminées au Protecteur des usagers. Nous constatons que très peu de ces plaintes dévoilent des situations d'abus, la crainte des représailles ou la vulnérabilité des usagers victimes de ces abus expliquant en partie cette situation.

Par contre, les signalements, soit une centaine l'an dernier, témoignent davantage de la qualité des milieux de vie ou de soins dans lesquels évoluent ces usagers. Le présent article résume les principaux constats qui découlent de l'analyse des plaintes et des signalements reçus par le Protecteur des usagers et portant sur les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les résidences privées sans permis.

Ce que nous révèlent les plaintes et les interventions

Le premier type de lacune qui a été observé concerne le manque de ressources humaines qualifiées ou leur mauvaise répartition. Conséquemment, les soins et les services ne sont pas fournis ou le sont, mais non de façon continue ou encore fournis par du personnel qui n'est pas qualifié pour le faire.

On constate par exemple dans certaines résidences privées sans permis, l'absence d'infirmières ou d'infirmières auxiliaires, obligeant des préposées aux bénéficiaires à prendre en charge l'ensemble des soins infirmiers, sans avoir la formation requise pour le faire et sans encadrement approprié.

Nous avons également relevé l'absence de politiques et de procédures – notamment en matière de contention – ou la méconnaissance de celles-ci par le personnel, le manque de formation pour les appliquer, leur non-respect par le personnel et le laisser-faire de la direction pour garantir ce respect.

Par exemple, dans un CHSLD, on a attendu 24 heures avant d'aviser les membres d'une famille que leur mère de 85 ans avait été transférée à l'hôpital après avoir subi une fracture au fémur à l'occasion d'une chute. La procédure en vigueur dans l'établissement ne contenait aucune mesure concernant l'information à donner à la famille.

Le Protecteur des usagers a aussi constaté des pratiques institutionnelles contraignantes pour les usagers ou inadéquates pour assurer une qualité de soins. Souvent, ces pratiques sont motivées par une répartition des tâches entre le personnel de nuit et le personnel de jour, sans tenir compte des besoins des usagers. Le meilleur exemple de ces pratiques sont les levers hâtifs, alors que le personnel de nuit lève et installe les résidents pour un déjeuner qui ne sera servi que trois ou quatre heures plus tard.

Le fait que la répercussion négative de ces pratiques sur les usagers n'est perçue ni par le personnel ni par la direction de l'établissement est, à notre avis, inquiétant. Comme ces pratiques sont généralisées, elles sont vues comme une norme acceptable, même si leur application – de toute évidence – va à l'encontre des droits des usagers.

Le Protecteur des usagers a aussi constaté dans certains CHSLD et résidences privées un manque de professionnalisme et de compétence du personnel dans l'accomplissement des soins. On a également relevé des attitudes et des comportements inappropriés ou irrespectueux du personnel envers les usagers.

Certains manquements sont le fait d'un employé en particulier ou de quelques individus, et ils surviennent de façon occasionnelle. Par exemple, on reproche à des membres du personnel :

- D'avoir une attitude autoritaire qui terrorise les usagers ;
- De faire des commentaires désobligeants à propos du comportement ou des habitudes des usagers ;
- D'avoir envers les usagers des attitudes négatives ou quasi punitives lorsqu'ils savent qu'il y a eu plainte à leur égard ;
- De faire preuve d'un certain laisser-aller dans les soins d'hygiène corporelle ou un manque de délicatesse dans les contacts physiques avec les usagers.

De telles situations ont évidemment des répercussions directes sur les usagers. Elles créent un climat organisationnel peu compatible avec les normes d'un milieu de vie qui se veut serein et attentif aux besoins et à la vulnérabilité des personnes.

Enfin, il est important de noter que les attitudes et les comportements répréhensibles ont été portés à l'attention de la direction et que les employés en cause ont fait l'objet de sanctions ou, dans les cas les plus graves, ont été congédiés.

En dernier lieu, un certain nombre de plaintes et de signalements faits au Protecteur des usagers ont soulevé des lacunes, parfois importantes, dans la transmission d'information aux familles et dans la communication entre le personnel et les familles, notamment lorsqu'il y a des différends. Par exemple, une famille déplore le fait de ne pas avoir été informée adéquatement de l'évolution de l'état de santé de l'utilisateur dans les semaines qui ont précédé son décès, ce qui ne lui a pas permis d'être associée plus étroitement à la décision de mettre en œuvre des soins palliatifs, l'utilisateur étant inapte à donner lui-même son consentement.

Les familles acceptent mal d'être placées devant un fait accompli au moment d'une visite sans pouvoir faire prévaloir ou même exprimer leur choix ou leur préférence. Ce manque d'informations et de communication engendre des conflits qui, s'ils ne sont pas gérés adéquatement, s'aggravent et peuvent empoisonner les rapports entre les familles et les équipes de soins.

L'importance de la transmission des informations s'applique à tous les niveaux : entre la préposée aux bénéficiaires et l'infirmière auxiliaire et entre celle-ci et l'infirmière. Dans certains établissements, cette circulation de l'information au sein de l'équipe soignante est déficiente, au point que l'esprit d'équipe n'y règne pas.

Quelles leçons tirer de ces plaintes et de ces signalements?

On peut tirer plusieurs enseignements de l'analyse des plaintes et des signalements. Certes, ce sont toujours des individus qui commettent des manquements ou qui manifestent certaines incompétences, mais l'immense majorité de ces lacunes et insuffisances est influencée, voire déterminée, par des facteurs d'ordre systémique ou organisationnel. Il peut s'agir de pénurie de main-d'œuvre qualifiée, d'équipements désuets, d'absence de formation ou de mise à jour des connaissances, d'une organisation du travail déficiente, d'une mauvaise tenue des dossiers ou de l'absence d'encadrement.

À notre avis, la protection des personnes vulnérables ne peut pas être abordée sous l'angle exclusif des manquements individuels ou même du respect des droits individuels. C'est toute une culture professionnelle et organisationnelle empreinte de valeurs de respect et de compassion qu'il faut faire germer dans les milieux de vie de ces personnes.

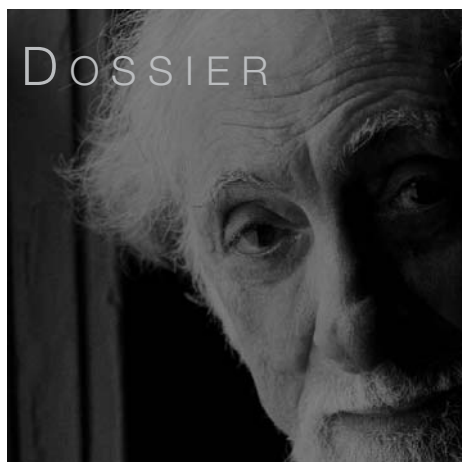
On doit donc approfondir, dans chaque milieu de vie ou à l'échelle de chaque établissement, une culture marquée par le respect des droits et la protection des personnes vulnérables. Si l'on vise une protection véritable et durable des personnes vulnérables, il faut que le souci de cette protection s'implante et s'enracine dans les mentalités et les pratiques des équipes soignantes et des intervenants. C'est donc de l'intérieur de chaque établissement et de chaque résidence privée d'hébergement que doit venir le changement.

Le Protecteur des usagers a pour mission de veiller au respect des usagers et de leurs droits.

Pour ce faire :

- Il examine les plaintes en deuxième et dernier recours que lui soumettent l'utilisateur, sa famille ou son représentant ;
- Il effectue des interventions sur des situations qui lui sont signalées ;
- Il peut formuler des avis auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux ou des instances du réseau de la santé et des services sociaux sur des questions jugées importantes pour le bien-être des usagers et pour la protection de leurs droits.

Pour en connaître davantage sur la mission du Protecteur des usagers et sur le régime d'examen des plaintes, consulter le <www.protecteurdesusagers.gouv.qc.ca> ou composez, pour la région de Montréal, le 514.873.3205 ou le 1.877.658.2625.



L'intervention de la Commission des droits auprès des personnes âgées : l'équilibre entre la protection contre l'exploitation et le respect de l'autonomie de la volonté des personnes âgées

Françoise Schmitz, enquêtrice-médiatrice, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse



La Charte des droits et libertés de la personne contient une disposition particulière qui cible les personnes âgées; en effet, l'article 48 de la Charte affirme le droit de celles-ci d'être protégées contre toute forme d'exploitation¹. La Commission a donc pouvoir de faire enquête lorsqu'elle a des raisons de croire qu'une personne se trouve dans une telle situation. Conscient de la difficulté pour une victime d'avoir accès au recours, le législateur a prévu que ce pouvoir peut même s'exercer « sans le consentement » de la victime.

¹ Sur l'article 48, consultez le texte de M^e Josée Dallaire, pages 18 à 20

L'enquêteur à qui une situation problématique est rapportée devra d'abord évaluer la vulnérabilité de la présumée victime; l'adjectif «vulnérable» est défini ainsi par le *Petit Robert*: «*qui peut être facilement atteint, se défend mal*». Il est clair que l'âge, de façon générale, entraîne une vulnérabilité de plus en plus accentuée de la personne, dont la capacité de défense peut être affaiblie.

Cette vulnérabilité peut amener la personne âgée à être dépendante de son entourage physiquement, mentalement ou sur le plan émotif. C'est à ce moment-là que se situe le risque que s'instaure une relation de pouvoir dont une autre personne pourrait tirer profit pour porter atteinte aux droits de la personne âgée. Les éléments constitutifs de l'exploitation au sens de la Charte sont alors réunis.

Ces situations d'exploitation compromettent souvent des droits fondamentaux comme le droit à la sauvegarde de sa dignité, le droit au respect de sa vie privée, le droit à la jouissance et à la libre disposition des biens; ces aspects seront pris en compte dans l'enquête ainsi que la présence de facteurs de risques tels que l'isolement, l'épuisement ou la malveillance des proches, un passé de violence familiale ou le manque de ressources.

Une préoccupation importante de l'enquêteur sera d'établir la limite entre la protection contre l'exploitation, liée à l'établissement de la vulnérabilité réelle de la personne âgée, et le respect de l'autonomie de la volonté de celle-ci. En effet, contrairement à la *Loi de protection de la jeunesse* qui comporte des restrictions aux droits fondamentaux des enfants, les dispositions de la Charte ayant trait aux personnes âgées doivent s'appliquer dans le respect de ceux-ci.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la Commission peut faire enquête de sa propre initiative, «sans le consentement de la victime», sur la base d'une dénonciation par un membre de la

famille, un voisin ou suite au signalement fait par un travailleur social.

La procédure d'enquête entraîne une intrusion importante dans la vie privée de la personne vulnérable, qui exige d'agir avec respect et délicatesse; c'est pourquoi, tout particulièrement dans un contexte où ce sont des membres d'une famille qui allèguent que d'autres membres exploitent un parent, la première personne à rencontrer est la présumée victime afin de connaître sa position, de vérifier si elle est dans une situation de vulnérabilité et de dépendance et d'éviter de la protéger contre son gré au mépris de l'autonomie de sa volonté. Il convient donc de faire preuve de circonspection dans la décision de tenir enquête sans le consentement de la victime et, d'autre part, dans la définition de la vulnérabilité, afin que le droit à la protection contre l'exploitation ne brime pas les droits fondamentaux des personnes âgées.

Prenons comme exemple la situation suivante signalée par un CLSC: une dame de plus de 80 ans donnait depuis un certain temps des sommes importantes à une personne recommandée par sa soeur religieuse, qui se plaignait de malheurs qui l'accablaient et qui se retrouvait avec charge de trois enfants et de faibles revenus. Les informations obtenues étaient à l'effet que cette personne profitait de la crédulité de la présumée victime pour lui «soutirer» de l'argent. Lors de notre visite chez la présumée victime, celle-ci nous a déclaré, après que nous lui ayons fait part des informations recueillies sur le présumé «exploiteur», qu'elle avait agi selon sa conscience et ses valeurs et que, quoiqu'il en soit et malgré les informations transmises, elle ne regrettait pas ses gestes de charité et ne souhaitait pas que notre organisme se mêle de ses affaires. Nous n'avons pas poursuivi l'enquête dans un contexte où la volonté clairement exprimée par cette personne devait être respectée et où sa vulnérabilité n'était pas établie.

Il faut considérer et accepter le fait que certaines personnes, en toute conscience

et malgré leur vulnérabilité, fassent des choix de vie pour des raisons qui méritent d'être prises en compte: le maintien des liens familiaux, le refus de quitter un milieu de vie auquel elle est habituée (même si nous le considérons malsain), etc.

Avant d'autoriser une intervention publique de protection, contre la volonté de la personne, il y a lieu de bien évaluer les effets de cette intervention, notamment sur le plan émotif. Ainsi, si une personne «pour son bien» est coupée de ses liens familiaux ou déracinée de son milieu de vie, quel bénéfice réel notre intervention a-t-elle apporté?

Cette préoccupation est au cœur du travail de l'enquêteur dans ce domaine et il est parfois difficile d'établir des balises claires quant à l'opportunité d'une intervention d'un organisme public en l'absence du consentement de la victime, s'il n'y a pas eu de menaces ou de manœuvres frauduleuses qui auraient empêché de donner un consentement libre et éclairé.

Une fois la vulnérabilité établie, se pose la question de la mise à profit d'une personne en position de force au détriment des intérêts de la personne âgée. L'abus peut se manifester par une disproportion, un déséquilibre important et non justifiable dans les rapports, la personne en position de force abusant de la position de vulnérabilité de la personne âgée.

Ainsi, une personne âgée pourra faire des cadeaux importants et trop généreux (à nos yeux ou aux yeux de ses héritiers naturels) à une nouvelle relation de laquelle elle espère affection et attention, mais la connaissance par celle-ci des effets désastreux de ces largesses pour son bienfaiteur amènera à considérer qu'il y a mise à profit d'une position de force (d'influence) aux détriments des intérêts de la personne âgée. L'évaluation de ce déséquilibre est un exercice délicat fondé sur l'évaluation de la preuve dans chaque situation dénoncée.

Dans les situations où la personne âgée donne des signes d'inaptitude, l'enquêteur signalera au Curateur, comme le prévoit l'article 71 de la Charte, tout besoin de protection qu'il estime être de sa compétence.

Notons en terminant l'importance de la concertation et de la collaboration avec les intervenants du réseau lors des interventions de l'enquêteur. Ainsi, lors d'une visite au domicile, il y a lieu d'être accompagné d'une personne, généralement un travailleur social, qui a déjà établi un lien de confiance avec la personne âgée.

Module en ligne - Personnes âgées

Informations et exercices relatifs aux droits et libertés de la personne appliqués à la réalité des personnes âgées

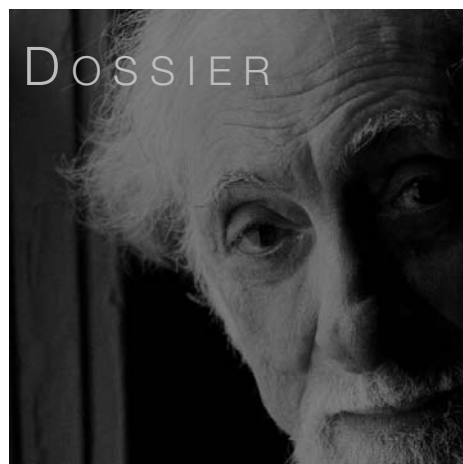
Disponible au
<[www.cdpdj.qc.ca/fr/
module-personnes-agees](http://www.cdpdj.qc.ca/fr/module-personnes-agees)>



Exploitation des personnes âgées

Mai 2005 – Rapport sur la mise en œuvre des recommandations formulées par la Commission dans son rapport *L'exploitation des personnes âgées: vers un filet de protection resserré*, publié 2001.

Disponible en format PDF sur le site de la CDPDJ au
<www.cdpdj.qc.ca/fr/publications/docs/Suivi_exploitation.pdf>



4 avril 2005 : l'arrêt Vallée

M^e Josée Dallaire, représentante régionale, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

Le 3 juin 2003, dans l'affaire CDPDJ (*Marchand*) c. *Vallée*, le Tribunal des droits de la personne condamnait Mme Vallée à verser des dommages-intérêts de 66 599 \$ à M. Marchand, alors âgé de 84 ans, pour avoir systématiquement contribué à dilapider les économies de toute sa vie et même à lui faire accumuler des dettes. Mme Vallée avait fait appel. Le 4 avril 2005, dans un jugement détaillé, notamment en ce qui concerne l'interprétation et la portée de l'article 48 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, la Cour d'appel a maintenu, sur le fond, la décision du Tribunal des droits de la personne. L'article expose les tenants et aboutissants de cette affaire.

Les faits

Le plaignant, M. Roland Marchand, était âgé de 81 ans au moment des faits en litige. En 1998, plusieurs événements malheureux vont affecter son autonomie. Il perd la vue et ne peut plus conduire son automobile. Il éprouve d'autres problèmes de santé, aux plans auditif et cardiaque; il est porteur d'un régulateur cardiaque. En mai, il devient veuf après 60 ans de mariage.

À l'automne, se sentant triste et déprimé, il déménage sur les conseils de ses filles dans un immeuble à logements pour personnes âgées autonomes. C'est à cette occasion qu'il fait la connaissance de la mise en cause qui est serveuse au restaurant de l'immeuble. Elle est âgée de 47 ans. Une relation amoureuse se développe entre eux au point où à l'automne 1999, le plaignant propose à la mise en cause de l'épouser.

Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation.

Toute personne a aussi droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu.

Article 48 de la *Charte des droits et libertés de la personne*
(L.R.Q. c. C-12)

Pendant la période de leurs fréquentations, le plaignant fait plusieurs transactions financières qui dérogent à ses habitudes : retraits par guichet automatique totalisant 75 000\$; paiements par cartes de crédit; encaissements de placements; cadeaux à la mise en cause totalisant 53 000\$ (bijoux, lingerie, lit solaire...); investissements dans une maison dont ils sont copropriétaires mais que le plaignant n'habitera jamais; achat d'une voiture neuve (Volkswagen cabriolet). Au début de sa relation avec la mise en cause, ses avoirs totalisaient 118 000\$; à la fin de la période visée, soit 30 mois plus tard, ses avoirs totalisaient 8 390\$. Alors qu'avant de connaître la mise en cause le plaignant faisait une gestion prudente de ses biens, à la fin de sa relation avec elle, il avait accumulé plusieurs dettes, notamment envers le fisc.

