

**Bilan de l'expérience du Comité  
contre les abus et la négligence à  
l'endroit des aînés de l'arrondissement  
du Vieux-Longueuil**

**JOHANNE GROULX**

**JUIN 2007**

**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie**

**Québec** 

**Auteure**

Johanne Groulx

**Secrétariat et mise en pages**

Diane Bérubé

**Conception et réalisation de la page couverture**

René Larivière

**Responsable de l'édition**

Jean-François Lapierre

**Pour obtenir une copie de ce document***Copie papier*

Service ressources documentaires – Vente de publications  
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie  
1255, rue Beauregard  
Longueuil (Québec) J4K 2M3  
(450) 928-6777, poste 4213

*Copie électronique*

Site Internet de l'Agence : [www.rrsss16.gouv.qc.ca](http://www.rrsss16.gouv.qc.ca)  
Gratuit

*Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source*

Dépôt légal – 2<sup>e</sup> trimestre, 2007

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 978-2-89342-386-9

*Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte*

## Remerciements

*À Normand Dumas,  
décédé en septembre 2005*

*Normand Dumas assurait la coordination  
du comité et était organisateur communautaire  
au point de services CLSC Longueuil-Ouest  
du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher*

Le bilan des activités du *Comité contre les abus et la négligence à l'endroit des aînés de l'arrondissement du Vieux-Longueuil* n'a pu être réalisé sans la participation des membres qui en font partie. Je tiens à les remercier pour leur importante contribution aux différentes étapes du bilan. Je souhaite sincèrement que les résultats encourageront le comité à continuer à sensibiliser les personnes âgées au sujet de la maltraitance, à soutenir celles qui demandent de l'aide sur ce plan ainsi que les intervenants et les bénévoles puisque le soutien à leur apporter est considéré comme essentiel.

Mes remerciements s'adressent aussi aux personnes-ressources suivantes pour leur étroite collaboration au cours du bilan : il s'agit de Gabriel Larivière, du Centre d'aide aux victimes d'actes criminels, de Noelline Lagacé, du CLSC Longueuil-Ouest et de Malorie Toussaint-Lachance et Ruth Pilote, de l'équipe Adultes-personnes âgées du secteur Promotion-prévention de la Direction de santé publique (DSP).

Merci également à Mélanie Villeneuve, technicienne en recherche psychosociale du secteur Planification, évaluation-recherche de la DSP, pour son aide précieuse au traitement des données, et à Diane Bérubé, secrétaire, pour la mise en pages créative du rapport.

Enfin, je tiens à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux qui, par son Programme de subventions en santé publique pour l'année 2004-2005, a permis la réalisation de cette évaluation.



# Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>LISTE DES GRAPHIQUES ET DES TABLEAUX</b> .....          | <b>7</b>  |
| <b>INTRODUCTION</b> .....                                  | <b>9</b>  |
| <b>1. MISE EN CONTEXTE</b> .....                           | <b>11</b> |
| <b>2. CONNAISSANCES</b> .....                              | <b>13</b> |
| 2.1 Définition de la maltraitance .....                    | 13        |
| 2.2 Taux de prévalence .....                               | 13        |
| 2.3 Facteurs de risque.....                                | 14        |
| 2.4 Modèles d'action et d'intervention.....                | 15        |
| <b>3. DEMARCHE D'ÉVALUATION</b> .....                      | <b>17</b> |
| 3.1 Approche et types d'évaluation.....                    | 17        |
| 3.2 Objectifs d'évaluation .....                           | 17        |
| 3.3 Méthodologie .....                                     | 17        |
| 3.3.1 Analyse documentaire .....                           | 18        |
| 3.3.2 Questionnaires.....                                  | 18        |
| 3.3.3 Entrevues.....                                       | 19        |
| 3.4 Aspects éthiques et de confidentialité .....           | 20        |
| <b>4. RÉSULTATS : CONCERTATION ET FONCTIONNEMENT</b> ..... | <b>21</b> |
| 4.1 Activités et structure .....                           | 21        |
| 4.2 Vision et orientation.....                             | 23        |
| 4.3 Participation et collaboration .....                   | 24        |
| 4.4 Fonctionnement.....                                    | 25        |
| <b>5. RÉSULTATS : INFORMATION ET SENSIBILISATION</b> ..... | <b>27</b> |
| 5.1 Appréciation des membres du comité .....               | 27        |
| 5.2 Appréciation des intervenants et des bénévoles .....   | 28        |
| <b>6. RÉSULTATS : SOUTIEN À L'INTERVENTION</b> .....       | <b>31</b> |
| 6.1 Appréciation des membres du comité .....               | 31        |
| 6.2 Appréciation de l'équipe locale d'intervention .....   | 32        |
| 6.3 Appréciation des intervenants et des bénévoles .....   | 34        |
| 6.4 Besoins exprimés .....                                 | 35        |
| 6.4.1 Formation et information.....                        | 35        |
| 6.4.2 Mécanismes de soutien à l'intervention .....         | 35        |



## Liste des graphiques et des tableaux

|                    |  |           |
|--------------------|--|-----------|
| <b>GRAPHIQUE 1</b> | Degré de perception des membres du comité quant aux caractéristiques de la concertation (n=6 et 7).....                          | <b>23</b> |
| <b>GRAPHIQUE 2</b> | Degré de perception des membres du comité quant à la qualité des rapports et de la collaboration (n=6 et 7).....                 | <b>24</b> |
| <b>GRAPHIQUE 3</b> | Degré d'appréciation des membres du comité quant aux réalisations liées à l'information et à la sensibilisation (n=5, 6, 7)..... | <b>28</b> |
| <b>GRAPHIQUE 4</b> | Degré d'appréciation des membres du comité quant aux réalisations liées au soutien à l'intervention (n=7).....                   | <b>32</b> |
| <b>TABLEAU 1</b>   | Objectifs généraux de l'évaluation .....   | <b>17</b> |
| <b>TABLEAU 2</b>   | Degré de satisfaction et d'utilisation des connaissances et des outils diffusés aux intervenants et aux bénévoles .....          | <b>29</b> |
| <b>TABLEAU 3</b>   | Actions réalisées par les organisations auprès de personnes âgées victimes d'abus et de négligence .....                         | <b>39</b> |



## Introduction

La maltraitance envers les personnes âgées est une réalité que nous avons peine à concevoir. Malheureusement, elle existe, et, au Canada, la prévalence chez des personnes âgées vivant à domicile se situerait entre 4 et 7 % selon les deux principales études réalisées depuis le début des années 1990 (Podnieks et al., 1990 et Pottie Bunge, 2000, cités dans Beaulieu et Leclerc, 2006 : 163). Ces taux ne traduisent pas, cependant, toute la réalité de la maltraitance puisque les personnes âgées sont généralement réticentes à dévoiler de telles situations, encore plus à porter plainte.