Pendant cette période, la relation avec ses filles s'est détériorée.

En défense, la mise en cause a fait valoir essentiellement que le plaignant lui faisait des cadeaux dont la valeur n'était pas exagérée compte tenu de leur relation.

Le jugement du Tribunal des droits de la personne

Le Tribunal rappelle que l'exploitation comprend les trois éléments suivants : 1. une mise à profit; 2. d'une position de force; 3. au détriment d'intérêts plus vulnérables.

Selon le Tribunal, la preuve a révélé que le plaignant était une personne âgée qui était bel et bien dans un état de vulnérabilité au cours de sa relation avec la mise en cause. Pour en arriver à cette conclusion, le Tribunal a tenu compte des événements qui se sont produits avant de débiter sa relation avec la mise en cause (limitations aux plans visuel, auditif et cardiaque; deuil; changement de milieu de vie), mais aussi des différentes évaluations médicales et psychosociales qui constataient que le plaignant souffrait d'un déficit cognitif depuis quatre ou cinq ans, qu'il souffrait d'un trouble du jugement et que sa capacité à gérer ses biens était diminuée.

Le Tribunal considère alors

« qu'une personne raisonnable placée dans la même situation que la mise en cause, et qui entretient de surcroît une relation intime avec un être cher n'adopterait pas un comportement destiné à l'encourager et l'inciterait encore moins à effectuer des dépenses exorbitantes à son bénéfice. Une personne raisonnable prendrait plutôt différentes mesures visant à pallier la prise de décisions pour le moins irréflechies afin de s'assurer qu'une personne vulnérable aux plans physique, mental et psychologique ne dilapide pas ses avoirs ».

Après avoir analysé la preuve présentée devant lui, le Tribunal conclut que la mise en cause a exploité le plaignant et que ce faisant, elle a porté atteinte de manière discriminatoire à son droit à la sauvegarde de sa dignité.

Il accorde la totalité des sommes réclamées (36 599\$) à titre de dommages matériels et la totalité des sommes réclamées (20 000\$) à titre de dommages moraux. Le Tribunal déduit également des agissements de la mise en cause qu'elle avait bel et bien l'intention d'exploiter le plaignant et la condamne à lui verser 10 000\$ à titre de dommages-intérêts punitifs.

Il ordonne enfin que la mise en cause cesse tout contact avec le plaignant.

Le jugement de la Cour d'appel

Le jugement du Tribunal des droits de la personne est porté en appel par la mise en cause. Le litige concernait l'interprétation et l'application de l'article 48 de la *Charte des droits et libertés de la personne*. La mise en cause faisait valoir trois arguments :

1. Le droit prévu à l'article 48 de la Charte ne constitue pas un droit distinct de ceux conférés à une personne âgée par le Code civil du Québec;
2. Il s'ensuit que, selon les règles usuelles du C.c.Q., les donations consenties par le plaignant sont valides puisque son consentement n'était entaché d'aucun vice;
3. L'octroi de dommages moraux et punitifs est mal fondé en fait et en droit.

Sur le droit prévu à l'article 48

La Cour d'appel conclut que le droit reconnu à l'article 48 offre une protection plus large que celle prévue au Code civil du Québec. Elle est d'avis que l'article 48 constitue un droit substantiel qui confère à la personne âgée le droit strict d'être protégée contre toute forme d'exploitation. Il englobe tant les droits énoncés au Code civil que ceux qui n'y sont pas prévus, dans la mesure où une personne âgée est victime d'exploitation.

En ce sens, l'article 48 de la Charte ajoute aux dispositions du C.c.Q. une dimension supplémentaire : d'une part, elle étend la protection aux personnes âgées victimes d'exploitation sans égard à la validité de leur consentement ou à l'existence d'un régime de protection et d'autre part, elle vise toute forme d'exploitation et ne se limite pas au seul contrôle des actes juridiques et obligations contractées par les personnes âgées.

Les facteurs qui militent en faveur de cette interprétation large :

- *Les règles usuelles d'interprétation* : le caractère quasi-constitutionnel de la Charte justifie une interprétation large et libérale de ses dispositions.
- *Les termes utilisés* : lorsque le législateur a voulu limiter la portée d'une disposition de la Charte, il l'a expressément énoncé. Ce n'est pas le cas de l'article 48 qui est rédigé dans des termes qui peuvent être qualifiés d'absolus. Par conséquent, la volonté du législateur n'était certainement pas de l'assujettir aux dispositions prévues dans d'autres lois.
- *Le contexte législatif international* : les différents instruments juridiques internationaux que nous avons ratifiés reconnaissent le besoin d'adopter des mesures sociales susceptibles de protéger les personnes âgées qui sont considérées comme des personnes vulnérables.
- *L'insuffisance des dispositions du Code civil du Québec* : la protection offerte aux personnes âgées par les dispositions du Code civil est limitée.

Elles laissent sans défense les personnes âgées et les personnes handicapées lorsque celles-ci ne font pas l'objet d'un régime de protection ou lorsqu'elles ne sont pas protégées par d'autres mesures. Le Code civil limite son action aux actes juridiques et obligations contractées par les majeurs inaptes et donc n'offre aucune protection contre d'autres formes d'exploitation, notamment celles résultant de l'imposition de mauvaises conditions d'hébergement, ou celles résultant d'une exploitation d'ordre physique, psychologique, social ou moral.

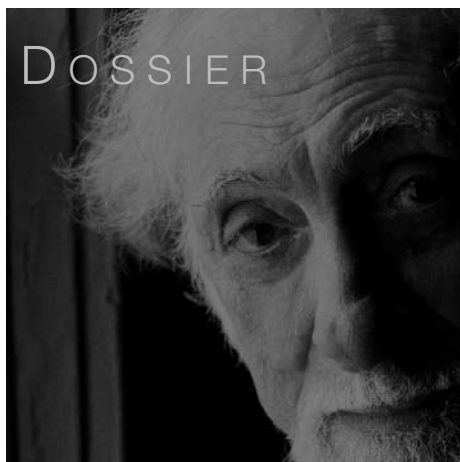
La Cour cite diverses décisions rendues par le Tribunal des droits de la personne en matière d'exploitation de personnes âgées et salue le choix du Tribunal de souscrire à une interprétation large de l'article 48. Elle trace ensuite l'évolution du concept de lésion que l'on retrouve au Code civil et conclut que l'article 48 s'en rapproche en réprochant toute forme d'abus dont peuvent être victimes les personnes âgées, un abus qui peut se manifester par une disproportion, un déséquilibre important et injuste dans leurs rapports avec autrui.

Sur le consentement du plaignant

La Cour reconnaît qu'une personne âgée, même vulnérable, conserve l'entier contrôle de ses biens et qu'elle peut en disposer selon sa volonté et même à son détriment. Ce n'est donc pas la seule condition de vulnérabilité d'une personne âgée qui fonde le recours en vertu de l'article 48. La Cour rappelle que ce recours exige la preuve de l'exploitation de la personne âgée soit « *une mise à profit, de la part d'une personne en position de force, au détriment d'intérêts plus vulnérables* ».

La Cour énumère les faits qui l'amène à conclure, tout comme le Tribunal des droits de la personne, que la mise en cause occupait une position de force par rapport au plaignant. Essentiellement, elle retient que la mise en cause a cherché à isoler le plaignant de sa famille et lui a fait miroiter des projets de vie commune qu'elle n'a jamais sérieusement partagés.

La Cour souligne que l'évaluation du degré de déséquilibre entre deux parties est une question d'appréciation de preuve et qu'il n'y a pas lieu de substituer la leur à celle du Tribunal des droits de la personne.



Comment évaluer le danger chez les personnes âgées à domicile?

Louis Plamondon, juriste et sociologue, Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal

Sylvie Lauzon, professeure, directrice, École de Sciences infirmières, Université d'Ottawa

Dr Charles-Henri Rapin, professeur, directeur, Centre interfacultaire de gérontologie, Université de Genève

Marc Bourdeau, statisticien, professeur, École Polytechnique, Université de Montréal

L'étude réalisée et dont les résultats sont présentés ici n'est pas une étude de prévalence ni d'incidence des abus et négligence dans les services à domicile. Elle pourrait être une étape essentielle pour y parvenir. Elle a permis la mise à disposition depuis 2003 de l'Outil de Dépistage et d'Intervention des Victimes Aînées (ODIVA)¹.

¹ L'outil est présenté aux pages 23 à 25. L'étude ODIVA a fait l'objet de présentation et publication au 19^{ème} Congrès de la Société de Psychogériatrie de langue française (Pau, France, 2003) et au Congrès de la Société suisse de gérontologie (Genève, 2001).

Sur les dommages moraux et punitifs

La Cour rappelle que dans le cadre d'un recours en réparation fondé sur l'article 49 de la Charte, les principes usuels de la responsabilité civile s'appliquent, soient la preuve de la faute, des dommages et du lien de causalité.

Elle est d'avis que l'octroi de dommages moraux était justifié, la violation du droit reconnu à la Charte constituant la faute. Quant au montant de 20 000\$, la Cour a décidé qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir, même si le montant pouvait paraître élevé par rapport à la réclamation. Dans les circonstances propres de cette affaire, la Cour évalue que le montant est raisonnable pour compenser les dommages subis par le plaignant.

Pour les dommages punitifs, la Cour précise que leur évaluation doit tenir compte des facteurs énumérés à l'article 1621 C.c.Q. qui se lit comme suit :

«Lorsque la loi prévoit l'attribution de dommages intérêts punitifs, ceux-ci ne

peuvent excéder en valeur ce qui est suffisant pour assurer leur fonction préventive.

Ils s'apprécient en tenant compte de toutes les circonstances appropriées, notamment de la gravité de la faute du débiteur, de sa situation patrimoniale ou de l'étendue de la réparation à laquelle il est déjà tenu envers le créancier, ainsi que, le cas échéant, du fait que la prise en charge du paiement réparateur est, en tout ou en partie assumée par un tiers».

Après avoir souligné que la juge de première instance n'avait pas donné d'indications qui permettaient de savoir comment les dommages octroyés ont été établis, la Cour conclut que la preuve ne justifiait pas l'octroi de dommages punitifs

et les retranche de la condamnation. Elle motive sa décision par la situation patrimoniale de la mise en cause et l'étendue de la réparation à laquelle elle fût tenue.

Date du jugement : 4 avril 2005

Jugement : Jeanne Vallée c. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (Roland Marchand)
<<http://www.canlii.org/qc/jug/qcca/2005/2005qcca316.html>>

Cour et district : Cour d'appel, district de Montréal

No de Cour : 500-09-013539-036

Juges : France Thibault, Allan R. Hilton, Marie-France Bich

Dissidence du juge Hilton : Il est d'avis d'accueillir le pourvoi et de rejeter le recours du plaignant intenté devant le Tribunal des droits de la personne. Il ne considère pas que le comportement de la mise en cause équivaut à de l'exploitation. Subsidiairement, même s'il avait conclu que le recours du plaignant était bien fondé, il n'aurait accordé ni dommages moraux, ni dommages exemplaires. Il est cependant d'accord avec la décision de la majorité à l'égard de l'interprétation de l'article 48 de la Charte. Pour lui aussi, ce droit constitue un droit distinct de ceux conférés au C.c.Q. et offre une protection plus large aux personnes âgées et handicapées.



L'objet de l'outil ODIVA : évaluer le danger !

Notre étude est constituée d'un relevé sous forme écrite d'histoires de cas d'abus et négligence (N=196) dans un territoire homogène (les Services à domicile du Canton de Vaud en Suisse (SAD) entre 2000 et 2002, avec des témoins regroupés au hasard accidentel ou de convenance,

représentant toute la diversité des fonctions dans les SAD : infirmières, soignantes, auxiliaires de santé, auxiliaires familiales, préposés aux repas à domicile. Notons que les histoires de cas proviennent autant d'une zone urbaine que d'une zone rurale du canton.

Une telle étude, selon la méthodologie retenue, permet *simplement* de valider la pertinence des variables sélectionnées dans la littérature (voir la bibliographie) sur

les abus en regard de l'élaboration d'un test de dépistage auquel on voudrait donner une valeur évaluative d'un risque de situation d'abus. Les résultats viennent confirmer la présence des indicateurs et permettre de les graduer en fréquence dans les situations selon le type d'abus ou d'autres caractéristiques déterminées.

Un élément de validité externe de l'étude initiale ODIVA se trouve dans la distribution des types d'abus inventoriés à l'occasion de la cueillette des données. En effet, la distribution de la population, pour ce qui est des caractéristiques de sexe, d'âge et de statut civil des victimes ainsi que la distribution des types d'abus de la cohorte 196 cas, correspondent globalement aux distributions généralement

établies pour la plupart des études de prévalence ou des études descriptives de victimisation des personnes âgées (voir la bibliographie et les tableaux 1 à 7).

Cela tend à indiquer que nous sommes sur une voie valable de recherche et que la distribution des scores de l'ensemble des variables reconnues mérite d'être publiées sous la forme d'un test de mesure de danger et d'utiliser l'outil pour une étude de prévalence dans des services à domicile. C'est ce que nous proposons dans le projet de recherche que nous poursuivons en partenariat avec des collègues de pays francophones.

Méthodologie

Le nombre de situations d'abus analysées est de 196 situations d'abus traitées.

La cueillette des histoires de cas a été effectuée sous la direction d'un des auteurs. Dans un premier temps, les consignes de rédaction des cas ont porté sur la description des situations, les caractéristiques des victimes et de leur environnement, le profil des abuseurs potentiels. Ces histoires, codées et anonymisées, ont été portées au dossier de recherche. Dans un deuxième temps, toujours sous supervision, les participants ont répondu au test ODIVA avec l'histoire de cas en référence.

Ainsi nous avons réalisé une étude dite d'*analyse rétrospective* de situations d'abus visant à identifier la prévalence de variables répertoriées dans la littérature et regroupées sous quatre catégories: profil de victime (15 éléments), comportement des victimes (15 éléments), profil d'abuseur (12 éléments), comportement des abuseurs (16 éléments). L'étude avait deux objectifs: identifier la performance des variables pour toutes les situations d'abus et rechercher les corrélations possibles entre certaines variables.

Les scores obtenus (établis en pourcentage de fréquence en situation d'abus) permettent d'identifier les variables les plus fréquentes et d'associer certains abus à certains profils et certains comportements à certaines victimes ou abuseurs (voir les tableaux 8 à 12).

Tableau 1

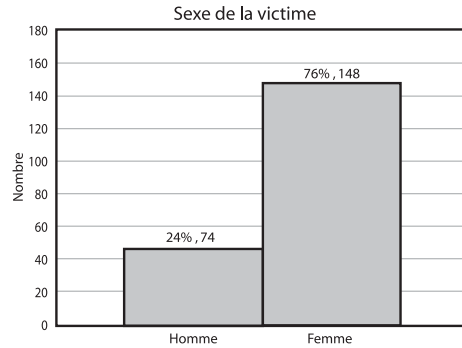


Tableau 2

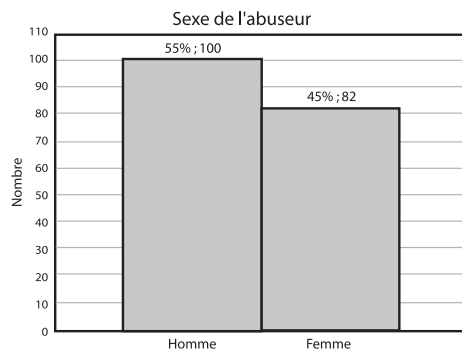


Tableau 3

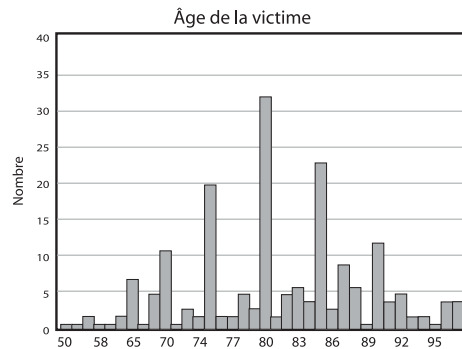


Tableau 4

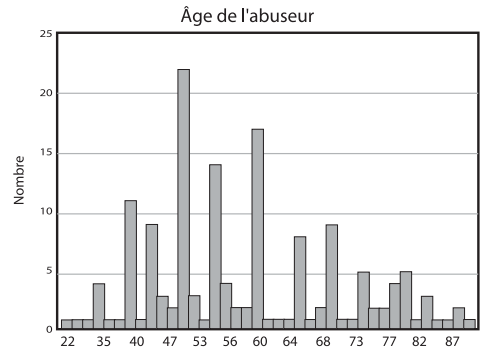


Tableau 5

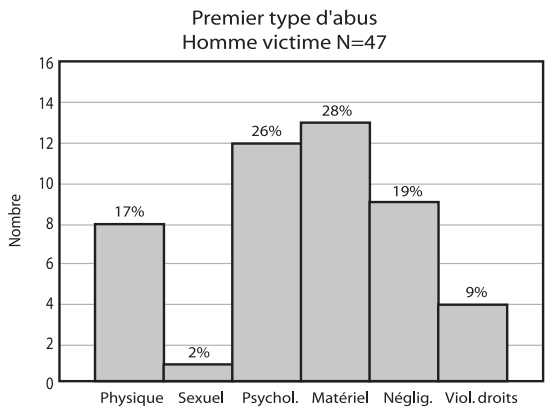


Tableau 6

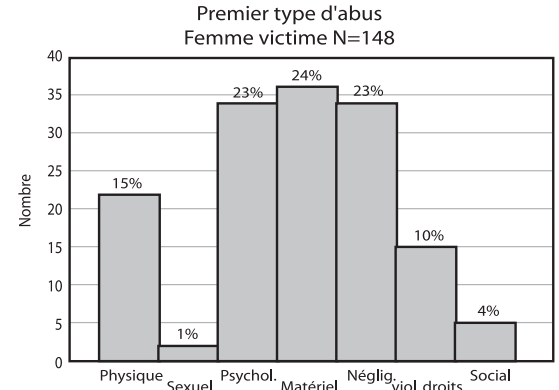
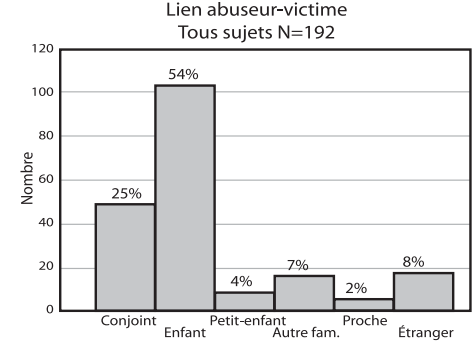


Tableau 7



TEST ODIVA

<http://www.fep.umontreal.ca/violence/documents/test.html>

Vous soupçonnez qu'une personne proche de vous est victime d'abus ou de négligence? Fiez-vous à votre intuition et mesurez les risques de la situation en répondant au questionnaire qui suit.

Il est toujours délicat de chercher à vérifier des soupçons concernant un agresseur potentiel. Cependant, si l'on ne fait rien, plusieurs personnes âgées continueront de subir en silence leur sort intolérable.

Il est de notre devoir de faire cesser la violence envers les aînés. Pour cela, il faut agir.

Plusieurs critères permettent d'évaluer les risques qu'une personne âgée soit victime d'abus ou de négligence. Le questionnaire qui suit permet de connaître les profils et comportements typiques et de vérifier si vous avez raison de vous inquiéter.

Il est important de répondre au questionnaire étape par étape, car elles sont toutes liées les unes aux autres. Si vos réponses aux quatre étapes confirment que vous avez raison de vous inquiéter, n'hésitez pas : **demandez de l'aide.**

Les agresseurs ne sont qu'une petite minorité. Rappelez-vous que l'immense majorité des individus qui prennent soin d'une personne âgée le font avec dévouement et beaucoup de générosité.

1 JE VÉRIFIE LE PROFIL DE LA VICTIME POTENTIELLE

La personne que je soupçonne être une victime...

- | | |
|--|---|
| <p>1 Est très dépendante pour les soins de base ☐
La personne a besoin d'aide pour son alimentation et les soins d'hygiène</p> <p>2 Reçoit l'aide d'une même personne depuis longtemps ☐
L'aidant est présent de façon quotidienne depuis deux ans</p> <p>3 Souffre d'un handicap physique exigeant de l'aide quotidienne ☐
Présente un handicap physique exigeant une aide spécifique outre l'alimentation ou l'hygiène</p> <p>4 N'a pas le contrôle de ses avoirs financiers ou de son argent au quotidien ☐
Dépend d'un tiers pour exécuter une dépense ou ne peut rendre compte de ses opérations hebdomadaires et ou n'a pas le contrôle de son patrimoine sans avoir explicitement et volontairement donné une procuration ou un mandat à un tiers</p> | <p>9. A peu de contact avec sa famille ☐
La personne ne reçoit pas de visite des membres de sa famille pendant un mois, de façon continue, au cours d'une même année</p> <p>10. Souffre de douleur chronique peu ou pas soulagée .. ☐
La personne est atteinte de maladie chronique connue pour provoquer de la douleur mais ne reçoit pas de traitement adéquat ou elle se plaint de douleur fréquente</p> <p>11 Présente des troubles de comportement ☐
Déambulation, agressivité élevée, cris et plaintes, incontinence</p> |
| <p>5 Est une personne qui vit seule et a plus de 75 ans ... ☐</p> <p>6 Ne peut communiquer ses expériences ou ses émotions ☐
Souffre d'incapacité fonctionnelle, sensorielle ou cognitive l'empêchant de communiquer avec autrui</p> <p>7 Souffre d'une maladie mentale ou dégénérative (ex.: Alzheimer) ☐
La personne présente des incapacités et des difficultés relationnelles associées à une maladie mentale ou cognitive</p> <p>8 Est désorientée dans le temps ☐
Ne peut établir la saison, le mois de l'année et faire référence à des activités dans les jours précédant un entretien ou anticiper un événement prévisible dans le temps</p> | <p>12. Vit chez un membre de sa famille avec une contribution économique ☐
La personne réside chez un enfant, un frère, une sœur et doit contribuer au coût du logement et aux dépenses courantes de l'unité familiale ou a cédé sa maison en échange de sa prise en charge</p> <p>13 Entretient des rapports avec un seul membre de sa famille qui, lui, vit des difficultés économiques ☐
La relation est la plus significative, en fréquence et en durée, de l'ensemble familiale et occupe une position privilégiée auprès de la personne âgée</p> <p>14 Est traitée pour des symptômes de dépression ☐
La personne doit consommer des médicaments prescrits suite à un diagnostic de dépression</p> <p>15. Est une personne mariée, qui a déjà vécu des problèmes de violence ☐
La personne a confié avoir été victime d'agression psychologique, physique ou sexuelle</p> |

LÉGENDE:

Réponses 1 à 4 : **10** points chacune
Réponses 5 à 11 : **7** points chacune
Réponses 12 à 15 : **5** points chacune

TOTAL

Si le total des points atteint 18 ou plus, vous avez raison de suivre votre intuition. Une personne vulnérable comme celle que vous connaissez est souvent plus à risque d'être abusée. Si le total des points est supérieur à 40, la personne est très vulnérable. Si le total atteint moins de 18 points, il y a peu de risque que cette personne soit une victime. **Passez à l'étape 2.**

2 JE VÉRIFIE LE PROFIL DE LA PERSONNE À RISQUE

La personne que je soupçonne être à risque pour la personne âgée...

- | | |
|--|---|
| <p>1 N'est pas préparée à s'occuper d'une personne malade ☐
Ne possède pas les capacités ou les compétences requises pour prendre charge d'une personne âgée dépendante ou souffrant de maladie chronique</p> <p>2 Vit avec la victime et s'occupe d'elle depuis longtemps ☐
L'aidant s'occupe de la personne âgée dépendante depuis plus de deux ans</p> <p>3 Ne reçoit aucune gratification pour cette charge ☐
L'aidant n'est pas rémunéré, il ne reçoit pas de compensation pour son travail</p> <p>4 Accepte mal cette charge de soignant ☐
L'aidant se plaint de la situation et est peu disposé à assumer les obligations associées à la condition de la personne âgée</p> <p>5 Vit un burnout, une surcharge de travail ou des problèmes familiaux ☐
L'aidant présente des comportements d'épuisement, exprime ou révèle des sentiments de détresse liés à son emploi ou expose des situations familiales problématiques</p> <p>6 Souffre elle-même de problèmes de santé ☐
L'aidant présente des limites de fonctionnement ou des incapacités au niveau de la vie quotidienne</p> | <p>7 A des problèmes financiers ☐
La personne évoque des difficultés financières, retarde le paiement de ses factures ou de ses obligations, réclame de l'aide financière à la personne âgée, est réputée jouer aux jeux de hasard</p> <p>8 Dépend financièrement de la victime ☐
Le statut économique de cette personne est en étroite relation avec l'argent que la personne âgée lui verse ou avec ce qu'elle possède</p> <p>9 Est isolée socialement ☐
L'aidant apparaît n'entretenir aucune relation personnelle significative ou n'avoir aucune relation sociale ou d'activité de loisir régulière</p> <p>10 Ne reçoit pas ou refuse l'apport de services communautaires ☐
La personne évalue mal sa compétence d'aidant, n'a pas fait de démarche pour obtenir du soutien ou refuse l'apport de services externes qui lui sont proposés</p> <p>11 Est alcoolique ou toxicomane ou consomme régulièrement des psychotropes ☐</p> <p>12 Est une personne salariée qui ne reçoit aucun soutien ou supervision pour cette charge ☐
L'aidant est employé par la personne âgée ou par sa famille pour voir à son accompagnement, à des soins personnels ou pour rendre des services domestiques sans supervision</p> |
|--|---|

LÉGENDE:

Réponses 1 à 2 : **10** points chacune
 Réponses 3 à 8 : **7** points chacune
 Réponses 9 à 12 : **5** points chacune

TOTAL

Si le total des points atteint 18 ou plus, vous avez raison de suivre votre intuition. La personne que vous soupçonnez est peut-être à risque d'abuser d'autrui. Si le total des points est supérieur à 40, cette personne représente un risque important pour une personne vulnérable comme celle que vous connaissez. **Passez à l'étape 3.**

3 LES COMPORTEMENTS DE LA VICTIME POTENTIELLE ME FOURNISSENT DES INDICES

La personne que je soupçonne être une victime...

- | | |
|---|---|
| <p>1 Vit en réclusion évidente ☐
La personne âgée vit dans une pièce isolée, elle est restreinte dans l'usage de l'espace, elle vit exclue de la famille où elle habite</p> <p>2 Apparaît effrayée, méfiante ☐
Face à son aidant principal ou devant un étranger, la personne âgée se replie ou devient agitée</p> <p>3 Présente des symptômes de dépression: insomnie, perte d'appétit, perte d'intérêt, pleurs fréquents ☐
La personne âgée présente un état de désengagement général, une passivité et une faible estime de soi</p> <p>4 A l'air calme à l'excès ☐
La personne âgée est en retrait, somnole, ne s'implique pas dans l'environnement</p> <p>5 Pleure facilement en relation avec un aidant ☐
Quand un tiers entre en relation et lui manifeste de la sympathie, la personne âgée pleure au premier abord</p> <p>6 Manifeste un changement brusque d'humeur ☐
La personne âgée révèle sur une courte période de l'anxiété soudaine et inexpliquée</p> <p>7 Apparaît négligée dans son apparence ☐
La personne âgée est décoiffée, sale, elle ne sent pas bon</p> <p>8 Menace de se suicider ou souhaite mourir ☐
La personne âgée exprime un état de détresse, d'impuissance et de découragement élevé</p> | <p>9 Requier la permission d'un tiers pour répondre à des questions ☐
Par des attitudes corporelles ou verbalement, la personne âgée manifeste une résistance à répondre spontanément à des questions portant sur ses conditions de vie</p> <p>10 Est incapable ou embarrassée d'expliquer ses blessures ☐
La personne âgée subit manifestement des mauvais traitements, mais protège l'abuseur ou a honte de sa situation</p> <p>11 Dit qu'on lui doit de l'argent, qu'il lui manque de l'argent ☐</p> <p>12 Dit qu'on la maltraite ☐</p> <p>13 Exprime son intention de se séparer (de son conjoint) ou de déménager ☐
Alors que matériellement la chose apparaît peu réaliste, l'intention de la personne âgée peut révéler l'idée de quitter une situation problématique</p> <p>14 Subit une perte de poids inexpliquée médicalement ☐
La personne âgée présente sur quelques semaines une perte de poids significative et un état de faiblesse évident</p> <p>15 Présente des histoires répétitives de chutes inexpliquées ☐
Les chutes inexpliquées, surtout répétitives, que ni la condition de la personne âgée ni son environnement ne justifient, révèlent parfois des impacts de bousculades</p> <p>16 Se plaint d'un manque de chauffage, de ventilation du logement ou d'une pièce ☐
La personne âgée exprime des états de douleur liés au froid ou des problèmes respiratoires associés au manque d'air frais ou aux mauvaises odeurs</p> |
|---|---|

LÉGENDE:

Réponses 1 à 4 : **10** points chacune
 Réponses 5 à 8 : **7** points chacune
 Réponses 9 à 16 : **5** points chacune

TOTAL

Si le total des points atteint 18 ou plus, il y a une probabilité élevée que vous soyez en présence d'une situation d'abus et d'une victime. **L'étape 4** vous permettra d'établir plus clairement le niveau de danger pour la personne que vous connaissez et l'urgence d'intervenir.

4 LES COMPORTEMENTS DE LA PERSONNE À RISQUE ME FOURNISSENT DES INDICES

La personne que je soupçonne être une personne à risque d'abuser...

- | | |
|--|---|
| <p>1. Se plaint du comportement de la personne âgée ☐
L'aidant se plaint à d'autres personnes des inconvénients et des exigences que la charge ou la présence de la personne âgée lui impose</p> <p>2. Déprécie la victime ☐
L'aidant tient des propos qui dévalorisent la personne âgée</p> <p>3. Réprimande la victime ☐
La personne fait des reproches à la personne âgée en raison de ses incapacités qui sont décrites comme des fautes, des lacunes</p> <p>4. Isole la victime ☐
La personne âgée est contrainte à l'usage d'une pièce ou à un espace réduit d'une habitation, ou est privée de contacts avec d'autres personnes</p> <p>5. Harcèle la victime ☐
L'aidant déprécie la personne âgée de façon répétée et systématique</p> <p>6. Montre un comportement agressif (ex.: bris d'objet, colère, agression verbale) ☐
L'aidant pousse la personne âgée, la bouscule ou se montre intimidante dans ses relations avec elle et avec les autres</p> <p>7. Apparaît méfiante et soupçonneuse face aux étrangers ☐
La personne se montre contrôlante, limite la durée des visites d'autres personnes ou devient agitée ou inquiète devant un étranger</p> <p>8. Se montre inutilement exigeante ☐
L'aidant impose à la personne âgée, dans la vie quotidienne, des contraintes qui ne se justifient pas et qui lui causent un stress</p> | <p>9. Critique constamment la victime ☐
Très souvent, par des paroles, la personne met en évidence les lacunes ou les incapacités de la personne âgée</p> <p>10. Insulte la victime ☐
La personne tient des propos, souvent devant autrui, qui blessent la personne âgée et portent atteinte à sa dignité</p> <p>11. Menace la victime ☐
Par des paroles ou des actes, la personne signifie à la personne âgée qu'elle pourrait être blessée, pénalisée, ou subir des privations</p> <p>12. Dépense plus d'argent qu'à l'habitude ou limite les dépenses de la personne âgée ☐
L'aidant réclame ou s'approprié une partie des revenus de la personne âgée ou réduit au minimum, sans justification, ses dépenses</p> <p>13. Prive la personne de nourriture et de soins requis ☐
L'aidant laisse la personne âgée sans nourriture. Il ne donne pas suite aux recommandations concernant ses besoins de base</p> <p>14. Répond systématiquement à la place de la personne âgée ☐
L'aidant manifeste un contrôle absolu sur la personne âgée</p> <p>15. Menace d'interrompre le service à domicile ☐
La présence des soignants semble insécuriser l'abuseur, compromettre son équilibre</p> <p>16. Refuse de laisser la victime seule avec un tiers ☐
L'aidant accompagne systématiquement la personne âgée dans les activités de soins</p> |
|--|---|

LÉGENDE:

Réponses 1 à 5 : **10** points chacune
Réponses 6 à 12 : **7** points chacune
Réponses 13 à 16 : **5** points chacune

TOTAL

Si le total des points atteint 18 ou plus, cela tend à confirmer que vous avez affaire à une personne à risque d'abuser de la personne âgée que vous connaissez puisque vous identifiez probablement des comportements abusifs.

Votre total pour les 4 étapes

Si vous identifiez des indicateurs dans chacune des étapes et que le total des points pour les 4 étapes est supérieur à 40, la situation exige que vous consultiez un professionnel compétent pour intervenir.

Un score de 18 signale un danger. Si vous n'atteignez pas ce total, mais que vous répondez «oui» à quelques affirmations, la suspicion demeure. Parlez-en avec d'autres personnes qui détiennent plus d'information sur la situation et refaites le test ensemble.

Si vos réponses à chacune des étapes de ce questionnaire confirment que la personne âgée que vous connaissez est victime de

violence, consultez le www.rifvel.org. Vous y trouverez des conseils et les coordonnées de ressources pour vous venir en aide.

Dans tous les cas, la vigilance s'impose: restez en contact étroit avec la personne âgée que vous connaissez afin de prévenir l'aggravation de la situation.

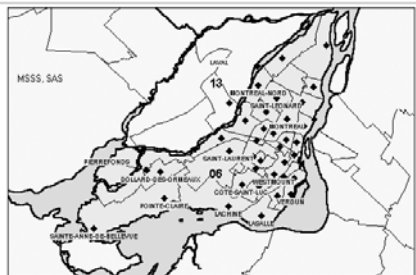
TEST ODIVA

<http://www.fep.umontreal.ca/violence/documents/test.html>

Réseau Internet Francophone
Vieillir en Liberté
Accueil

Répertoires des ressources d'aide et réseaux des partenaires, par région
Bas-Saint-Laurent (01)
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)
Québec (03)
Mauricie et Centre-du-Québec (04)
Estrie (05)
Montréal-Centre (06)
Outaouais (07)
Abitibi-Témiscamingue (08)
Côte-Nord (09)
Baie James (Nord-du-Québec) (10)
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)
Chaudière-Appalaches (12)
Laval (13)
Lanaudière (14)
Laurentides (15)
Montérégie (16)
Nunavik (17)
Baie James (Conseil Cr) (18)
Sites Web utiles, au Québec

Région Montréal-Centre (06)



Sélectionnez une des rubriques suivantes pour connaître les ressources d'aide correspondantes dans votre région.

Ressources d'aide	Réseaux des partenaires
Urgence	Tables de concertation
Santé de la personne âgée	Ressources gérontologiques
Sécurité de la personne âgée	Défense des droits
Conseils juridiques	Coordination des soins à domicile
Abus matériel et financier	Associations d'aînés

Répertoire des ressources d'aide et réseau des partenaires au Québec

Pour chacune des 17 régions administratives, les ressources d'aide (urgence, santé et sécurité de la personne âgée, conseils juridiques, abus matériel et financier) de même que le réseau des partenaires (tables de concertation, ressources gérontologiques, défense des droits, coordination des soins à domicile, associations d'aînés) sont détaillés au www.fep.umontreal.ca/violence/quebec/index.html

www.fep.umontreal.ca/violence/quebec/index.html

Réseau Internet Francophone
Vieillir en Liberté
Accueil

Test pour évaluer le niveau de danger d'une personne âgée exposée à des risques d'abus et de négligence
Programme de dépistage des abus
Objectifs du programme
Silence des victimes
Abus à domicile
Abus en institution
Références
Répertoire des ressources d'aide
en Belgique
en France
au Québec
en Suisse
Recours judiciaires
en Belgique
en France
au Québec
en Suisse
Dossiers RIFVEL
Sites Web utiles
Équipe de direction

Recours et législations au Québec

- 1- Avez-vous identifié le type d'abus et les indicateurs présents dans la situation ? Voir >>>
- 2- La victime d'abus est-elle inapte au sens de la loi ? Voir >>>
- 3- La situation de la victime met en cause une ressource publique ou affiliée : Voir >>>
- 4- Informez-vous des recours et législations qui s'appliquent à :

Un abus physique	Recours	Législations
Un abus sexuel	Recours	Législations
Un abus psychologique	Recours	Législations
Un abus financier ou matériel	Recours	Législations
Une négligence	Recours	Législations
Un abus lié à ses conditions d'hébergement	Recours	Législations
Une violation de son droit à la liberté	Recours	Législations
Un abus social	Recours	Législations

L'arborescence recours et législations au Québec réalisée par RIFVEL est le résultat de nombreuses collaborations de la part de nos partenaires. Qu'ils en soient tous personnellement remerciés.