Réaliser des actions préventives auprès d'elles est donc capital. Mais il importe aussi de soutenir les intervenants qui, dans le processus d'intervention auprès de personnes âgées maltraitées, sont confrontés à plusieurs difficultés, comme le refus de services, la dangerosité des situations, la présence de l'agresseur dans l'entourage de la personne âgée.

Le *Comité contre les abus et la négligence à l'endroit des aînés de l'arrondissement du Vieux-Longueuil* réalise de telles actions, et ce, depuis 1998. Il réunit onze organisations issues des milieux communautaire, municipal, de la santé et des services sociaux, de la sécurité publique<sup>1</sup>. Il cible les aînés du territoire du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Pierre-Boucher (missions CLSC Longueuil-Ouest et Simonne-Monet-Chartrand). Comme il est un sous-comité d'*Action concertation vieillissement Longueuil (ACVL)*, il cible aussi les intervenants et les bénévoles des organisations membres d'ACVL (plus d'une vingtaine d'organisations).

Dans ce rapport sont présentés les résultats du bilan de l'expérience du comité quant à la concertation et à la réalisation du plan d'action 2001-2006 relativement aux aspects suivants :

- ◆ Le degré de réalisation du plan d'action;
- ◆ L'appréciation des intervenants et des bénévoles au sujet des activités d'information et de soutien (ex. : formation sur les problématiques, supervision clinique)<sup>2</sup>;
- ◆ L'applicabilité de l'entente de collaboration et d'intervention qui favorise, notamment, la détection des personnes âgées victimes de maltraitance, leur orientation vers des ressources d'aide et leur soutien<sup>3</sup>.

Au chapitre premier, nous situons le contexte de l'étude. Au chapitre 2, nous présentons un aperçu des connaissances et, au chapitre 3, la démarche d'évaluation.

---

<sup>1</sup> Voir la liste des organisations formant le comité à l'annexe 1a.

<sup>2</sup> La formation est financée par la DSP. Les autres activités sont principalement assumées en temps et en ressources par les organisations.

<sup>3</sup> C'est 21 organisations membres d'ACVL qui ont entériné cette entente (voir la liste des organisations signataires à l'annexe 1b).

Les chapitres suivants traitent des résultats relatifs à la concertation et au fonctionnement (chapitre 4), aux réalisations liées à l'information et la sensibilisation (chapitre 5), au soutien à l'intervention (chapitre 6) et à l'entente de collaboration et d'intervention (chapitre 7).

Le chapitre 8 présente la discussion, des pistes d'action et les limites de l'évaluation. Le rapport se termine par une conclusion.



En vue de son prochain plan d'action, le comité a estimé important de faire le point suite à la réalisation du plan d'action 2001-2006, en particulier les activités ciblant les intervenants et les bénévoles (ex. : information et formation) puisqu'elles ont représenté un important aspect du plan d'action. Pour des raisons évidentes de faisabilité, cette mise au point ne porte pas sur l'appréciation de personnes âgées au sujet des actions de sensibilisation les ayant ciblées (ex. : articles de journaux, pièce de théâtre, dépliants distribués dans des endroits publics).

Comme le comité a élaboré une entente de collaboration et d'intervention pour favoriser, entre autres, la détection des personnes âgées victimes de maltraitance, leur orientation vers des ressources d'aide et leur soutien, il a aussi estimé important d'en connaître les conditions d'application et les attentes quant à sa poursuite. Enfin, le déroulement de la concertation et le fonctionnement du comité ont constitué des dimensions à observer puisqu'elles font partie de l'expérience du comité. Aucune évaluation de l'expérience du comité n'avait été réalisée jusqu'à maintenant.

Les questions spécifiques soulevées par le comité étaient les suivantes (Groulx et Larivière, 2005 : 11) :

- ♦ *Quel est le degré de réalisation des activités au plan d'action 2001-2006?*
- ♦ *Quels seraient les éléments à mettre de l'avant pour orienter le prochain plan d'action du comité?*
- ♦ *Dans quelle mesure les membres du comité sont-ils satisfaits du fonctionnement adopté pour implanter les activités au cours du plan d'action 2001-2006 et quels seraient les modifications à apporter et les aspects à maintenir?*
- ♦ *Dans quelle mesure les organisations signataires de l'entente de collaboration et d'intervention peuvent-elles l'appliquer et quels seraient les besoins pour appliquer l'entente de collaboration et d'intervention?*
- ♦ *Dans quelle mesure les activités de soutien du comité répondent-elles aux besoins des intervenants et des bénévoles?*

Ces questions ont induit le but de l'évaluation qui était de s'assurer que les actions du comité contribuent à soutenir les intervenants et les bénévoles et que le fonctionnement du comité est adapté à son orientation et à ses objectifs.





Le chapitre 2 présente un aperçu des connaissances au sujet de la maltraitance à l'endroit des personnes âgées<sup>4</sup>. Nous abordons les définitions, les taux de prévalence dans certaines sociétés occidentales, les facteurs de risque et les modèles d'action et d'intervention.