Direction du projet : Louis Plamondon, juriste et sociologue
Conception et supervision : Pierre Bohémier, travailleur social
Conception Internet : André Mailhot, rédacteur
Recherches et consultations : Me Catherine Régis, avocate et chercheuse
Assistante à la réalisation : Manon Bourdeau, travailleuse sociale
Réalisation Internet : Groupe Pratique
Sources : Code criminel canadien, Code Civil du Québec,
Sites Internet : Curateur public, Commission des droits de la personne et de la jeunesse, Office des professions du Québec,
Documentations:

Recours judiciaires au Québec

Une arborescence des recours et des législations au Québec s'appliquant aux abus physiques, sexuels, psychologiques, financiers ou matériels, sociaux, aux abus liés aux conditions d'hébergement, s'appliquant à une négligence ou à une violation du droit à la liberté, est disponible au www.fep.umontreal.ca/violence/recours/index.html

www.fep.umontreal.ca/violence/recours/index.html

Profils et comportements tous sujets

Par ordre décroissant d'incidences ODIVA 2003

Tableau 8 Profil de la victime

La personne que je soupçonne être une victime...

1	Est très dépendante pour les soins de base (alimentation et hygiène)	64,3 %	8	Est désorientée dans le temps	32,7 %
2	Reçoit l'aide d'une même personne depuis longtemps	62,8 %	9	A peu de contact avec sa famille	32,1 %
3	Souffre d'un handicap physique exigeant de l'aide quotidienne	57,1 %	10	Souffre de douleur chronique peu ou pas soulagée	31,1 %
4	N'a pas le contrôle de ses avoirs financiers ou de son argent au quotidien	51,0 %	11	Présente des troubles de comportement	26,0 %
5	Est une personne qui vit seule et a plus de 75 ans	37,2 %	12	Vit chez un membre de sa famille avec une contribution économique	21,9 %
6	Ne peut communiquer ses expériences ou ses émotions	36,2 %	13	Entretient des rapports avec un seul membre de sa famille qui, lui, vit des difficultés économiques	19,9 %
7	Souffre d'une maladie mentale ou dégénérative (ex.: Alzheimer)	33,2 %	14	Est traitée pour des symptômes de dépression	17,3 %
			15	Est une personne mariée qui a déjà vécu des problèmes de violence	12,8 %

Tableau 9 Profil de l'abuseur

La personne que je soupçonne être un abuseur...

1	N'est pas préparée à s'occuper d'une personne malade	61,2 %	7	A des problèmes financiers	29,1 %
2	Vit avec la victime et s'occupe d'elle depuis longtemps	48,0 %	8	Dépend financièrement de la victime	29,1 %
3	Ne reçoit aucune gratification pour cette charge	42,3 %	9	Est isolée socialement	24,0 %
4	Accepte mal cette charge de soignant	41,3 %	10	Ne reçoit pas ou refuse l'apport de services communautaires	14,8 %
5	Vit un <i>burnout</i> , une surcharge de travail ou des problèmes familiaux	40,8 %	11	Est alcoolique ou toxicomane ou consomme régulièrement des psychotropes	15,8 %
6	Souffre elle-même de problèmes de santé	35,7 %	12	Est une salariée qui ne reçoit aucun soutien ou supervision pour cette charge	13,8 %

Tableau 10 Comportement de la personne victime

La personne à risque d'être abusée...

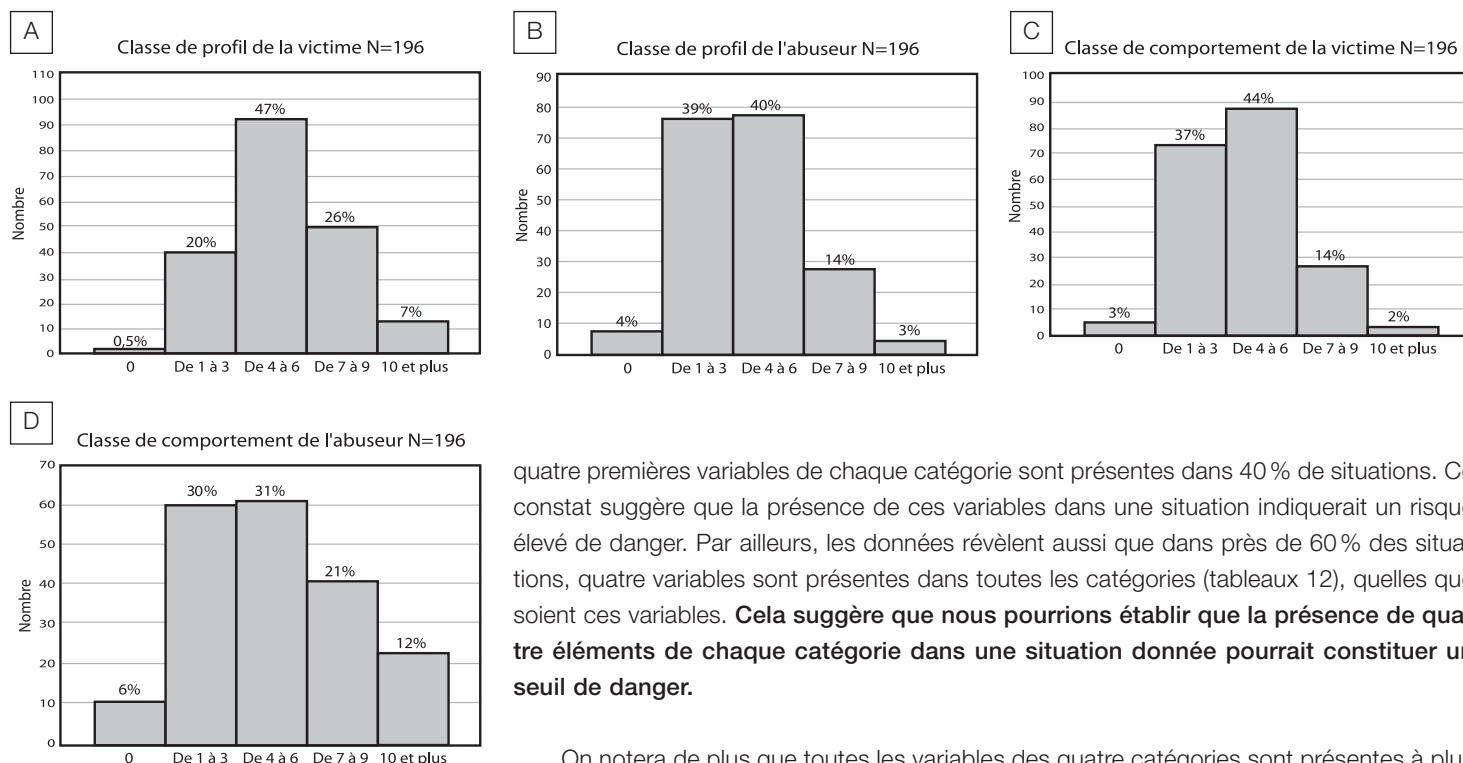
1	Vit en réclusion évidente	49,0 %	10	Est incapable ou embarrassée d'expliquer ses blessures	18,9 %
2	Apparaît effrayée, méfiante	45,9 %	11	Dit qu'on lui doit de l'argent, qu'il lui manque de l'argent	17,3 %
3	Présente des symptômes de dépression: insomnie, perte d'appétit, perte d'intérêt, pleurs fréquents	41,3 %	12	Dit qu'on la maltraite	14,8 %
4	A l'air calme à l'excès	38,3 %	13	Exprime son intention de se séparer (de son conjoint) ou de déménager	13,8 %
5	Pleure facilement en relation avec un aidant	36,2 %	14	Subit une perte de poids inexpliquée médicalement	11,7 %
6	Manifeste un changement brusque d'humeur	35,2 %	15	Présente des histoires répétitives de chutes inexpliquées	11,7 %
7	Apparaît négligée dans son apparence	34,2 %	16	Se plaint d'un manque de chauffage, de ventilation du logement ou d'une pièce	9,7 %
8	Menace de se suicider ou souhaite mourir	25,0 %			
9	Requiert la permission d'un tiers pour répondre à des questions	18,9 %			

Tableau 11 Comportement de l'abuseur

La personne que je soupçonne être un abuseur...

1	Se plaint du comportement de la personne âgée	55,6 %	9	Critique constamment la victime	31,6 %
2	Déprécie la victime	54,1 %	10	Insulte la victime	30,6 %
3	Réprimande la victime	53,6 %	11	Menace la victime	27,0 %
4	Isole la victime	45,4 %	12	Dépense plus d'argent qu'à l'habitude ou limite les dépenses de la personne âgée . . .	24,0 %
5	Harcèle la victime	42,3 %	13	Prive la personne de nourriture et de soins requis	16,8 %
6	Montre un comportement agressif (ex.: bris d'objet, colère, agression verbale) . . .	39,3 %	14	Répond systématiquement à la place de la personne âgée	13,8 %
7	Apparaît méfiante et soupçonneuse face aux étrangers	37,8 %	15	Menace d'interrompre le service à domicile . . .	10,7 %
8	Se montre inutilement exigeante	33,2 %	16	Refuse de laisser la victime seule avec un tiers	10,2 %

Tableaux 12 Fréquence des profils et comportements (en 5 classes)



Les auteurs de l'étude sont d'avis que la fréquence des profils et des comportements des victimes, telle que révélée par ODIVA, peut permettre d'identifier les personnes en danger dans les services à domicile et éventuellement celles vivant à domicile puisque nous connaissons la fréquence de certaines variables (le score établi en pourcentage de fréquence en situation d'abus) lorsqu'une personne âgée est abusée. Les résultats révèlent que les

quatre premières variables de chaque catégorie sont présentes dans 40 % de situations. Ce constat suggère que la présence de ces variables dans une situation indiquerait un risque élevé de danger. Par ailleurs, les données révèlent aussi que dans près de 60 % des situations, quatre variables sont présentes dans toutes les catégories (tableaux 12), quelles que soient ces variables. **Cela suggère que nous pourrions établir que la présence de quatre éléments de chaque catégorie dans une situation donnée pourrait constituer un seuil de danger.**

On notera de plus que toutes les variables des quatre catégories sont présentes à plus de 9 % dans l'ensemble des situations, ce qui tend à confirmer la pertinence des variables sélectionnées pour établir un portrait de situations problématiques dans les clientèles desservies à domicile. Précisons que la fréquence ne permet pas d'établir la dangerosité des éléments pris isolément ; en effet, des profils et comportements peu fréquents peuvent être porteurs d'un risque très élevé, tel un historique de violence familiale chez la victime (12%) ou la toxicomanie d'un membre de la famille chez un abuseur (15,8%).

Pour établir un test numérisé facilement applicable en situation ou sur Internet, il nous fallait proposer une valeur chiffrée aux variables, simple et proportionnelle à la fréquence des résultats. C'est ainsi que nous avons construit la première version du test ODIVA en nous conformant au constat principal : la fréquence de quatre profils et comportement à près de 60 % des situations indiquant un danger. Si nous accordions arbitrairement la valeur 5 à

chacune des variables les moins présentes, le seuil de danger de quatre variables peu fréquentes serait de 20 points, fixant ainsi un seuil numérisé. Sur cette logique initiale nous pouvions établir la valeur 7 aux variables moyennement fréquentes (total 21) et 10 pour les plus fréquentes (total 20). Les écarts dans la distribution dans chacune des catégories (tableaux 8, 9, 10, 11) permettaient un regroupement cohérent de trois sous-groupes de valeurs 5, 7 et 10.

Perspectives

Les scores ainsi générés permettraient d'estimer la proportion des personnes fortement ou faiblement à risque dans un échantillon représentatif d'une clientèle de services à domicile. Les étapes suivantes du projet de recherche pourraient nous permettre d'établir la valeur prédictive des variables. L'hypothèse est de vérifier s'il est possible d'établir par la prévalence de certaines variables l'existence d'une situation d'abus présumée qui justifierait les services à domicile à procéder à une vérification minutieuse de la situation pour valider s'il y a bel et bien une situation d'abus.

Les résultats obtenus nous permettraient d'établir les variables les plus performantes et, si l'importance de l'échantillon est suffisant, de valider des scores de probabilité. Pour cela, toutes les situations de l'échantillon seraient vérifiées afin de s'assurer s'il y a situation d'abus ou pas.

Autre intérêt majeur de la recherche : depuis 2003, nous avons poursuivi la collecte de données pour atteindre 364 situations en 2005 et souhaitons réaliser une collecte de 450 situations fin 2006 afin de pouvoir établir le profil de danger distinct des hommes et de femmes victimes, puisque les données préliminaires montrent des différences significatives selon le sexe de la victime et de l'abuseur.

Bibliographie

Canada

- Podniecks, E. et Pillemer K. (1990). *Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada*. Institut Ryerson, Toronto. Adresse URL : <www.fep.umontreal.ca/violence/enquetes/podiecks.html>
- Reis, M. et Nahmiash D. (1998). *Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées. Un manuel d'intervention*. Ste-Foy : Presses de l'Université Laval.

France

- *La maltraitance des personnes âgées. Expérience du réseau d'écoute et de prévention ALMA*. Rapports 1998 et 1999 au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de l'Action Sociale.
- Bussy, F. (2000). Rapport d'activités de ALMA France et des Centres d'Écoute ALMA.
- Durocher, A.M. et al. (1998). *Maltraitance des personnes âgées : enquête dans le Département du Nord* (extraits de). Congrès francophone de Gériatrie, Genève. Adresse URL : <www.fep.umontreal.ca/violence/enquetes/lille.html>

- Mallier, M. « Détresse cachée : "vieux" en danger » (extraits de), dans *Revue de l'infirmière*, 42, octobre 1998.

Belgique

- Vandenberg A. et al. (1998). *La violence et les sentiments d'insécurité chez les personnes âgées : prévalence et conséquences*. Ministère de l'emploi et du Travail, Liège.
- *Données du Centre d'aide aux personnes âgées maltraitées (CAPAM) (2000)*. Résultat des appels reçus au cours de l'année 1999, Liège. Adresse URL : <www.fep.umontreal.ca/violence/enquetes/capam.html>

Suisse

- De Saussure C. (éd.). (1999). *Vieillards martyrs – vieillards tirelires*. Chêne-Bourg : Médecine et hygiène, 192 p.
- *Mesure de facteurs des risques de maltraitance présents dans la clientèle de la Polyclinique de gériatrie des hôpitaux universitaires de Genève (Poliger)*, Maya Olmari-Ebbing médecin chef, Poliger, Louis Plamondon, Université de Montréal, Charles-Henri Rapin, professeur HUG et al., Genève, Congrès ASG, 2001.



**Association québécoise des centres
communautaires pour aînés**
1474, rue Fleury Est
Montréal (Québec)
H2C 1S1

EXPLORATION D'INITIATIVES VISANT À REJOINDRE DES AÎNÉS VULNÉRABLES OU À RISQUE D'EXCLUSION

- Présentation détaillée d'expériences réalisées par 6 centres communautaires pour aînés
- Exploration des principales étapes d'élaboration de ces expériences
- Identification des leçons apprises dans l'action
- Outil de référence pour inspirer le développement de nouveaux projets
- Recueil d'idées et de suggestions pour planifier un projet, le développer, gérer sa mise en œuvre et pour en évaluer les résultats

Pour commander :

Tél. : (514) 382-0310 poste 105
Sans frais : 1 866 772-7222
aqcca@berthiaume-du-tremblay.com

Référentiel pour identifier les éléments favorisant la sécurité ou les situations de danger dans les milieux de vie institutionnels¹

Louis Plamondon, juriste et sociologue, Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal

Nous proposons ici une vision globale des systèmes en interaction dans la production d'une vie sécuritaire ou, au contraire, d'événements néfastes. Nous croyons que cette vision permet de penser efficacement l'intervention dans

le domaine de la violence et de concevoir la logique des mesures à prendre pour réduire l'incidence de telles situations. La prévention consiste dans cette perspective à prendre des mesures pour réduire la présence de risques dans

l'environnement, la prise en charge des vulnérabilités et leur réduction éventuelle. Notons que l'évaluation des cas de signalement en cas de victimisation est un élément essentiel pour la validation du processus de prévention.

Qu'est-ce que vivre en sécurité selon l'Organisation mondiale de la Santé

« La sécurité est un état où les dangers, et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté. C'est une ressource indispensable à la vie quotidienne qui permet à l'individu et à la communauté de réaliser ses aspirations. La sécurité est considérée comme un état résultant d'un équilibre dynamique qui s'établit entre les différentes composantes d'un milieu de vie donné. Elle est le résultat d'un processus complexe où l'être humain interagit avec son environnement. Par environnement, nous entendons non seulement l'environnement physique mais également les environnements, culturel, technologique, politique, social, économique et organisationnel. »

Il est aussi pertinent de rappeler que selon A. Maslow (1989), le besoin de protection et de sécurité constituent le deuxième pallier des besoins fondamentaux après le maintien de la vie et avant les besoins d'amour et d'appartenance. Nous sommes donc justifiés de mieux maîtriser les composantes personnelles et environnementales de la sécurité selon les milieux de vie des personnes. Les révélations et les enquêtes dans les pays partenaires sur de nombreux types d'établissements mettant en évidence les pratiques et des conditions

pénalisantes justifient notre mobilisation sur cet enjeu.

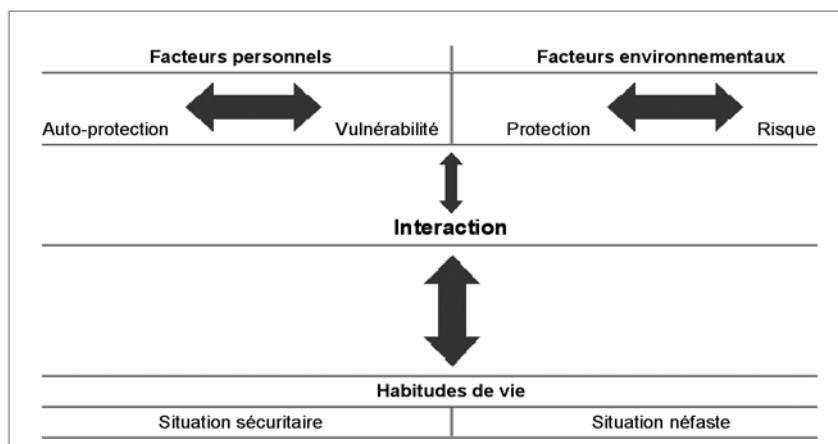
Le facteur de protection correspond à un élément environnemental **qui favorise** la réalisation d'habitudes de vie sécuritaires ou **qui limite** la production de situations néfastes. Il est une caractéristique de l'environnement communautaire ou institutionnel, spécifique aux milieux de vie liés à la personne ayant des déficiences et/ou des incapacités.

Le facteur de risque correspond à un facteur environnemental **qui entrave** la réalisation d'habitudes de vie sécuritaires. Il est une caractéristique de l'environnement communautaire ou institutionnel de la personne ayant des déficiences et/ou des incapacités **qui augmente** la probabilité de production de situations néfastes.

Nous croyons utile de mettre à la disposition des familles et des intervenants les éléments les plus souvent cités ou identifiés par nos équipes qui favorisent la sécurité des personnes dans les institutions et les facteurs de risque liés à l'environnement connus pour induire des torts ou des préjudices aux personnes résidentes. Diverses démarches de recherches qualitatives et quantitatives sont en cours ici et en Europe pour bonifier l'instrumentation initiale.

Notons que le volet des facteurs personnels est tout aussi fondamental dans l'évaluation de la sécurité des personnes.

¹ Les définitions et les références sont disponibles au <www.rifveh.org>



Facteurs de vulnérabilité

La vulnérabilité correspond à un facteur personnel qui entrave la réalisation d'habitudes de vie sécuritaires. Il est une caractéristique intrinsèque, une aptitude ou un comportement liés à la présence de déficience(s) ou d'incapacité(s) qui augmentent la possibilité de production de situations néfastes. La présence de plusieurs de ces facteurs accroît significativement la probabilité de subir des torts ou des préjudices dans des environnements inadéquats.

- | | |
|---|---|
| 1. Incapacité des membres supérieurs | 9. Difficulté dans les relations avec l'autorité, attitude d'opposition et rejet |
| 2. Incapacité des membres inférieurs | 10. Se soumet facilement, attitude de docilité face aux pairs ou à l'autorité |
| 3. Limite dans les capacités de communication | 11. Comportements perturbants, dérangeants, agressifs |
| 4. En contexte d'agression : limite au plan de la résistance physique | 12. Dépendance à un grand nombre d'intervenants |
| 5. En contexte d'agression : limite au plan de la résistance psychologique | 13. Présence de plusieurs déficiences ou incapacités (physique, mentale, sensorielle) |
| 6. Vécu antérieur d'abus, la personne a déjà été victime | 14. Peu de présence de la famille ou du représentant légal |
| 7. Une femme vivant en milieu mixte | 15. Révèle une confiance inadaptée face à autrui et aux étrangers |
| 8. Difficulté dans l'expression des émotions : colère, peine, peurs, douleurs | 16. Limite de capacité à se repérer dans les déplacements |

Les éléments environnementaux associés à la sécurité ou au danger dans les institutions desservant une population en situation de handicap

Les facteurs de protection dans les institutions

- | | |
|--|--|
| 1. Présence et application supervisée d'un code d'éthique (droits à l'intégrité, respect, autonomie et protection) | 9. Présence d'une équipe multidisciplinaire |
| 2. Tolérance zéro des situations de maltraitance | 10. Valorisation du personnel et des initiatives |
| 3. Procédure de signalement des situations problématiques | 11. Programme d'aide et supervision du personnel |
| 4. Transparence des règles de l'institution | 12. Évaluation médicale continue des résidents |
| 5. Chambre privée pour les résidents | 13. Encadrement de la médication et des contentions |
| 6. Financement adéquat des programmes | 14. Connaissances des déficiences et des incapacités |
| 7. Adaptation des structures selon les handicaps | 15. Connaissances de risques d'abus et de maltraitance |
| 8. Matériel adéquat pour les activités | 16. Cadre légal favorisant la représentation des résidents et des familles dans la gestion |

Les facteurs de risques liés à la culture de l'organisation

- | | |
|--|---|
| 1. Fonctionnement impersonnel de l'organisation (détaché, froid, indifférent) | 12. Attentes irréalistes des professionnels à l'égard des clientèles (capacité d'hygiène et d'alimentation/hydratation) |
| 2. Fonctionnement paternaliste de l'organisation (autorité dominante, personnalisation forte des relations de travail, faible délégation et faible autonomie des responsables) | 13. Conflit des cultures entre famille et institution : valeurs, permissivité, infantilisation, droit à l'information |
| 3. Fonctionnement bureaucratique de l'organisation (autorité en référence avec la réglementation et le cadre technocratique) | 14. Attentes irréalistes des directions à l'égard des professionnels et des personnes résidentes |
| 4. Direction autoritaire des personnels (autorité centralisée, peu de lieu de dialogue et d'échange d'information) | 15. Culture des valeurs de profits et du rendement ou centration sur la tâche au détriment des personnes prises en charge |
| 5. Organisation chaotique du travail | 16. Historique de relations de travail conflictuelles toujours présent dans les équipes |
| 6. Valorisation de la soumission dans un contexte éducatif | 17. Dénégation du droit aux familles à représenter ou accompagner le résident ou à être informées |
| 7. Sentiment de toute puissance de l'éducateur ou du soignant dans son rôle d'encadrement | 18. Culture de banalisation et de déni des incidents problématiques ou de dangers chez la direction ou le personnel |
| 8. Tabou sur la vie sexuelle et affective des personnes en situation de handicap | 19. Excès de confiance de la direction dans l'efficacité de la réglementation pour garantir la qualité des pratiques |
| 9. Exclusivité d'une orientation dans la prise en charge éducative ou thérapeutique | 20. Fréquence de liens familiaux ou conjugaux entre les membres du personnel de l'institution |
| 10. Valorisation des sanctions, « le droit punir » dans les processus éducatifs et d'encadrement | |
| 11. Ambiguïté de l'état de droit des travailleurs en établissement de protection | |

Les facteurs de risques liés aux processus organisationnels

- | | |
|---|---|
| 1. Absence de système de plaintes et de protocole de signalement en cas d'abus ou d'incidents | 13. Perte de pluridisciplinarité parmi les professionnels dans l'équipe |
| 2. Peu de place aux familles et aux proches dans les activités et la gestion de l'organisation | 14. Sous-estimation des effets secondaires des médicaments dans les comportements |
| 3. Lacunes dans les systèmes de vérification et de sécurité dans le recrutement des personnels | 15. Faible coordination ou encadrement des personnels (soir et fin de semaine) |
| 4. Grande mobilité du personnel et utilisation d'employés précaires ou à contrat | 16. Existence de cas de sanctions (exclusion ou congédiement) dans le cas de signalement d'incidents ou d'abus |
| 5. Conflits importants au sein de l'équipe | 17. Restriction à l'accès au téléphone ou à d'autres moyens de communication externe |
| 6. Lacunes de formation des intervenants au plan de la compréhension du handicap ou des compétences cliniques | 18. Épuisement, surcharge de travail, niveau élevé de congé de maladie (consécutifs aux réductions budgétaires ou aux restructurations) |
| 7. Grande promiscuité dans les milieux de vie | 19. Présence d'un conflit de travail ou période de négociation difficile |
| 8. Localisation des structures dans des zones à risques ou isolées des centres urbains | 20. Peu de respect des procédures, protocoles et normes dans les pratiques professionnelles (soins, médicaments et contention) |
| 9. Inadéquation des aménagements physiques selon le type de handicap | 21. Absence de rigueur dans la gestion des dossiers des clients : notation et transfert des informations à qui de droit |
| 10. Absence de programme d'évaluation et de suivis des personnes résidentes | |
| 11. Exposition des personnes à un grand nombre de donneurs de soins (forte mobilité) | |
| 12. Gestion inadéquate des troubles de comportement chez les résidents | |

Reconnaître les indicateurs d'abus ou de maltraitance chez les victimes

- | | |
|--|--|
| 1. Apparaît négligée dans son apparence, montre un certain laisser-aller dans ses comportements | 12. Dit qu'on lui doit de l'argent, qu'il lui manque de l'argent, qu'on lui réclame de l'argent |
| 2. Dit qu'on la maltraite, qu'on la punit constamment | 13. Présente des histoires répétitives de chutes, de blessures inexpliquées |
| 3. Pleure facilement lorsqu'en relation avec un aidant | 14. Requier la permission ou l'approbation d'un tiers pour répondre à des questions concernant un événement ou une situation la concernant |
| 4. Présente des symptômes dépressifs (insomnie, perte d'appétit, perte d'intérêt, pleurs fréquents. Présente un état de désengagement général) | 15. Révèle une agressivité subite, des traces d'automutilation |
| 5. Exprime son intention de déménager ou de changer de lieux d'activités | 16. Présente une augmentation des comportements stéréotypés |
| 6. Se replie sur elle-même, présente une faible estime de soi | 17. Se montre sexuellement provocante |
| 7. Est embarrassée ou incapable d'expliquer ses blessures | 18. Charge de violence ses dessins et ses jeux |
| 8. Apparaît effrayée, méfiante subitement | 19. Change brutalement de comportement ou d'humeur |
| 9. Apparaît anormalement agitée | 20. Exprime fréquemment des plaintes psychosomatiques |
| 10. A l'air calme à l'excès, souvent somnolente | 21. Présente des troubles de comportements alimentaires |
| 11. Perd subitement intérêt pour ses activités régulières (absentéisme, retards chroniques aux activités) | |

Indicateurs des comportements abusifs ou de maltraitance

- | | |
|---|--|
| 1. Harcèle la personne | 9. Contraint systématiquement la personne |
| 2. Isole la personne | 10. Apparaît inutilement exigeant dans les actes de la vie quotidienne |
| 3. Inflige des sanctions verbales ou corporelles | 11. Apparaît méfiant face aux tiers qui entrent en relation avec la victime |
| 4. Montre un comportement agressif (crie, bouscule, réprimande de façon chronique, déprécie, insulte, menace) | 12. Prive la victime de vêtements, de nourriture, de soins de base |
| 5. Montre des comportements ambivalents avec la victime (amour/haine) | 13. Témoigne d'une conformité excessive aux consignes de soins et d'accompagnement en présence d'un supérieur hiérarchique |
| 6. Expose la personne à des dangers pour sa santé ou sa sécurité | 14. Montre peu de respect pour l'intimité de la personne |
| 7. Prive la personne de l'accès au téléphone ou exerce un contrôle arbitraire des communications | 15. Tolère à l'endroit de la victime des comportements de bouc émissaire de la part des pairs de la personne |
| 8. Accompagne la personne sous l'effet de substances (alcool ou drogue) | |

La Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (FQCRDI), en lien avec le RIFVEH, réalise à l'automne 2005, dans le cadre d'un projet de réseau d'apprentissage, quatre colloques régionaux sur la sécurité des personnes en situation de handicap. Les CRDI maîtres d'œuvre régionaux sont ceux de Chaudière-Appalaches, Estrie, Saguenay et Gatineau. Ces événements seront aussi l'occasion d'un sondage

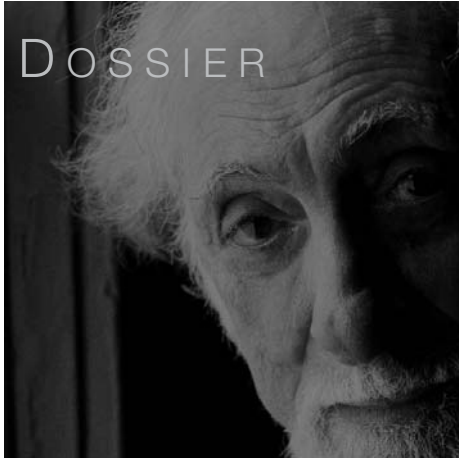
sur la prévalence de la vulnérabilité, des risques et facteurs de risques perçus par les intervenants des régions.

Pour information :

<jacques.boivin.fqcrdi@ssss.gouv.qc.ca>

<gilles.plamondon.com@sympatico.ca>





Intervenir auprès des personnes âgées maltraitées : Un outil pour soutenir les praticiens psychosociaux dans leurs actions

Marie Beaulieu, Ph.D., professeure titulaire au département de service social de l'Université de Sherbrooke et chercheure senior au Centre de recherche sur le vieillissement

La réponse aux mauvais traitements au Québec

L'intervention auprès des personnes âgées maltraitées a beaucoup évolué en un quart de siècle, soit depuis que ces violences et négligences envers les personnes âgées ont été définies comme des problèmes sociaux. Au plan socio-légal, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a tout mis en œuvre pour mieux faire connaître l'article 48 de la *Charte des droits et libertés*, qui vise à contrer l'exploitation des personnes âgées. Bien que cette disposition existe depuis 1975, peu de causes ont traversé tout le processus, soit de la plainte initiale au règlement devant les tribunaux.

Au plan des politiques sociales, la prévention des abus figure dans les orientations gouvernementales, du moins dans celles du Secrétariat aux aînés, depuis 2000. Bien qu'il n'y ait toujours pas de politique d'intervention, ni de plan d'action gouvernemental regroupant les organismes publics, parapublics, communautaires et privés, comme c'est le cas en violence conjugale, on voit émerger diverses initiatives régionales et locales en la matière. En 2004, un réseau provincial visant à prévenir les abus dont sont victimes les aînés a été créé. En parallèle, dans plusieurs régions, la question de la violence envers les aînés est abordée dans les tables de concertation régionales des aînés (soutenues par le Conseil des aînés), les tables régionales sur la violence ou même lors de rencontres de tables spécifiquement consacrées aux mauvais traitements envers les personnes âgées (il en existe quelques-unes au Québec, dont une en Estrie et une à Québec-centre¹).

Finalement, en ce qui concerne les pratiques d'intervention, des protocoles de dépistage ont été développés et certains d'entre eux furent validés. Des services spécialisés en mauvais traitements furent mis sur pied dans certains anciens CLSC (maintenant devenus des CSSS). Finalement, des organismes communautaires se dévouent entièrement à la cause.

Comme dans toute problématique psychosociale, il importe que les intervenants se sentent à l'aise dans la réalisation de leur travail pour que leur action soit efficace. Cette aisance découle non seulement de connaissances et d'expertises mais aussi d'un contexte de travail qui soutient son personnel et d'un outillage clinique adéquat.

De 2000 à 2004, nous avons mené une étude portant sur les enjeux éthiques et psychosociaux rencontrés par les intervenants psychosociaux de milieux publics et communautaires ayant à composer avec des cas de mauvais traitements. Nous avons jeté un nouvel éclairage sur la complexité de la pratique de l'intervention psychosociale dans un contexte de réorganisation de services, contexte caractérisé, dans le réseau public, par un fonctionnement en équipe multidisciplinaire où les intervenants psychosociaux ont le sentiment de «porter» les situations de mauvais traitements sans pouvoir toujours bénéficier de l'appui nécessaire.

Les intervenants du réseau public sont les acteurs pivot dans la gestion de ces dossiers, leurs collègues du milieu communautaire exerçant plus souvent un rôle de prévention et un rôle d'accompagnement. Au plan éthique, les intervenants disent s'interroger continuellement sur l'équilibration entre le respect de l'autonomie de la personne âgée maltraitée et sa protection. En d'autres mots : quand peut-on laisser une personne âgée dans une situation comportant des risques pour son intégrité physique, morale ou matérielle ? Quand doit-on décider d'intervenir pour la protéger, et ce, même contre son gré ?

Les modèles d'intervention

Nous avons dégagé des propos des intervenants trois modèles d'intervention : le respect absolu de l'autonomie de l'ainé maltraité, l'accompagnement et les mesures extrêmes. À chacun de ces modèles correspondent des valeurs, des actions concrètes et des enjeux soulevés par la pratique. Les intervenants ont formulé plusieurs recommandations pour bonifier la pratique. Outre la mise sur pied de programmes de formation spécifiques sur les mauvais traitements envers les aînés et de soutien clinique spécialisé, ils ont aussi réclamé que des outils soient mis à leur disposition afin de faciliter leur travail.

Considérant qu'il existe déjà des grilles de dépistage et quelques modèles d'intervention validés en matière d'intervention lors de situations de mauvais traitements envers les aînés, nous avons choisi de développer un aide-mémoire permettant aux intervenants de mieux composer avec les diverses questions, principalement d'ordre éthique, pouvant être soulevées au cours d'un processus d'intervention dans un dossier de mauvais traitements. Ainsi, nous avons voulu outiller les intervenants psychosociaux en vue d'une réflexion éthique lors d'interventions dans les situations de mauvais traitements envers les personnes aînées.

L'aide-mémoire comme outil d'intervention

Notre équipe de recherche, en collaboration avec des intervenants psychosociaux de deux CLSC de l'Estrie, a transposé les résultats de l'étude sur les pratiques en un aide-mémoire intitulé «Questionnement lors d'intervention en matière de mauvais traitements». Cet aide-mémoire prend la forme d'un «flow chart», c'est-à-dire un organigramme où l'intervenant chemine dans sa réflexion et ses actions en répondant à diverses questions.