## **2.1 DÉFINITION DE LA MALTRAITANCE**

La maltraitance à l'endroit des personnes âgées comporte plusieurs dimensions qui rendent difficile l'établissement d'un consensus, dans la littérature scientifique, quant à une définition unique (Fallon, 2006 : 5-6; Gravel et al., 1997 : 70). Cette définition est d'autant plus difficile à établir si on veut y intégrer, de plus, les perceptions culturelles au sujet de la maltraitance.

Selon certaines études, la maltraitance regrouperait, en plus de la négligence, trois catégories d'abus : l'abus physique, psychologique ou émotionnel, et l'exploitation financière (Swanson, 2001 et McDonald & Collins, 2000, citées dans Fallon, 2006 : 5; Gravel et al., 1997 : 70). Ens (2001, citée dans Fallon 2006 : 5-6) a établi la typologie de ces catégories. Pour ne nommer que quelques aspects, mentionnons, selon cette typologie, que l'abus physique signifie frapper, battre, agresser sexuellement; l'abus psychologique ou émotionnel signifie rabaisser, insulter, menacer, ignorer, isoler; l'exploitation financière signifie voler de l'argent ou des biens, imiter une signature; la négligence signifie refuser de donner des soins, priver de nourriture, de médicament, de vêtement.

Par rapport à cette typologie, des chercheurs ou des organisations se positionnent différemment. C'est le cas de Age Concern New Zealand (2002, cité dans Fallon, 2006 : 6) qui sépare l'agression sexuelle des autres catégories de la maltraitance. Wolf (2000, cité dans Fallon, 2006 : 6) soutient, par ailleurs, que la maltraitance dépend de facteurs comme la fréquence, la durée, l'intensité, la sévérité, les conséquences et le contexte culturel.

Malgré l'absence de définition unique, il existe cependant un consensus à l'effet que la maltraitance peut être vécue par des personnes âgées vivant autant dans un milieu naturel que dans un milieu d'hébergement ou hospitalier, et qu'il s'agit de situations au caractère intentionnel ou non intentionnel.

## **2.2 TAUX DE PRÉVALENCE**

Depuis quelques années, plusieurs pays occidentaux ont réalisé des études pour connaître le taux de prévalence de la maltraitance chez les personnes âgées vivant à domicile

<sup>4</sup> Dans ce rapport, nous utilisons le terme « maltraitance » pour désigner ce que des auteurs appellent « mauvais traitements », « abus », « exploitation financière », « négligence » ou, comme Statistique Canada, « violence à l'endroit des adultes âgés » (Au Coin, 2005 : 86).

(notamment). Comme nous l'avons mentionné au début de ce rapport, au Canada le taux de prévalence se situerait entre 4 et 7 % selon les études de Podnieks et al. (1990) et Pottie Bunge (2000) (citées dans Beaulieu et Leclerc, 2006 : 163). Dans l'étude pancanadienne de Podnieks et al., les personnes âgées (autant d'hommes que de femmes) avaient vécu « *l'exploitation matérielle (2,5 %) – l'exploitation financière et l'usage abusif des biens de la victime – et l'agression verbale chronique (1,4 %)* », a rapporté Nahmiash (1998 : 310)<sup>5</sup>. Si nous extrapolons à partir de cette étude, ce serait près de 6 000 personnes âgées qui pourraient être victimes de maltraitance en Montérégie (DSPPE, 2002 : 37).

Plus récemment, Statistique Canada a révélé des données issues de l'Enquête sociale et générale (ESG) de 2004 quant à la victimisation des personnes âgées. Ainsi, nous apprenons que « (...) 10 % des personnes âgées ont déclaré avoir été victimes d'un crime au cours des 12 mois précédents, dont 1 %, d'un crime avec violence, comme un vol qualifié, des voies de fait ou une agression sexuelle. » (Gannon, 2006 : 50) Pour ce qui est des voies de fait, c'est 55 % des personnes âgées (hommes et femmes) qui avaient été victimes, en 2005, de « voies de fait simples » commises par un ou des membres de la famille (Au Coin, 2005 : 87); selon le code criminel, voie de fait simple signifie pousser, gifler, frapper à coups de poing, menacer.

Ailleurs, les taux de prévalence de la maltraitance chez des personnes âgées vivant à domicile sont soit semblables, soit dissemblables à ceux du Canada, en raison possiblement de méthodologies d'enquête différentes ou des définitions de la maltraitance sur lesquelles s'appuient ces études. Ainsi, McDonald & Collins (2000 : 15) rapportent que les taux se situeraient entre 1 et 3 % en Australie, en Norvège et aux États-Unis, à 5 % en Finlande, mais à 17 % en Suède et à 20 % en France.

Que ce soit au Canada ou ailleurs, il faut sans doute considérer ces taux de prévalence comme des taux estimatifs. En effet, les personnes âgées sont généralement peu disposées à demander de l'aide ou à porter plainte quand elles sont maltraitées (Gannon, 2006; Delisle et Ouellet, 2002), notamment parce que l'agresseur est souvent connu et proche de la victime (voir la section suivante sur les facteurs de risque). La difficulté à dévoiler une situation ou à porter plainte peut aussi être due à une incapacité intellectuelle ou liée à une situation de vie spécifique (ex. : déficience intellectuelle, troubles cognitifs, isolement, personne hébergée), précise Statistique Canada (Gannon, 2006 : 49).

### **2.3 FACTEURS DE RISQUE**

Les facteurs de risque associés à la maltraitance sont multiples et peuvent être concomitants. Il s'agit de facteurs individuels (ceux de l'aidant et ceux de la personne âgée), familiaux et sociaux.

---

<sup>5</sup> L'étude de Podnieks et al. a consisté en une enquête téléphonique auprès de 2 000 personnes âgées vivant à domicile.

La personne qui maltraite une personne âgée est souvent connue de celle-ci, selon une étude américaine menée entre 1994 et 1999 (National Elder Abuse Incidence Study). Cette étude a montré qu'il s'agissait, en effet, d'un membre de la famille dans la majorité des cas (90 %) et dans les deux tiers d'un enfant adulte ou du conjoint (Fallon, 2006 : 9). Les facteurs individuels associés à l'agresseur sont ses caractéristiques, ses traits personnels, le stress dû à la situation avec la personne âgée et l'absence de solution pour diminuer ce stress (Bergeron 2001 et Swanson, 1998, cités dans Fallon, 2006 : 4).

Sur le plan familial et social, plusieurs facteurs de risque ont été identifiés. Il y aurait le degré de dépendance entre la victime et l'agresseur, l'épuisement des aidants familiaux et du personnel soignant (quand il s'agit d'une personne âgée hébergée), des problèmes de toxicomanie dans l'entourage de la personne âgée, le manque de soutien social et l'isolement social (Bergeron 2001 et Swanson, 1998, cités dans Fallon, 2006 : 4; Nahmiash, 1998, citée dans DSPPÉ, 2002 : 37). Enfin, il existe les facteurs liés à la violence familiale intergénérationnelle (Bergeron 2001 et Swanson, 1998, cités dans Fallon, 2006 : 4), aux perceptions âgistes et à la tolérance de la violence dans la société (Kinnon, 2002 : 30-31).

#### **2.4 MODÈLES D'ACTION ET D'INTERVENTION**

Au Canada, il existe différents modèles d'action pour prévenir la maltraitance à l'endroit des personnes âgées et pour intervenir auprès de celles qui sont détectées ou qui demandent de l'aide sur ce plan. Nahmiash (1998 : 332) a recensé les principaux modèles d'intervention utilisés par des communautés canadiennes et les a regroupés en quatre catégories : « *la lutte contre la violence familiale par la thérapie familiale; l'action sociale et l'information; la protection des adultes; les programmes multidisciplinaires* ».

Parmi les programmes évalués, mentionnons le Programme pour femmes âgées violentées de Toronto, le programme Synergy II du Kerby Centre de Calgary, le North Shore Community Services Centre de Vancouver et le programme Care du CLSC Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest. L'analyse a montré qu'il s'agit de modèles basés sur « (...) *des équipes d'intervention multidisciplinaires et interdisciplinaires* » (Nahmiash, 1998 : 350).

À titre d'exemple, le programme Care repose sur une approche multidisciplinaire par laquelle des professionnels peuvent consulter ceux du programme Soutien à domicile du CLSC ainsi qu'une équipe intersectorielle de spécialistes. Care vise l'identification de personnes âgées victimes de maltraitance, en s'appuyant sur des instruments de dépistage (en anglais) et de planification des interventions.

Les stratégies d'intervention du programme sont les suivantes : un groupe d'*empowerment* des personnes âgées victimes de maltraitance, des groupes de soutien pour agresseurs et des groupes de soutien pour les aidants ainsi que la présence de conseillers amicaux et bénévoles. Par ailleurs, un comité communautaire, formé de 14 organisations, voit à la prévention et à la sensibilisation dans la communauté, et établit des collaborations pour assurer, notamment, la coordination des services (Nahmiash, 1998 : 341).

Les actions du *Comité contre les abus et la négligence à l'endroit des aînés de l'arrondissement du Vieux-Longueuil* s'inspirent de Care. Elles sont basées, en effet, sur les principes de l'action concertée et de l'approche multidisciplinaire, ciblent autant les aînés que les aidants familiaux (ex. : sensibilisation) et les intervenants de la communauté (professionnels et bénévoles), mais il n'y a pas de conseillers amicaux ni de groupes de soutien (les chapitres consacrés aux résultats du bilan de l'expérience du comité apportent des précisions quant à l'orientation, au fonctionnement et aux activités du comité).

L'évaluation de Care<sup>6</sup> a révélé que les interventions les plus fructueuses et acceptées des personnes avaient été les services à domicile (ex. : soins médicaux, infirmiers, personnels), l'éducation et l'assistance individuelle des aidants, les groupes de soutien aux agresseurs et les conseillers amicaux bénévoles (Namiash, 1998 : 343). L'évaluation a aussi démontré que la violence envers les aînés visés par l'étude avait diminué de 25 % ainsi que la négligence et l'exploitation financière, mais pas la violence psychosociale<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> L'évaluation a été réalisée dans les années 1990 par le CLSC René-Cassin à Montréal. Elle n'a pas porté sur toutes ses composantes, mais sur la participation des personnes âgées et la validation de trois outils de dépistage (en anglais) et d'un outil de planification des interventions fructueuses appelé AID (Abuse Intervention Description). Les instruments de dépistage étaient les suivants : BASE (Brief Abuse Screen for the Eldely), CASE (Caregiver Abuse Screen) et IOA (Indicators of Abuse checklist). L'évaluation a montré l'utilité des instruments de dépistage des aidants agresseurs et non agresseurs ainsi que des personnes âgées victimes (Nahmiash et Reis, 2000; Nahmiash, 1998).

<sup>7</sup> L'expression « violence psychosociale » n'est pas définie.



Dans ce chapitre, nous présentons les objectifs et la méthodologie de l'évaluation de l'expérience du comité quant à la concertation et à la réalisation du plan d'action 2001-2006.

### 3.1 APPROCHE ET TYPES D'ÉVALUATION

Des évaluations d'implantation et de processus ont été réalisées, et ce, dans une perspective formative (Rossi et Freeman, 1993). L'évaluation a été réalisée selon une approche participative telle que considérée par Gardner (2003 : 75) quant à la notion *d'utilisateurs de l'évaluation* qui inclut ceux qui participent activement à l'évaluation d'un programme, d'un projet ou d'une activité. L'approche a ainsi mis à contribution une personne-ressource du comité pour toutes les étapes de l'évaluation et, de façon ponctuelle, d'autres personnes-ressources membres du comité.