Suivant ses réponses, il peut emprunter divers chemins. D'entrée de jeu, les intervenants ont réclamé un aide-mémoire facile à utiliser et respectueux des objectifs à atteindre en intervention. Pendant cette démarche de terrain, qui a duré six mois, les intervenants ont validé l'outil en le commentant et, surtout, en l'appliquant à des situations réelles. Ils ont formulé de nombreuses recommandations afin de rendre l'outil le plus facile possible à employer et le plus utile pour la démarche réflexive qui accompagne leur action.

Concrètement, l'outil vise à permettre à l'intervenant de préparer son plan d'intervention en se sentant à l'aise avec la finalité de son action. Dès le départ, il identifie les faits importants, procède à une description des acteurs concernés (la personne âgée, la (ou les) personne(s) qui la maltraite(nt) ainsi que les proches) et dresse la liste des divers professionnels actifs ou potentiellement actifs dans le dossier. Après s'être interrogé s'il est actif au dossier, l'intervenant suit un cheminement en se posant des questions sur son propre ressenti dans l'action (par exemple : «Suis-je bien dans ce rôle»? «Ai-je d'autres options»? etc.), en s'interrogeant sur ses actions professionnelles (par exemple : «Y a-t-il fermeture de dossier»? «Est-ce que la personne aînée est capable de faire des choix libres et éclairés»? etc.) et en s'assurant de bien comprendre les enjeux soulevés par les décisions qui sont prises. À chaque décision importante, il est invité à faire valider son travail par son supérieur clinique ou par l'équipe multidisciplinaire dans laquelle il œuvre. L'intervention ultime et souhaitée par tous consiste à accompagner la personne aînée maltraitée dans les divers méandres de sa situation et au moins veiller à ce que la situation ne s'aggrave pas et, idéalement, qu'elle se résorbe. Quand la personne aînée maltraitée refuse tout service et qu'elle n'est pas inapte, l'intervenant doit respecter ses volontés. Cela implique qu'il se retire du dossier tout en sachant que la personne choisit de continuer à évoluer dans une situation comportant de la violence ou de la négligence.

Le troisième scénario consiste à mettre en place des mesures dites extrêmes, soit intervenir pour protéger une personne à risque. Notre outil comprend un «flow chart» ainsi que des documents d'accompagnement qui exposent les valeurs reliées à chacun des trois scénarios d'intervention, les pistes d'action et les enjeux auxquels doivent faire face les intervenants.

Parallèlement à notre démarche, les intervenants ont déploré le fait de ne pas avoir de supervision clinique spécialisée en mauvais traitements ou en éthique dans le cadre de leur pratique. De même, ils trouvaient fâcheux la disparition d'une instance de discussion de cas (instance qui a été abolie parce que, dans sa forme et son fonctionnement, elle ne semblait pas répondre aux besoins des intervenants). Ainsi, pour maximiser les effets sur la pratique, il importe non seulement de bien outiller les intervenants, mais aussi de les soutenir dans leurs actions.

Aux yeux des intervenants, l'aide-mémoire est apparu comme un soutien qui contribue à les sécuriser dans leur démarche. L'outil a aussi permis aux intervenants de se sentir au clair dans leur décision d'aller soit vers des mesures extrêmes, vers l'accompagnement ou vers le respect absolu des volontés de l'ainé maltraité. Ses principaux points forts sont : sa clarté, la logique du processus proposé, sa richesse en termes de réflexion par le biais des diverses questions qu'il contient et que l'intervenant doit se poser en cours de route, le fait qu'il soit complet (toute situation peut être dénouée), sa proposition d'actions concrètes, son côté pratique et sa force comme outil de référence dans des situations plus complexes. De plus, cet outil plus réflexif peut être utilisé parallèlement à toute grille de dépistage ou d'intervention qui serait validée.

Cet outil est en voie d'être implanté dans divers milieux de pratique en Estrie et, de façon expérimentale, en France. Toute demande d'information doit être adressée à <marie.beaulieu@usherbrooke.ca>

Marie Beaulieu, Ph.D., s'intéresse à la problématique des mauvais traitements envers les aînés depuis près de 20 ans.

L'équipe de recherche ayant développé l'outil est constituée, à part la chercheuse principale, de Nancy Leclerc, T.S. et m.a. en gérontologie, qui possède une double expertise clinique et de recherche, et de Julien Bélanger, étudiant à la m.a. en gérontologie.

L'auteure désire remercier le CRSH qui a financé l'étude initiale sur les enjeux psychosociaux et éthiques rencontrés par les praticiens lorsqu'ils interviennent dans des situations de mauvais traitements envers les personnes âgées. Elle désire aussi remercier le CRI-VIFF, qui a financé le développement de l'outil. Finalement, elle souligne la grande collaboration des intervenants psychosociaux au processus visant à bonifier les pratiques au moyen d'un meilleur soutien accordé aux intervenants.

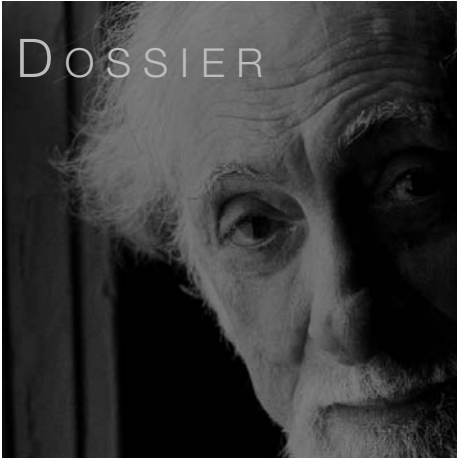
Du même auteur

- Beaulieu, M. (à paraître en 2005). Le respect de l'autonomie ou de la bienfaisance: l'articulation de deux valeurs en intervention dans les situations de mauvais traitements envers les aînés. Sous la direction de Françoise-Romaine Ouellette, Roch Hurtubise et Renée Joyal. *Familles en transformation: quels enjeux éthiques?* Québec, PUL / IQRC.
- Beaulieu, M., Gordon, R. M., Spencer, C. (2005). The Abuse and Neglect of Older Canadians: Key Legal and Related Issues. Dans A. Soden (ed). *Advising the Older Client*. Toronto, LexisNexis, Butterworths, 196-250.
- Beaulieu, M., & Dubuc, S. (2005). Les dilemmes éthiques des intervenantes et des intervenants confrontés aux situations de mauvais traitements envers les personnes aînées. Actes

du 4^e colloque de l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes, *Les victimes d'actes criminels: Agir dans le respect de la personne*. <http://www.aqpv.ca/m14.pdf> (consulté le 22 avril 2005).

- Beaulieu, M. (2004). Intervenir auprès de la personne âgée maltraitée: de nombreux enjeux. Dans Allard, J., Hottin, P. & Prévile, M. *Vieillessement et problèmes de santé mentale*. Actes du congrès scientifique 2003 «Problèmes de santé mentale et vieillissement» de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, 182-195.
- Leclerc, N., & Beaulieu, M. (2004). Peur du crime et santé mentale des personnes âgées: comprendre pour mieux intervenir. *Intervention* 121, 51-60.
- Beaulieu, M. (2004). La formation continue informelle: une réflexion inspirée de pratiques gérontologiques. *Interactions* 8 (2), 45-55.

- Giasson, M. & Beaulieu, M. (2004). Le respect de l'autonomie: un enjeu éthique dans l'intervention psychosociale auprès des aînés maltraités. *Intervention* 120, 98-109.
- Beaulieu, M., Leclerc, N., & Dubé, M. (2003). Fear of crime among the elderly: An analysis of mental health issues. *Journal of Gerontological Social Work* 40 (4), 121-139.
- Beaulieu, M. (2003). La victimisation des personnes aînées. Quelques considérations psychosociales et éthiques. Sous la direction de INAVEM *La victimisation des aîné(e)s*. Paris, L'Harmattan. Collection Sciences criminelles, 67-100.



La Table de concertation sur l'abus, la violence et la négligence envers les aînés de Québec-centre : dix ans d'actions concertées

Roger Fecteau, organisateur communautaire, Centre de santé et de services sociaux de Québec-Sud

Issue d'une volonté commune des organismes du centre-ville de Québec d'éliminer la violence, l'abus et la négligence exercés à l'endroit des personnes aînées, la Table de concertation sur la violence, l'abus et la négligence de Québec-centre a vu le jour en 1995 à la suite d'une journée de sensibilisation qui réunissait une centaine de personnes provenant d'organismes communautaires œuvrant auprès des personnes aînées, de regroupements de personnes retraitées, d'organismes ou d'établissements des réseaux de la santé et des services sociaux et de la justice. Des partenariats et collaborations avec des acteurs du monde municipal, des entreprises privées, des coopératives et des institutions financières ont aussi été développés tout au long de ces années.

Aujourd'hui, 25 organismes participent toujours activement aux actions de la Table qui, dès le départ, s'est donnée comme objectifs de :

- Réunir les organisations de Québec-centre préoccupées par la problématique de la violence exercée à l'endroit des personnes aînées, autant communautaires, publiques que privées ;
- Susciter une plus grande coordination des efforts de prévention, d'intervention et de référence en regard de cette problématique ;
- Mener, en concertation, des actions concrètes dans des perspectives de prévention (information/sensibilisation), de dépistage et de formation.

Une structure de fonctionnement simple et efficace

La Table de concertation s'est dotée d'un comité permanent qui a pour mandat la préparation des rencontres, la responsabilité de l'actualisation du plan d'action annuel, la gestion des avoirs et la

représentation de la Table au besoin. Ce comité est composé de cinq personnes élues parmi les organismes membres. Les membres du comité permanent sont présents d'office sur chacun des comités formés pour les besoins de la Table.

Les comités de travail

Des comités sont mis sur pied pour les besoins d'actualisation du plan d'action. Le nombre et la composition de ces comités sont laissés à la discrétion de la Table réunie en assemblée.

Les membres

Seuls des organismes, établissements ou regroupements peuvent devenir membres. Les membres de la Table s'engagent à déléguer au moins une personne pour participer aux rencontres (environ quatre par année). Selon leurs intérêts, les membres sont invités à s'impliquer dans l'un ou l'autre des comités de travail mis en place. Ils s'engagent à poser des actions concrètes, à améliorer leurs connaissances sur la violence, l'abus et la négligence, ainsi qu'à mettre à contribution leurs ressources dans l'atteinte des objectifs visés dans le plan d'action de la Table.

Il serait fastidieux de dresser une liste exhaustive des actions menées depuis la formation de la Table de concertation. Cependant, nous nous arrêterons sur celles qui ont été les plus significatives, tant pour les membres de la Table que pour les personnes aînées de la communauté ou encore la population en général.

De 1995 à 2000, les principales actions mises en place ont été essentiellement :

- L'organisation de formations visant à mieux habilitier les responsables et bénévoles d'organismes et à ainsi mieux répondre aux demandes d'aide d'aînés vivant des situations d'abus, de violence ou de négligence ;

- La réalisation d'une démarche visant à ce que les groupes-membres de la Table apprennent à mieux se connaître et à travailler ensemble dans les situations d'abus envers les aînés qu'ils peuvent rencontrer ;
- L'élaboration et la publication d'un guide d'intervention lors de situation d'abus¹, synthèse des formations reçues et des caractéristiques des ressources ;
- La production et la diffusion, notamment auprès des groupes d'aînés, des résidences privées pour aînés et des HLM pour retraités, d'un dépliant de sensibilisation sur la problématique de la violence envers les personnes âgées² (30 000 dépliant ont ainsi été distribués dans la région de Québec, dont 13 000 uniquement sur le territoire de Québec-centre) ;
- La tenue d'une conférence de presse visant à élargir la campagne de sensibilisation et à faire connaître notre Table et ses réalisations. Elle était co-animée par le maire de la Ville de Québec, M. Jean-Paul L'Allier ;
- L'établissement de liens avec les autres Tables de concertation sur cette même problématique dans la région de Québec et formation d'un comité inter-tables ;
- La participation conjointe des Tables de concertation de la région au Salon des Aînés, événement annuel très fréquenté par les aînés.

Les activités de la Table pour la période 2000-2005 sont orientées sur :

- Des formations portant sur *L'aptitude et l'inaptitude des personnes* ainsi que sur *Les droits des locataires et des propriétaires*, thématiques souvent associées à des situations de violence, d'abus ou de négligence ;
- Une présentation de la pièce de théâtre *La lune est inquiète du temps*³ portant sur la problématique de l'abus suivie d'une discussion animée. Des représentants de la Table participeront aux échanges lors de tournées dans les résidences privées pour personnes aînées ;
- La participation de membres de la Table à un comité de recherche sur la question de l'isolement social des aînés et la violence, l'abus ou la négligence dont elles peuvent être victimes⁴ ;
- L'appropriation du rapport de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse portant sur l'exploitation des personnes âgées⁵ ;
- La participation à une formation portant sur les aspects juridiques de l'abus envers les aînés. Cette formation a été dispensée par M^e Pierre Proulx, membre du Comité régional d'experts (région de Québec) et directeur du bureau d'aide juridique centre-ville (Québec) ;
- L'émission d'un avis à la Direction régionale de la santé publique sur son *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007*, particulièrement sur son offre de service aux personnes âgées⁶ ;
- Le développement d'un partenariat avec un professeur du Département de communications de l'Université Laval afin d'identifier des stratégies nouvelles pour rejoindre plus particulièrement les personnes âgées isolées ;
- Une formation sur les approches de proximité dans cette même perspective.

Voilà quelques-unes des réalisations de la Table de concertation sur la violence, l'abus et la négligence envers les aînés de Québec-centre ces dernières années. Quels constats pouvons-nous faire après dix années d'existence ? Quels résultats dégager ? Y a-t-il lieu de poursuivre le travail ? Dans quelle perspective ? Autant de questions nécessaires pour un bilan, même sommaire.

Tout d'abord, nous devons constater que la violence, l'abus ou la négligence envers les aînés, que l'on a tendance à traduire aujourd'hui sous le concept de *maltraitance*, n'ont pas diminué. Bien au contraire, les situations déplorées s'avèrent plus nombreuses. Mais est-ce là vérifiable ? Peut-être avons-nous simplement contribué, grâce à nos actions visant à

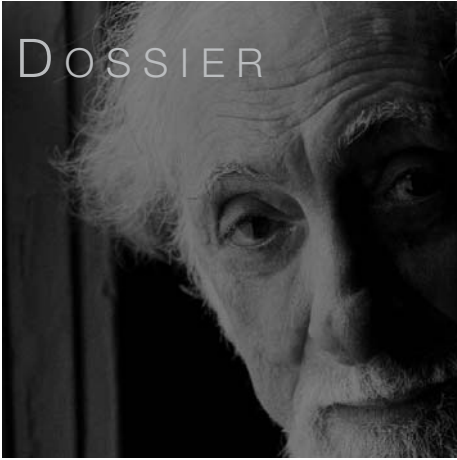
sensibiliser intervenants professionnels, bénévoles, aînés et proches, à mieux détecter et référer les situations d'abus jusque-là cachées, maintenues dans l'anonymat.

Mais nous pouvons aisément identifier des changements importants quant à la connaissance du phénomène de la violence envers les aînés et des ressources existantes. Ces dernières se connaissent mieux entre elles et s'interpellent davantage lors de situations complexes. Le sentiment d'impuissance qui s'exprimait il y a dix ans s'est grandement estompé, résultat probable des formations reçues et des concertations développées. Les interventions dans chaque situation semblent avoir un impact positif sur la diminution ou la disparition de la violence, l'abus ou la négligence. Il serait d'ailleurs intéressant d'étudier davantage ces effets. Enfin, la participation soutenue des membres de la Table pendant une aussi longue période révèle à notre avis une motivation toujours présente à lutter contre ce phénomène social.

À l'occasion de son dixième anniversaire, la Table de concertation réitère l'importance de poursuivre ses objectifs dans les prochaines années. La prévention des différents types d'abus, et tout particulièrement celui de l'exploitation financière, devrait prendre une bonne part des énergies. La problématique de l'isolement social comme facteur de risque devra aussi faire l'objet de préoccupations.

Références

- 1 Table de concertation sur la violence, l'abus et la négligence envers les aînés de Québec (1997), *Violence, abus, négligence envers les aînés : Guide intervention ressources*, Québec, 88 p. (épuisé).
- 2 *Violence, abus, négligence envers les personnes âgées : Ne fermons pas les yeux* (1998), dépliant de sensibilisation.
- 3 *La lune est inquiète du temps*, texte de Arlette Fortin, pièce de théâtre, Dri Art Productions.
- 4 Patricia Fortin, *Rapport sur l'isolement des personnes âgées*, document présenté à la table de concertation sur la violence, l'abus et la négligence envers les aînés de Québec-centre, 2002.
- 5 Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *L'exploitation des personnes âgées : vers un filet de protection resserré*, Québec, 2001, 195 p.
- 6 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction régionale de santé publique, *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*, document de consultation Région de Québec, Québec, 2003, 116 p.



Des pistes pour comprendre et accompagner les aînées qui vivent de la violence conjugale

Lyse Montminy, Ph.D., professeure-chercheure, École de service social, Université de Montréal

Christine Drouin, M. Sc., professionnelle de recherche, CRI-VIFF, Université de Montréal

On sait que la violence conjugale se manifeste dans toutes les classes sociales et qu'elle peut être vécue au sein d'une relation de couple à tous les âges de la vie. Des progrès intéressants ont été réalisés, d'une part quant à la compréhension de cette problématique et, d'autre part, quant aux programmes d'intervention s'adressant aux jeunes pour prévenir la violence dans leurs relations amoureuses, aux femmes et aux enfants victimes ou témoins de violence conjugale ainsi qu'aux conjoints violents. Il en est tout autrement en ce qui a trait à la violence conjugale entre les conjoints âgés. Néanmoins, la récente reconnaissance de la violence conjugale chez les couples âgés comme un problème social^{1,2}, pose l'urgence d'une meilleure compréhension du phénomène et du développement des connaissances pouvant être utilisées à l'amélioration des stratégies déployées, pour mieux répondre aux besoins des femmes âgées.