### 3.2 OBJECTIFS D'ÉVALUATION

Les questions d'évaluation (présentées au chapitre premier) ont été traduites en trois objectifs d'évaluation.

| TABLEAU 1 OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE L'ÉVALUATION |   |
|--|---|
| OBJECTIF 1                                   | Décrire les partenaires du comité et l'implantation des activités.  |
| OBJECTIF 2                                   | Déterminer la capacité des organisations signataires de l'entente de collaboration et d'intervention à en réaliser les objectifs. |
| OBJECTIF 3                                   | Déterminer si les activités de soutien du comité répondent aux besoins des intervenants et des bénévoles.                         |

### 3.3 MÉTHODOLOGIE

Les données à collecter furent basées sur une série d'indicateurs pour chacun des objectifs d'évaluation<sup>8</sup>. Trois collectes de données ont été réalisées et sont décrites dans cette section.

<sup>8</sup> Voir le tableau des indicateurs, à l'annexe 2, issu du devis d'évaluation (Groulx et Larivière, 2005 : 17-20).

### **3.3.1 Analyse documentaire**

L'analyse documentaire a servi à la collecte de l'information descriptive relativement aux variables suivantes : le profil du comité (ex. : type d'organisation, secteurs représentés), le fonctionnement (ex. : orientation, but, objectifs, structure) et les activités (ex. : objectifs associés, nombre et types d'activités, mécanismes de diffusion).

### **3.3.2 Questionnaires**

Trois enquêtes par questionnaire autoadministré ont été réalisées auprès de quatre groupes cibles<sup>9</sup> : une enquête ciblant les membres du comité (novembre 2005), une enquête ciblant les responsables du suivi de l'entente de collaboration et d'intervention au sein des organisations signataires (décembre 2005) et une enquête (mars 2006) ciblant les participants à la formation (bénévoles et intervenants) et à la supervision clinique (intervenants en CLSC du programme Soutien à domicile).

Les membres du comité (n=11) et les responsables du suivi de l'entente (n=21) ont reçu leur questionnaire au moment de rencontres déjà planifiées par le comité ou par ACVL, mais les participants à la formation et à la supervision clinique (n=103) l'ont reçu par la poste.

L'envoi ou la remise des questionnaires comprenait une enveloppe-réponse affranchie pour le retour à la DSP et une lettre faisant part de l'objectif de l'enquête; dans le cas de l'enquête auprès des participants à la formation et à la supervision clinique, un incitatif était joint, soit un bloc-notes de 5½" x 8½", papier glacé avec inscription du nom du comité en noir et blanc.

Deux stratégies de rappel (Dillman et al., 1984) ont été utilisées pour augmenter les taux de réponse aux enquêtes : un rappel téléphonique, en janvier 2006, auprès des responsables du suivi de l'entente et un carton rappel (5½" x 8½") posté, en mars 2006, aux participants aux sessions de formation et de supervision clinique, trois semaines et demie après l'envoi du questionnaire. Aucun rappel n'a été fait auprès des membres du comité.

Chacun des questionnaires a été développé avec l'aide des personnes-ressources associées à l'évaluation. Deux questionnaires ont été prétestés auprès de ces personnes-ressources et un questionnaire auprès d'un autre membre du comité.

Tous les questionnaires comportaient des questions fermées à choix multiples, des questions ouvertes et une section *commentaires*. Pour les questions relatives au jugement (ex. : degrés d'appréciation ou de satisfaction) des participants, des échelles de mesure de type Likert à trois, quatre et cinq degrés (selon les questions) ont été utilisées. Les variables suivantes ont été étudiées :

---

<sup>9</sup> Les questionnaires apparaissent à l'annexe 3.

|  |  |
|--|--|
| Expérience du comité                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Participation, fonctionnement (ex. : définition des activités, déroulement des réunions, avantages et désavantages) et représentativité;</li> <li>◆ Changements souhaités.</li> </ul>   |
| Applicabilité de l'entente                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Aspects appliqués, actions réalisées auprès des personnes âgées victimes d'abus ou de négligence;</li> <li>◆ Facteurs de succès et obstacles associés à l'application de l'entente;</li> <li>◆ Besoins et attentes quant à la continuité de l'entente.</li> </ul> |
| Activités de soutien (formation, supervision clinique) | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Durée et fréquence des sessions, nombre de participants;</li> <li>◆ Besoins en matière de formation et d'information;</li> <li>◆ Satisfaction et utilisation de l'information diffusée par le comité (ex. : outils, connaissances transmises).</li> </ul>         |

Les données ont été traitées au moyen du logiciel Social Package for Social Sciences (SPSS), version 14.0. Pour chacune des enquêtes, nous avons procédé à une analyse descriptive (analyse univariée) en vérifiant la distribution totale des données ainsi que les fréquences absolues et relatives (proportions) pour chacune des variables.

### 3.3.3 Entrevues

Au total, huit entrevues semi-structurées ont été réalisées (mai à juillet 2006) à l'aide de canevas spécifiques à chacun des groupes cibles<sup>10</sup>. Elles ont été enregistrées, transcrites et examinées à l'aide de catégories d'analyse.

La durée des entrevues individuelles varie de 30 à 60 minutes, celle des entrevues de groupe de 1 heure à 1 heure 30 (comité et équipe locale d'intervention). Dans le cas du comité, l'entrevue s'est déroulée en deux temps : une rencontre sur les résultats relatifs à l'expérience du comité et une rencontre sur les résultats relatifs aux activités de soutien à l'intervention.

Les personnes rencontrées individuellement ont été recrutées parmi celles ayant retourné le questionnaire, en tenant compte également des résultats globaux et de critères comme les aspects positifs ou négatifs mentionnés dans les questionnaires (ex. : explications, commentaires).

Pour le thème de l'applicabilité de l'entente au sein des organisations, nous avons rencontré trois responsables du suivi au sein d'organisations offrant un soutien direct et non direct aux personnes âgées en matière de santé ou d'intervention psychosociale)<sup>11</sup>.

Pour le thème des activités de soutien, trois bénévoles du milieu communautaire ayant assisté à la formation de l'automne 2005, ont été rencontrés et rémunérés.

<sup>10</sup> Voir les canevas d'entrevue à l'annexe 4.

<sup>11</sup> Compte tenu du faible taux de réponse et de la disponibilité des personnes-ressources contactées, nous n'avons pu réaliser que trois entrevues au lieu de quatre. Pour des raisons de confidentialité, nous avons choisi de ne pas mentionner, dans le rapport, la provenance des organisations.

### **3.4 Aspects éthiques et de confidentialité**

Toutes les étapes de l'évaluation ont été menées dans le respect des normes éthiques et de confidentialité propres à toute démarche d'évaluation. La passation des questionnaires ainsi que la prise de contact pour réaliser les entrevues comprenaient les informations pertinentes au sujet de la démarche d'évaluation : objectifs de l'évaluation et objectifs associés aux enquêtes et aux entrevues, information quant au déroulement de l'entrevue comme les thèmes abordés et la durée approximative; une autorisation verbale pour enregistrer était demandée. Les personnes rencontrées ont pu exprimer un consentement libre et éclairé.

En matière de confidentialité, les questionnaires étaient numérotés. Seule l'évaluatrice a eu accès à la liste permettant de faire le lien entre la numérotation et les personnes ou les organisations. Cette liste ainsi que les questionnaires reçus ont été conservés sous clé dans une filière ainsi que le matériel d'entrevue (verbatim et cassettes d'enregistrement). Aucune information nominative n'a été transcrite et la diffusion, dans le rapport, des propos recueillis est faite sous forme d'extraits confidentiels.



Ce chapitre traite de la concertation et du fonctionnement au sein du comité<sup>12</sup>.

#### 4.1 ACTIVITÉS ET STRUCTURE

Le plan d'action 2001-2006 du comité est basé sur trois objectifs : augmenter les connaissances des intervenants, accroître la sensibilisation du public et offrir un soutien clinique aux intervenants du programme Soutien à domicile (mission CLSC) par des rencontres de supervision. Toutes les activités prévues au plan d'action ont été réalisées telles que planifiées, sauf un projet de pièce de théâtre qui a été modifié<sup>13</sup>.

L'enquête auprès des membres du comité a permis de constater que ceux-ci appuyaient toujours les objectifs du plan d'action 2001-2006 (catégories *fortement en accord* et *en accord*)<sup>14</sup>. Cependant, près des trois quarts (71,5 %, catégories *assez* et *un peu*) souhaitent un changement quant au but et aux objectifs du prochain plan d'action, ce qui apparaît cohérent dans la mesure où toutes les activités prévues au plan d'action ont été réalisées.

Ainsi, pour augmenter les connaissances des intervenants, le comité a mis sur pied des activités de formation sur la « violence, l'abus et la négligence » qui ciblaient les intervenants et les bénévoles des organisations membres d'ACVL.

<sup>12</sup> Le taux de réponse à cette enquête est de 63,6 % (7/11). L'évaluation de la concertation a été basée sur la définition proposée dans une trousse d'appréciation développée par la DSP ainsi que sur certains des thèmes proposés. La définition est la suivante : « *La concertation constitue une forme spécifique de partenariat et désigne un processus formel de gestion et de coordination auquel adhèrent sur une base volontaire un ensemble d'agents autonomes en vue de préciser des objectifs communs et d'en favoriser l'atteinte par l'harmonisation de leurs orientations, de leurs stratégies d'intervention et de leurs actions.* » (DSP, s.d. : 3)

<sup>13</sup> Voir le plan d'action 2001-2006 à l'annexe 5. Le projet de pièce de théâtre que devaient jouer des élèves d'un collège privé (secondaire) auprès de différents groupes d'ainés, est devenu une improvisation jouée, en avril 2006, par des élèves de deux écoles secondaires (Jacques-Rousseau et André-Laurendeau) de Longueuil sur le thème de la maltraitance (ACVL, 2006 : 2).

<sup>14</sup> Un peu plus du quart (28,6 %) des participants ont indiqué, par contre, être *en désaccord*. En entrevue, des membres ont expliqué avoir mal compris le libellé de la question sur l'appréciation des objectifs du comité. Il peut s'agir d'un élément d'explication quant au résultat de cette catégorie d'appréciation.

Pour sensibiliser les aînés, il a produit un répertoire des ressources d'aide, un dépliant sur les problématiques, des articles dans le *Courrier du Sud*, hebdomadaire de Longueuil, intitulés *Journal intime de William*. Un guide de sensibilisation destiné aux aidants naturels a aussi été produit<sup>15</sup>.

Pour ce qui est des notions rattachées à la maltraitance, dans le guide de sensibilisation, il est mentionné que le terme « abus » englobe violence, négligence et maltraitance (ACVL, 2005b : 6). Dans le dépliant d'information destiné aux personnes âgées, on parle de mauvais traitements physiques, psychologiques, d'exploitation financière ou matérielle, de violation du droit à la liberté, d'abus social et collectif et de négligence (ACVL, 2005c).

En ce qui a trait au soutien clinique, le comité a mis sur pied des activités de supervision (en plus de la formation) auprès des intervenants du programme Soutien à domicile (mission CLSC). Une structure favorisant l'adaptation ou le développement de l'expertise clinique des intervenants et des bénévoles contribue, également, au soutien :

- ◆ L'équipe locale d'intervention, composée de sept membres du comité (trois du milieu de la santé et des services sociaux, trois du milieu communautaire et un de la police communautaire), reçoit des demandes de professionnels ou de bénévoles issus des organisations signataires de l'entente, évalue les situations présentées, informe les demandeurs des actions possibles et réalise des discussions de cas (ACVL, 2005a : 6).
- ◆ Le comité d'experts, formé de plusieurs personnes, peut être contacté par les deux intervenantes en CLSC, membres du comité et de l'équipe locale d'intervention, pour obtenir de l'information ou être conseillées<sup>16</sup>.

En outre, le comité a développé une entente de collaboration et d'intervention, signée par 21 partenaires d'ACVL, qui vise à favoriser la détection des personnes âgées victimes de maltraitance, leur orientation vers des ressources, leur soutien et la promotion de la prévention.