À ce jour, l'intervention en matière de violence conjugale auprès des femmes plus âgées a été peu abordée. Quelques auteurs^{3,4,5} ont évoqué l'idée que les services devraient être mieux adaptés, mais qu'en est-il réellement? Que font les intervenantes des maisons d'hébergement qui côtoient ces femmes qui frappent à leur porte? Y a-t-il des approches qu'elles privilégient? Est-ce que la vie en maison d'hébergement a un impact sur la situation des femmes plus âgées? Est-ce que les modèles d'intervention déjà appliqués auprès des femmes plus jeunes sont aussi pertinents pour les femmes plus âgées? Sinon, quel type d'intervention faut-il alors privilégier pour respecter leur vécu? Toutes ces questions, et bien d'autres encore, se posent pour accompagner le plus adéquatement possible ces femmes qui demandent de l'aide aux intervenantes des maisons d'hébergement. Cet article a pour objectif d'amorcer une réflexion autour de l'intervention, à partir des propos de deux intervenantes qui ont accepté de partager tant leur expérience que leur questionnement vis-à-vis de la situation des femmes âgées qui vivent de la violence conjugale. Ainsi, pour rendre compte du savoir d'expérience de ces

intervenantes, nous traiterons des thèmes et des attitudes qui sous-tendent l'intervention auprès des aînées en maison d'hébergement ainsi que les différents types d'intervention rapportés.

Selon les répondantes, un des premiers thèmes qui doit être abordé avec les résidentes plus âgées est la prise de conscience de la situation que vit la femme lorsqu'elle arrive à la maison d'hébergement. Dans un premier temps, cette reconnaissance qu'il s'agit d'une situation de violence conjugale et qu'il est important de la révéler pose parfois un défi, car les hommes ou les femmes plus âgées jugent souvent inapproprié de rapporter la violence du conjoint^{2,6}. Cela doit demeurer du domaine privé.

Une fois franchie l'étape de la divulgation de la situation, les intervenantes abordent, lors des interventions individuelles, les conséquences d'avoir vécu de la violence pendant de nombreuses années et les sentiments, notamment la colère, que cela suscite. Pour la plupart, ces femmes isolées^{6,7} ont consacré leur vie à répondre aux besoins des membres de la famille, dont le conjoint, avec comme résultats

qu'en dehors du rôle de mère et d'épouse, elles se retrouvent difficilement⁸. Influencées par une socialisation qui les a principalement confinées dans ces rôles^{2,4,9,10,11}, les aînées doivent être renforcées dans leur capacité à prendre leur vie en main. Peu importe la décision de retourner ou pas avec le conjoint, il est essentiel que les femmes s'affirment davantage et à ce titre, l'intervention de groupe représente pour les répondantes le moyen privilégié pour développer l'affirmation de soi. Le groupe constitue en soi un lieu pour partager, souvent pour la première fois, ce qu'elles vivent. Bien que le groupe soit constitué de femmes de tous âges, les intervenantes rapportent que les aînées créent des alliances entre elles, ce qui correspond au besoin de ces femmes de se rallier à leur groupe d'appartenance et ainsi d'élargir leur réseau social¹². Ce dernier élément a également été souligné comme étant un aspect de l'intervention à privilégier avec ces femmes qui ont été, pour la plupart, coupées de contacts avec leur entourage.

Le mode de vie en maison d'hébergement constitue parfois un terreau fertile pour les femmes plus âgées qui continuent de «se donner pour les autres». À travers

des interventions tant formelles (suivi individuel) qu'informelles (au quotidien), l'étude révèle qu'il est important d'aborder les limites à ne pas franchir pour éviter, une fois de plus, qu'elles mettent de côté leurs propres besoins au détriment de ceux des autres femmes.

Parmi les autres éléments à prendre en considération dans l'intervention auprès des aînées, il y a le fait que ces dernières ressentent beaucoup de culpabilité à l'égard de la violence qui existe dans leur couple. D'autres auteurs^{8,13,10,14} ont également souligné l'importance d'aborder un thème comme la culpabilité, car pour plusieurs femmes, cette culpabilité est associée au fait qu'elles se sentent responsables de l'agir violent du conjoint ou encore qu'elles se sentent déloyales envers l'institution du mariage en quittant le conjoint.

À propos des attitudes rapportées comme étant à la base des interventions auprès des femmes plus âgées, il y a le respect. Dans un premier temps, les répondantes disent accorder beaucoup d'importance au respect du rythme des femmes dans le processus de décision, soit en vue de quitter le conjoint violent ou de continuer la relation, mais en adoptant une attitude différente vis-à-vis de leur conjoint. À cet égard, quelques auteurs^{2,4} soutiennent qu'un changement de comportement exige du temps, particulièrement pour ces femmes âgées qui ont déjà fait l'expérience de vivre de nombreuses pertes, tant au plan de la santé qu'au niveau social. Toutefois, même en dépit de la bonne volonté de respecter le rythme des aînées à prendre une décision, la durée de séjour en maison d'hébergement peut devenir une contrainte qui empêche d'accorder tout le temps nécessaire à certaines femmes pour qui l'institution du mariage, la loyauté envers le conjoint ou encore l'importance de l'unité familiale^{8,11,15} demeurent des valeurs déterminantes dans leur décision.

Outre le respect du rythme, les intervenantes accordent une grande place aux interventions centrées sur les forces de ces femmes. Souvent ravagées par une image négative d'elle-mêmes, ces femmes ont besoin d'être valorisées, soutenues dans le processus de reconstruction de leur propre identité, de prendre conscience qu'elles ont le potentiel nécessaire pour prendre leur vie en main. Les intervenantes croient dans les capacités de ces femmes à reprendre du pouvoir sur leur vie et soutiennent pouvoir y contribuer soit par l'intervention individualisée, soit par l'intervention de groupe.

En plus de la socialisation, des valeurs familiales, de l'éducation⁸, d'autres déterminants influencent les décisions des femmes et les interventions des répondantes. Il s'agit de la situation financière de la résidente. Ayant principalement vécu du revenu du conjoint¹⁵, la femme se retrouve parfois sans ressources financières. Ainsi, si par exemple la femme

quitte le conjoint pour vivre seule, il devient impératif de mettre en place des mesures qui vont lui permettre de subvenir à ses besoins. Il s'agit d'interventions de type « utilitaire » et ponctuelles.

Enfin, pour tous les motifs rapportés précédemment, les répondantes insistent sur le fait de « garder la porte bien ouverte » pour permettre à ces femmes, avec qui elles ont créé une relation de confiance, de venir demander de l'aide à nouveau, car peu de femmes âgées quittent un conjoint après avoir fait une première démarche d'aide¹⁶.

En résumé, même si les aînées sont moins nombreuses que les femmes plus jeunes à fréquenter les maisons d'hébergement¹⁷, elles reçoivent de la part des intervenantes rencontrées des attentions qui laissent croire que ces dernières tiennent compte de leur vécu.

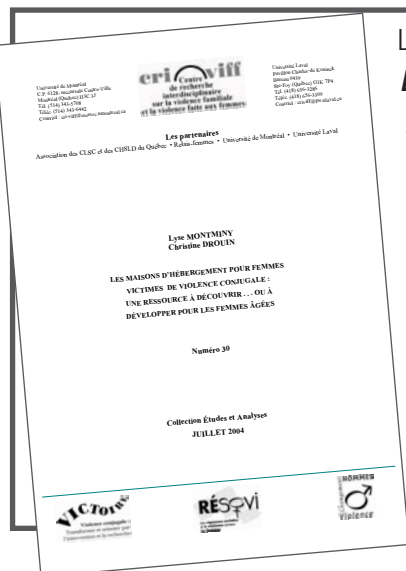
Cette recherche, qui se veut une amorce de réflexion, met en perspective quelques pistes qui émergent de pratiques existantes auprès des aînées. Au-delà des ressemblances rapportées dans cette étude avec les propos des autres auteurs, il apparaît essentiel de continuer de documenter et de faire connaître les maisons d'hébergement comme une ressource potentielle pour les femmes plus âgées. À l'instar des résultats présentés dans ce projet exploratoire, il est essentiel de poursuivre des recherches sur l'expérience des intervenantes, car ce sont elles qui sont appelées à adapter leurs interventions pour mieux répondre aux besoins des aînées qui sont en situation de violence conjugale. C'est dans ce sillon que se situe l'une des recherches que nous menons présentement auprès de 30 intervenantes qui oeuvrent dans des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale. Nous visons par ce projet à dresser un profil plus élaboré des différentes pratiques d'intervention auprès des aînées qui vivent de la violence dans leur relation de couple. Les résultats de cette étude permettront de compléter et

Lyse Montminy et Christine Drouin,
Les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale: une ressource à découvrir... ou à développer pour les femmes âgées

Collection Études et Analyses,
Numéro 30, Juillet 2004, 71 p.

Disponible au

www.criviff.qc.ca/pdf/pub_86.pdf

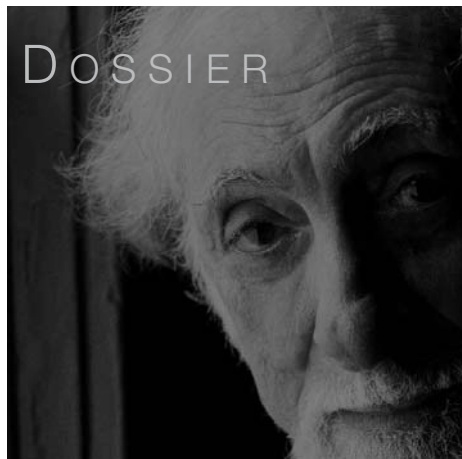


d'approfondir les différents aspects de l'intervention qui ont été brièvement abordés dans cet article.

La réalisation de ce projet a été possible grâce au soutien financier de RÉSOVI (Réponses sociales à la violence faite aux femmes) du CRI-VIFF (Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes) et s'est effectuée en collaboration avec la Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec.

Références

1. Harbison, J. (1999). The changing career of "elder abuse and neglect" as a social problem in Canada: Learning from feminist frameworks? *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 11(4), 59-80.
2. Mears, J. (2003). Survival is not enough, violence against older women in Australia. *Violence Against Women*, 9(12), 1478-1489.
3. Vinton, L. (2003). A model collaborative project toward making domestic violence centers elder ready. *Violence Against Women*, 9(12), 1504-1513.
4. Zink, T., Regan, S., Jacobson, C. J. et Pabst, S. (2003). Cohort, period, and aging effects. *Violence Against Women*, 9(12), 1429-1441.
5. Brandl, B. et Raymond, J. (1997). Unrecognized elder abuse victims. Older abused women. *Journal of Case Management*, 6, 62-68.
6. Vinton, L. (2002). *Questions and Answers about older battered women* (Prepared for the Department of Elder Affairs Web Page). Florida Department of Elder Affairs. <<http://ssw.fsu.edu/qaolderwomen/qaolderwomen.pdf>>
7. Harris, S. B. (1996). For Better or for Worse: Spouse Abuse Grown Old. *Journal of Abuse and Neglect*, 8, 1-33.
8. Montminy, L. (2000). *Les représentations sociales de la violence psychologique vécue par des conjointes âgées*. Thèse de doctorat non publiée. Québec: Université Laval.
9. Gesino, J. P., Smith, H. H., et Keckich, W. A. (1982). The Battered Woman Grows Old. *Clinical Gerontologist*, 1, 50-67.
10. Aronson, J., Thornewell, C., & Williams, K. (1995). Wife Assault in Old Age: Coming Out of Obscurity. *La revue canadienne du vieillissement*, 14, 72-88.
11. Gravel, S., Beaulieu, M. et Lithwick, M. (1997). Quand vieillir ensemble fait mal: Les mauvais traitements entre conjoints âgés. *Criminologie*, 30(2), 67-85.
12. Brandl, B. et Horan, D. L. (2002). Domestic Violence in Later Life: An Overview for Health Care Providers. *Domestic Violence and Health Care: Policies and Prevention*, 35(2-3), 41-54.
13. Podnieks, E., Pillemer, K., Nicholson, J.P., Shillington, T. et Frizzel, A. (1990). *Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada*. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute.
14. Thériault, C. (1995). *Inventaire des perceptions des personnes âgées de 70 ans et plus fréquentant un centre de jour, sur la violence exercée envers les personnes âgées*. Mémoire de maîtrise non publié, Université Laval, Sainte-Foy.
15. Wolf, R. S. (2000). *The older battered woman*. National Violence Against Women Prevention Research center. <<http://www.nvaw.org/research/olderbattered.shtml>>
16. Brandl, B. et Daniels, L. C. (2002). *Domestic Abuse in Later Life*. Violence Against Women Online Resources. <<http://www.vaw.umn.edu/documents/vawnet/arlaterlife/arlaterlife.html>>
17. Montminy, L. et Drouin, C. (2004). *Les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale : une ressource à découvrir...ou à développer pour les femmes âgées*, CRI-VIFF (Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes), 73 pages.



Le programme *Vieillir en liberté en toute sûreté*: informer et rassurer les personnes âgées

Sergent Denis Théorêt, Service conseil et stratégies avec les communautés locales, Sûreté du Québec



Le programme *Vieillir en liberté en toute sûreté* a été mis sur pied en 1999 par la Sûreté du Québec en partenariat avec la Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ) – Mouvement des aînés du Québec. Son principal objectif est d'accroître le sentiment de sécurité des personnes âgées en les informant et en leur fournissant des conseils de prévention. Divers partenaires tels que Pharmaprix, Protectron, Banque Nationale et Provigo ont apporté leur expertise au développement de ce programme et contribué financièrement à sa réalisation. Certains de ces partenaires peuvent aussi accompagner les policiers lors des présentations, au besoin.

Lancé dans toutes les régions du Québec en 1999, ce programme est le fruit de nombreuses consultations avec divers partenaires. C'est un bel exemple de rapprochement entre les policiers et la population et d'amélioration des services tel que le prévoit le modèle de police de proximité mis de l'avant par la Sûreté en 1996. Plusieurs autres programmes destinés à diverses clientèles ont d'ailleurs été développés pour concrétiser ce rapprochement.

Le processus de vieillissement de la population québécoise et ses impacts sont au nombre des préoccupations de la Sûreté du Québec. Les études démographiques démontrent qu'un Québécois sur huit est actuellement âgé de 65 ans et plus. Cette proportion passera d'ailleurs à une personne sur quatre dans près de 20 ans (Statistiques Canada, 2001).

Malgré un taux de victimisation inférieur à celui de la population en général, la peur du crime chez les aînés est bien

réelle. Bien que diverses mesures de protection visant à en atténuer les effets ont été mise en place, les aînés n'échappent pas aux phénomènes de violence et d'abus, non plus qu'aux situations qui compromettent leur sécurité.

Isolément et culture du silence

Plusieurs facteurs rendent l'intervention policière et la détection de ces abus parti-

culièrement complexes: que l'on pense à l'isolement social auquel font face plusieurs personnes âgées, à la distance entre les lieux de résidence et les ressources d'aide disponibles, de même qu'à la dépendance de plusieurs victimes envers leur agresseur. Les liens relationnels entre les aînés victimes et leur agresseur ne font qu'ajouter à la difficulté de dénoncer les abus dont ils sont victimes et de rechercher de l'aide. Comme le démontrent les statistiques, trois aînés sur quatre sont victimisés par des proches ou des personnes connues. Cette culture du silence ne doit donc pas être négligée lorsque l'on évalue les taux de victimisation des personnes âgées.

Décélérer les signes d'abus et responsabiliser les aînés

Les objectifs du programme *Vieillir en liberté en toute sûreté* visent notamment à responsabiliser et à sensibiliser les aînés face à leur propre sécurité, en habilitant les aînés significatifs à exercer un certain leadership dans leur propre milieu, tant pour identifier les différentes problématiques que pour référer les individus en difficulté aux ressources appropriées.

Le programme vise aussi à développer chez les policiers des habiletés à décélérer les signes d'abus tout en favorisant la stabilité, la proximité et la rapidité de leurs services auprès des aînés. Que l'intervention soit réalisée par un policier, un partenaire ou un aîné, elle vise avant tout à briser l'isolement et à orienter les personnes vers les ressources appropriées.

Les thèmes abordés

Le programme contient de l'information sur plusieurs thèmes de même que des pistes de solution pour chacun de ses volets. Les thèmes du programme sont les suivants:

- Les mauvais traitements;
- La prévention des crimes;

- La prévention des blessures;
- La conduite automobile;
- La consommation de médicaments;
- La protection des aînés en situations d'urgence ou de crise.

Afin d'accroître constamment la portée du programme et d'en faire profiter le plus grand nombre d'aînés, la Sûreté du Québec et la FADOQ misent sur le concours d'agents multiplicateurs. En plus d'une approche immédiate lors d'interventions auprès de personnes aînées victimes d'abus physique ou financier, la diffusion du programme prend la forme de conférences, de rencontres, de visites et de présentations à des organismes œuvrant auprès des aînés.

Les outils disponibles

Pour faciliter cette diffusion, des outils de sensibilisation ont été développés. Des fiches conseils sur les différents thèmes sont remises aux aînés lors des présentations ou des rencontres. Un document vidéo qui reprend les informations consignées sur les fiches conseils accompagne les présentations.

La **Capsule Info-Stop Point rouge** est également remise aux participants lorsque ce thème est abordé. Cette capsule s'adresse aux personnes qui prennent des médicaments ou qui ont des allergies. Elle vise à sensibiliser et à améliorer l'efficacité des premiers intervenants, principalement les ambulanciers, appelés à dispenser les premiers soins. Elle favorise une identification rapide d'une personne en difficulté et fournit des informations sur son état de santé ainsi que sur les personnes à contacter en cas d'urgence.

Elle comporte aussi une vignette magnétique représentant un panneau routier «Stop» qui doit être affichée sur la porte du réfrigérateur. Cette vignette indique qu'une bouteille en plastique déposée dans la porte du réfrigérateur contient une fiche

détaillant des renseignements tels que le nom de la personne, des informations médicales, les personnes à joindre en cas d'urgence, les coordonnées du médecin traitant et l'endroit où se trouvent ses médicaments.