Pour ce qui est du fonctionnement, le comité se réunit régulièrement, aux six semaines environ. La coordination est assurée par une organisatrice communautaire du CSSS Pierre-Boucher (mission CLSC Longueuil-Ouest) depuis novembre 2005, suite au départ en janvier de l'organisateur communautaire en place depuis 1999; durant presque une année, la coordination a été assurée par un membre du comité.

L'arrivée d'une personne à la coordination en 1999 a permis d'encadrer toute la démarche du comité. Parmi les représentants actuels, la majorité (6/7) représente leur organisation depuis au moins 2001, dont trois depuis 1998, ce qui révèle un partenariat stable et peu de changements de représentants.

---

<sup>15</sup> À noter que les documents mentionnent qu'il s'agit d'initiatives d'ACVL puisque le comité est un sous-comité de cette table de concertation.

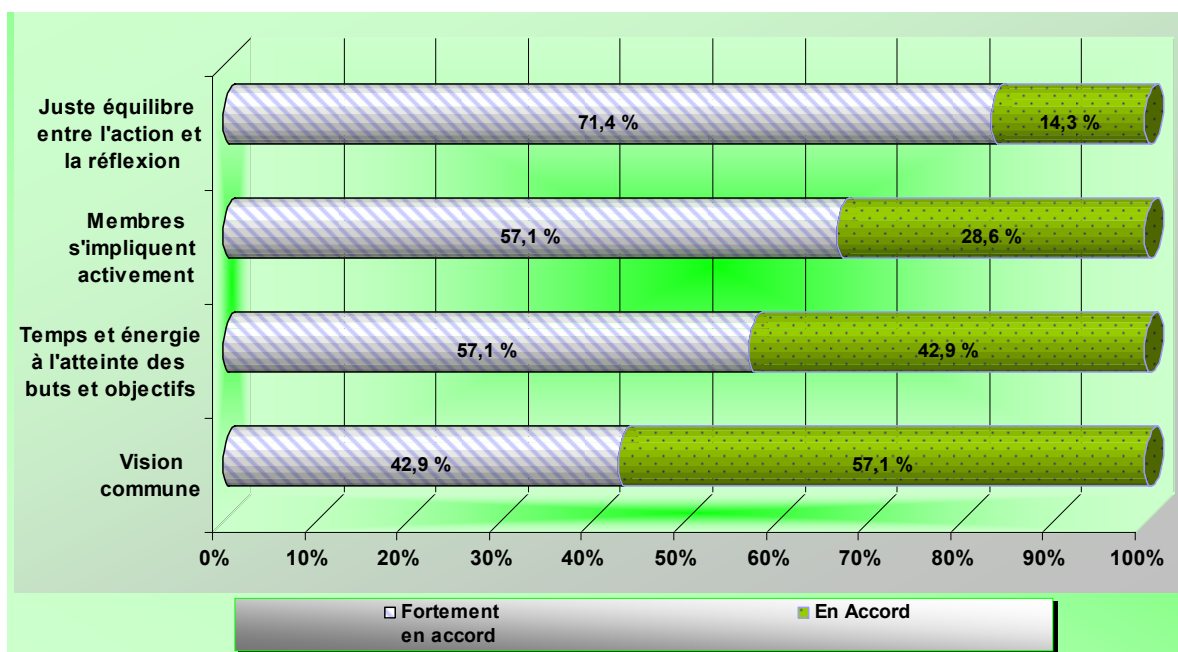
<sup>16</sup> Le comité d'experts a été mis sur pied en 1999 par un comité consultatif du Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC). Les membres du comité d'experts sont des professionnels des milieux privé, communautaire et gouvernemental : notaire, Curateur public, substitut du Procureur général, employé d'une institution bancaire, Commission des droits de la personne et de la jeunesse, Société Alzheimer Rive-Sud, police de Longueuil (relations communautaires), ville de Longueuil, spécialiste en éthique (ACVL, 2005a : 5-6).

## 4.2 VISION ET ORIENTATION

La concertation a été évaluée selon 18 dimensions (ex. : vision commune, collégialité, implication, mobilisation, équilibre entre la réflexion et l'action, collaboration entre les personnes, etc.)<sup>17</sup>. L'évaluation montre la présence d'une vision commune au sujet des besoins et des problèmes des personnes âgées victimes d'abus et de négligence et d'une orientation axée sur l'action.

Ainsi, la totalité ou la majorité des organisations estiment qu'il y a un juste équilibre entre la réflexion et l'action au sein du comité, que temps et énergie sont consacrés à l'atteinte des buts et des objectifs fixés et que les membres s'impliquent activement. Le graphique 1 présente les résultats relatifs à la perception des membres quant à ces aspects.

**Graphique 1**  
**Degré de perception des membres du comité**  
**quant aux caractéristiques de la concertation (n=6 et 7)**



Globalement, le travail en concertation a été considéré comme un **atout** par toutes les organisations (catégories *beaucoup* et *assez*) ainsi que le sentiment de contribuer à l'adaptation des services aux personnes âgées ou à leurs besoins (85,7 %, catégories *beaucoup* et *assez*).