Évolution de la criminalité et mise à jour continue du programme

En 2003, quatre ans après son lancement, le programme a été évalué à des fins d'actualisation et d'amélioration. L'analyse a été réalisée par une étudiante de l'École de criminologie de l'Université de Montréal. Les principales recommandations ont consisté en des ajouts de thèmes reflétant des problématiques contemporaines, dont le télémarketing frauduleux et les crimes reliés à l'utilisation d'Internet.

Par le biais de ce programme, des liens importants ont été créés avec la clientèle, ce qui a engendré des partenariats soutenus sur l'ensemble du territoire desservi par la Sûreté. D'ailleurs, les nombreuses visites et présentations réalisées par les policiers ont suscité un engouement encore plus fort pour le programme, mais aussi pour le développement de nouveaux partenariats avec des organismes œuvrant auprès de cette clientèle.

Le programme *Vieillir en liberté en toute sûreté* constitue, en quelque sorte, une porte d'entrée auprès des personnes âgées. Il permet de réduire l'isolement des aînés mais aussi d'atténuer les effets de l'isolement des intervenants.

Le succès de telles interventions doit passer par une mobilisation et une consolidation du réseau de partenaires. Nous poursuivons d'ailleurs dans cette voie, et ce, pour l'ensemble de nos interventions préventives.

Faire échec aux commerçants malhonnêtes !

Office
de la protection
du consommateur

Québec



Chantal Racine, Office de la protection du consommateur

En raison de leur plus grande vulnérabilité aux fraudes de toutes sortes, les personnes âgées ont besoin d'information pour faire valoir leurs droits et utiliser davantage les recours mis à leur disposition par l'Office de la protection du consommateur. Voici quelques conseils à leur intention.

Prudence avec les commerçants itinérants

Un vendeur sonne à la porte pour offrir l'aubaine du siècle ou propose ses services pour l'entretien ou la rénovation de la maison en insistant sur l'urgence de procéder aux travaux. Il s'agit d'un commerçant itinérant.

La première chose à faire est de s'assurer que le commerçant itinérant possède un permis de l'Office. Même s'il n'est pas obligé de le porter sur lui, il doit être en mesure d'en donner le numéro. Il est possible alors de vérifier auprès de l'Office si le permis, renouvelable tous les deux ans, est toujours valide. Ce permis n'atteste pas l'honnêteté du commerçant ni n'assure la qualité de son produit ou de ses services. Si le commerçant prétend le contraire ou affirme être recommandé par l'Office, il faut signaler le cas à l'organisme. De plus, s'il travaille dans le secteur de la rénovation résidentielle, il doit aussi être titulaire d'une licence d'entrepreneur délivrée par la Régie du bâtiment du Québec. Si l'on est vraiment tenté par le produit ou le service offert, il faut prendre son temps avant de signer quoi que ce soit. Il vaut mieux demander au commerçant de laisser ses coordonnées, en profiter pour vérifier auprès d'autres commerçants la disponibilité et le prix de ce qui est proposé et examiner attentivement toutes les clauses du contrat dont le commerçant aura remis copie. Si le montant de l'achat est de 25\$ ou moins, aucun contrat n'est exigé. Le contrat à signer doit pour sa part contenir les éléments suivants : les nom et adresse du consommateur et ceux du commerçant (il faut une adresse complète, pas seulement une case postale), le numéro de permis du commerçant, le lieu et la date de la signature du contrat, la description de l'achat, le prix (de chaque article) et le total du montant à déboursier, incluant les frais de livraison, de manutention ou autres.

On peut annuler un contrat

En vertu de la *Loi sur la protection du consommateur*, on peut annuler un contrat dans un délai de dix jours suivant sa signature. Ce délai inclut les samedis, les dimanches et les jours fériés. Pour annuler un contrat, il suffit d'envoyer au commerçant ou à son représentant, par courrier recommandé, le formulaire de résiliation joint au contrat, ou une lettre l'informant de cette décision, ou tout simplement de remettre le bien au commerçant s'il a été livré. S'il s'agit de travaux, il faut en retarder l'exécution jusqu'à l'expiration du délai d'annulation prévu par la loi. Tant que ce délai de dix jours n'est pas expiré, le commerçant ne peut réclamer quelque paiement que ce soit au consommateur, sauf si ce dernier a reçu le bien ou a fait commencer les travaux. Enfin, dans le cas où un bien lui est retourné, le commerçant a dix jours pour rembourser le consommateur.

Attention aux offres de travail à domicile

La technique de recrutement des entreprises qui offrent du travail à domicile consiste à publier des petites annonces dans les quotidiens et les hebdomadaires sous les rubriques « Offres d'emploi », « Travail à domicile » « Emplois divers », ou sur Internet. Généralement, les

consommateurs sont invités à envoyer à une case postale une enveloppe-réponse affranchie à leur nom pour obtenir le travail annoncé. Alors qu'ils s'attendent à recevoir une convocation à une entrevue ou, mieux encore, à obtenir un travail déterminé, on leur demande, avant toute chose, une somme pouvant varier entre 20\$ et 60\$ en échange de la façon « de faire fortune ». Ceux qui donnent suite à cette demande recevront du matériel (et non un véritable emploi), leur expliquant que le système proposé est « tout à fait » légal et leur suggérant de placer une annonce du même genre pour recruter d'autres personnes. D'autres entreprises offriront, toujours après avoir demandé de l'argent, des kits de menus objets plus difficiles les uns que les autres à assembler, d'où l'improbabilité de réaliser les sommes d'argent promises dans un laps de temps raisonnable. Il faut savoir que certaines de ces entreprises ne sont pas immatriculées au Québec et sont même situées à l'extérieur du Québec, ce qui complique les recours des consommateurs lésés qui souhaiteraient récupérer les montants investis. On doit donc se méfier des entreprises qui demandent de l'argent et qui donnent uniquement comme adresse une case postale.

Faites valoir vos droits

L'Office de la protection du consommateur est chargée de surveiller l'application de quatre lois, soit la *Loi sur la protection du consommateur*, la *Loi sur les agents de voyages*, la *Loi sur les arrangements préalables de services funéraires et de sépulture* et la *Loi sur le recouvrement de certaines créances*. Ces lois régissent les pratiques commerciales dans plusieurs domaines de consommation. Elles reconnaissent les droits des consommateurs et facilitent leurs recours devant les tribunaux s'ils sont victimes d'un manquement à l'une ou l'autre de ces lois. Pour plus d'information, on peut communiquer avec l'Office au 1.888.OPC.ALLO ou consulter le <www.opc.gouv.qc.ca>



Blanche, interprétée par Hélène Desperrier, membre fondatrice du Parminou et co-directrice artistique

T H É Â T R E
PARMINOU

Blanche détresse du Théâtre Parminou

Depuis plus de deux ans déjà, le Théâtre Parminou propose un spectacle qui s'adresse aux personnes âgées ainsi qu'aux différents intervenants, en plus d'intéresser toute la population. *Blanche détresse* est une pièce originale qui aborde certains problèmes que les personnes âgées sont appelées à rencontrer.

Vieillir, c'est le lot de tous. Mais il y a plusieurs façons de vieillir et celles-ci ne dépendent malheureusement pas toujours de la personne elle-même. Blanche en sait quelque chose! Veuve, avec comme seule compagne de vie la femme de son fils décédé qui profite d'elle, Blanche n'ose protester de peur d'aggraver sa situation. Elle se cache dans son mutisme et ne se permet pas de crier à l'aide. Elle devrait pouvoir dénoncer les mauvais traitements que sa belle-fille lui impose. Mais à qui?

Blanche détresse demande au public de s'impliquer, d'intervenir, d'aider Blanche à sortir de sa détresse. Par le biais de l'interaction, le meneur de jeu, maître de cérémonie théâtral, donne la parole aux spectateurs et leur permet de réfléchir collectivement, à haute voix.

Dans cette pièce de théâtre, Blanche est l'un des personnages qui se confrontent à différentes problématiques liées au vieillissement. D'autres cas sont aussi soumis au public, dont celui de Mme Godin aux prises avec un mari malade et violent et celui de M. Verbowski, qui a une fille un peu trop cupide.

Pour les comédiens, jouer des personnes âgées en perte d'autonomie, c'est arriver à se mettre dans leur peau afin que le public à son tour puisse être touché par le drame dont il est témoin et auquel il pourrait un jour être confronté. Car, après tout, personne n'est à l'abri du vieillissement et de ce qui peut en découler. Il ne faut surtout pas avoir peur d'en parler!

Le Théâtre Parminou compte plus de 30 ans d'histoire, de passion et de conviction. Cette troupe de création et de tournée continue de faire du théâtre engagé dans les problématiques sociales de son époque. Pionnier et chef de file du théâtre d'intervention, le Théâtre Parminou occupe une place unique au Québec. Ses créations suscitent émotions, réflexions, discussions et changements. À son actif: près de 450 créations et au-delà d'un million et demi de spectateurs de tous âges.

Pour information ou réservation, communiquez avec
Louise Duquette au 819.758.0577 poste 28 ou <lduquette@parminou.com>



Tel-Aînés offre à toute personne de 60 ans et plus ainsi qu'à ses proches aidants naturels, sans distinction, en situation de précarité ou de détresse psychologique, un service téléphonique gratuit, anonyme et confidentiel d'écoute active, de prévention du suicide et de référence.

Disponible 7 jours sur 7,
de 10h à 22h
aux résidents du territoire desservi
par les indicatifs régionaux
514 et 450.

Pour devenir bénévole
à Tel-Écoute ou à Tel-Aînés,
composez le 514.493.4445

<www.tel-ecoute.org>

La Ligne info-abus pour les aînés

Créée en 1994 dans le but de briser le cycle de violence et de silence entourant l'abus envers les personnes aînées, la Ligne info-abus vise la responsabilisation des individus par l'éducation, l'information et l'accès aux ressources.

Ayant pour objectif de rejoindre les aînés victimes d'abus et toute personne touchée par une situation d'abus impliquant une personne aînée dans le but de leur fournir les outils nécessaires pour se protéger, la Ligne permet aux personnes qui téléphonent de réduire leur isolement, de s'exprimer sur la situation problématique qu'elles vivent, de recevoir du support et d'avoir accès à de l'information et aux ressources disponibles dans leur région.

Au cours de l'année 2004-2005, 1070 personnes ont fait appel à la Ligne info-abus. Le profil d'abus se ventilait de la manière suivante :

- Abus physique: 8 %
- Négligence: 10 %
- Abus psychologique: 33 %
- Exploitation financière: 35 %
- Autres types d'abus: 14 %

La Ligne, qui offre un service provincial bilingue et sans frais, est accessible du lundi au vendredi de 9h à 17h.

514.489.ABUS (2287)
OU
1.888.489.ABUS (2287)

Nouvelles parutions

Robert Cario

L'aîné(e) victime - La fin d'un tabou ?

Paris : L'Harmattan, 2004

Le tabou de la victimisation des aînés est-il sur le point de tomber, au même titre que sont aujourd'hui considérées comme inacceptables les autres formes de violences au sein de la famille? Le drame de la canicule meurtrière de l'été 2003 en France l'exige. Impérativement. Pour complexe que soit le phénomène de la victimisation des personnes âgées, il est aujourd'hui connu dans ses conditions d'émergence, ses modes opératoires et la variété des réponses à y apporter. À la violence de l'indifférence sociale, intolérable, doit être substitué d'urgence un programme ambitieux de bientraitance des aînés les plus vulnérables.

Pour en savoir davantage ou pour commander:
<www.editions-harmattan.fr>



Silence, on frappe... De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées

Milly-la-Forêt [France]: Animateur, 2004

Aura-t-il fallu la canicule et ses milliers de morts pour que l'on parle plus ouvertement des atteintes physiques et psychologiques que subissent les personnes âgées en institution ?

Un état de fait beaucoup plus fréquent que l'on ne croit. Le silence institutionnel est LA Loi. Ceux qui parlent, prennent des risques, parfois sont même victimes de graves pressions, voire de sanctions administratives. Malgré cela, depuis des années, les auteurs de ce livre se battent pour que cessent les traitements indignes que vivent nos anciens en institution. À l'opposé de la maltraitance, des équipes de soin se sont attelées à développer de nouveaux concepts dédiés à la « bientraitance ».

Yves Gineste, le père d'un de ces concepts, a demandé à 14 auteurs francophones de témoigner librement sur ce double sujet. Ce livre a été écrit par des professionnels issus de différents secteurs : soignants, médecins, gériatres, chefs de service, infirmiers, formateurs, qui exercent leurs activités en France, au Québec ou en Suisse.

Pour en savoir davantage ou pour commander :
<www.animateur.net/pageLibre000101b5.html>



Charles-Henri Rapin et collaborateurs,
Sous la direction de Jean-Jacques Guilbert

Stratégies pour une vieillesse réussie

Un concept de santé communautaire pour les personnes âgées qui va des problèmes aux solutions et de la théorie à la pratique

Genève: Éditions Médecine & Hygiène, 2004

Aider la population à réussir son vieillissement est le défi que veut relever cet ouvrage. Il propose un concept qui répond aux besoins des personnes âgées afin de les aider à rester chez elles au mieux et le plus longtemps possible et à retarder ou éviter une hospitalisation.

Le concept des Soins Communautaires pour les Personnes Agées (SCPA) correspond à une politique générale qui augmente les chances de chaque personne de conserver son cadre domestique, son autonomie, son estime de soi et sa place dans la société. Cela implique de se rapprocher des citoyens par une politique de proximité, d'améliorer la qualité de vie et celle des services offerts. Il place l'être humain au centre du dispositif. Il suit les trajectoires de vie sans chercher à les décider.



Stratégies pour une vieillesse réussie propose des solutions concrètes aux problèmes tels que les douleurs mal contrôlées, la maltraitance, l'alimentation, la sexualité, etc. Cet ouvrage s'adresse à tous les professionnels de la santé, aux associations dont les membres sont concernés par la qualité de la vie des personnes âgées et aux décideurs responsables de la gestion des services de santé. Manuel de référence pour les étudiants, il aidera les praticiens de toutes disciplines chargés des soins aux personnes âgées dans la communauté.

Le concept SCPA a été construit et mis en application au cours des 20 dernières années par des équipes de soins expérimentées (médecins, infirmières, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales, etc.). Il est recommandé dans un rapport de l'OMS.

Pour en savoir davantage ou pour commander :
<www.prevention.ch/jjg.pdf>

À l'agenda

Conférence mondiale sur la prévention de la violence familiale 2005

Connaissances, mise en pratique, résultats concrets

Organisée par le gouvernement de l'Alberta

Du **23 au 26 octobre 2005** à Banff, Alberta

<www.wcpfv2005.ca/fr_home.cfm>

2^e colloque québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents

Contre la maltraitance: un défi de société

Organisé par le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU) et le ministère de la Santé et des Services sociaux

Les **24 et 25 octobre 2005** au Centre Mont-Royal, Montréal

<www.maltraitance.ca>

30^e congrès canadien de justice pénale

Vision 2005 – Que nous réserve l'avenir?

Parrainé par l'Association canadienne de justice pénale et l'Alberta Criminal Justice Association

Du **26 au 29 octobre 2005** à l'Hôtel Westin Calgary, 320 avenue Fourth, S.O., Calgary, Alberta

<www.ccja-acjp.ca/cong2005/fr>

Séminaire 2005 du CRI-VIFF

Les défis de l'intervention féministe en contexte de violence auprès de femmes ayant des réalités particulières

Le **4 novembre 2005** à l'Hôtel Le Dauphin, Drummondville

Pour information: 514.343.5708 ou <www.criviff.qc.ca>

Rencontre 2005

Violence faite aux femmes et aux enfants: Partenaires pour le changement

Organisé par le Centre Muriel McQueen Fergusson pour la recherche sur la violence familiale

Le **7 novembre 2005** au Wu Conference Centre, Fredericton, N.-B.

<www.unbf.ca/arts/CFVR/whats-new.php>

Colloque

Aînés de l'avenir: force ou fardeau?

Organisé par le Forum des citoyens aînés de Montréal en collaboration avec le Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté (RIFVEL) et la Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal

Les **15 et 16 novembre 2005** à l'Hôtel Crowne Plaza à Montréal

<www.fcarn.qc.ca>

Colloque

30 ans d'intervention, ça change le monde!

Organisé par la Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

Le **25 novembre 2005** à l'Hôtel Maritime, Montréal

<www.fede.qc.ca/colloque2005.html>

Séminaire sur la violence faite aux personnes âgées

Pratiques d'intervention à domicile et en institution

Le 24 mars 2006 à Montréal

Cette activité, organisée par Plaidoyer-Victimes en collaboration avec le Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté (RIFVEL-Québec), rassemblera quelque 150 intervenants socio-judiciaires ou autres issus des différents réseaux rejoints par l'Association et poursuivra les objectifs suivants :

- Faire connaître les organismes de protection et de recours pour les aînés ;
- Présenter les programmes de dépistage et de prévention en fonction des milieux de vie ciblés ;
- Sensibiliser et former les intervenants concernés directement ou indirectement par la problématique ;
- Contribuer au développement de la concertation et du réseautage des ressources d'aide et de recours ;
- Favoriser la diffusion des outils dans la communauté et en milieu institutionnel ;
- Valoriser les initiatives performantes.

Contenu du séminaire

- 3 ateliers de formation en matinée se répétant en après-midi afin de maximiser les possibilités de choix des participants ;
- Une agora (kiosques) permettant la diffusion des informations et des outils pertinents concernant les organismes qui y seront représentés ;
- 5 ateliers thématiques d'une durée d'une heure environ, ciblant des problématiques spécifiques analysées par les représentants des organismes participants à l'Agora ;
- Un dîner-contact visant le réseautage des organismes.

Une invitation particulière contenant plus de précisions vous parviendra ultérieurement.



Association québécoise
Plaidoyer-Victimes

Les articles de l'INFO PV n'engagent que les auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions officielles de l'Association, sauf s'ils sont signés par les membres du Conseil d'administration ou par une membre de l'équipe.

La rédaction se réserve le droit de couper ou de corriger les textes soumis pour publication. Dans l'INFO PV, la forme masculine désigne, lorsque le contexte s'y prête, aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal – 2005

Bibliothèque nationale du Québec | Bibliothèque nationale du Canada