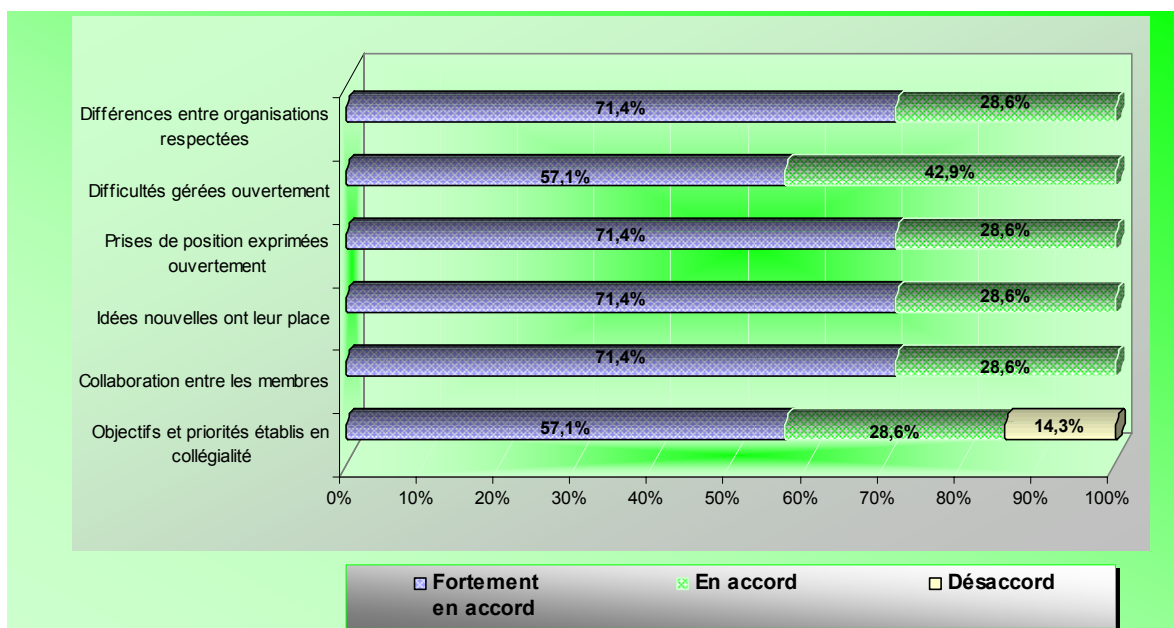
<sup>17</sup> Les éléments de la concertation examinés proviennent, en partie, de l'instrument de diagnostic de l'état de la concertation de la trousse d'appréciation développée par la DSP (voir la note 12), elle-même basée sur les travaux de Robert Schneider (1995) et sur une grille d'analyse des conditions de la concertation du MSSS (1992). Ils proviennent également des observations exprimées par les personne-ressources du comité au moment de l'élaboration du questionnaire et de son prétest, ainsi que des indicateurs (voir l'annexe 2).

### 4.3 PARTICIPATION ET COLLABORATION

La participation au sein du comité s'est avérée constante et les résultats se sont révélés positifs quant aux rapports entre les membres et à la collaboration (ex. : degré d'engagement, compréhension de chacun au sujet de son rôle, perception de son influence et des rapports entre les membres). Ainsi, la majorité (85,7 %) exprime un degré d'affinité *élevé* avec les autres pour ce qui est des objectifs poursuivis, la plupart (71,4 %) exprime un degré de confiance *élevé* vis-à-vis des autres et les rapports sont ouverts (ex. : objectifs et priorités établis en collégialité, expression des idées nouvelles, difficultés gérées ouvertement, différences entre organisations respectées).

Le graphique 2 présente les résultats relatifs aux rapports et à la collaboration au sein du comité.

**Graphique 2**  
**Degré de perception des membres du comité**  
**quant à la qualité des rapports et de la collaboration (n=6 et 7)**



Tous les membres ont identifié le respect du rôle de l'organisme (catégorie *assez*) comme un **atout** du fonctionnement, ainsi que le partage des idées, l'échange d'information, l'influence de chacun au sein du comité (catégories *beaucoup* et *assez*). La représentativité insuffisante constituerait, cependant, un **inconvenient** pour un peu plus de la moitié (57,1 %) des participants.

#### 4.4 FONCTIONNEMENT

Douze angles du fonctionnement (ex. : coordination, déroulement des réunions, travail en sous-groupe, ressources, liens avec ACVL, etc.), ont été examinés<sup>18</sup>. L'appréciation est généralement positive, les résultats étant répartis surtout entre les degrés d'appréciation *très satisfaisant* et *satisfaisant*. Par contre, un peu plus de la moitié (57,1 %) des participants ont attribué un degré *insatisfaisant* à l'item *ressources financières*. Des membres ont expliqué qu'une augmentation de ces ressources permettrait de tenir plus de journées de formation. Toutes les organisations souhaitent des changements relativement au soutien technique et financier du comité (catégorie *assez*).

Tous les participants ont exprimé leur insatisfaction quant à *l'absence d'un organisateur communautaire à la coordination* du comité durant plusieurs mois au cours de 2005. Cette situation a ralenti le rythme de travail même si la coordination a été assurée par un membre du comité, et ce, dans l'incertitude quant à la présence éventuelle d'un organisateur communautaire. Il s'agit d'une présence considérée comme essentielle à la concertation et au déroulement des travaux.

Enfin, seulement deux **inconvenients** ont été associés au fonctionnement, mais par une bonne proportion d'organisations : l'investissement élevé en temps (71,4 %, catégories *beaucoup* et *assez*) et la lenteur du processus (66,7 %, catégories *beaucoup* et *assez*).

Globalement, les avis semblent partagés, cependant, quant aux changements à apporter au fonctionnement du comité (42,9 % *un peu*, 14,3 % *assez*, 42,9 % *pas du tout*).

---

<sup>18</sup> Voir les notes 12 et 17.





Le chapitre cinq concerne l’appréciation des membres du comité ainsi que celle des intervenants et des bénévoles au sujet des réalisations liées à l’information et à la sensibilisation au sujet de la maltraitance (ex. : connaissances transmises, outils diffusés)<sup>19</sup>.

### 5.1 APPRÉCIATION DES MEMBRES DU COMITÉ

Les outils d’information et les connaissances diffusés auprès des bénévoles et des intervenants ainsi que les réalisations concernant la sensibilisation auprès des personnes âgées, ont été élaborés par le groupe de travail formé à cet effet (un sous-groupe du comité). Dans l’ensemble, l’appréciation des membres du comité ayant participé à l’enquête est positive au sujet de ces réalisations, six d’entre elles sur huit obtenant un degré d’appréciation *élevé* et *modéré* par tous les membres.

Si l’on tient compte du degré *élevé* uniquement, c’est le dépliant *Échec aux abus et à la négligence faits aux personnes âgées* (85,7%) et le *Guide de sensibilisation destiné aux aidants naturels* (83,3 %) qui constituent les réalisations les plus appréciées.

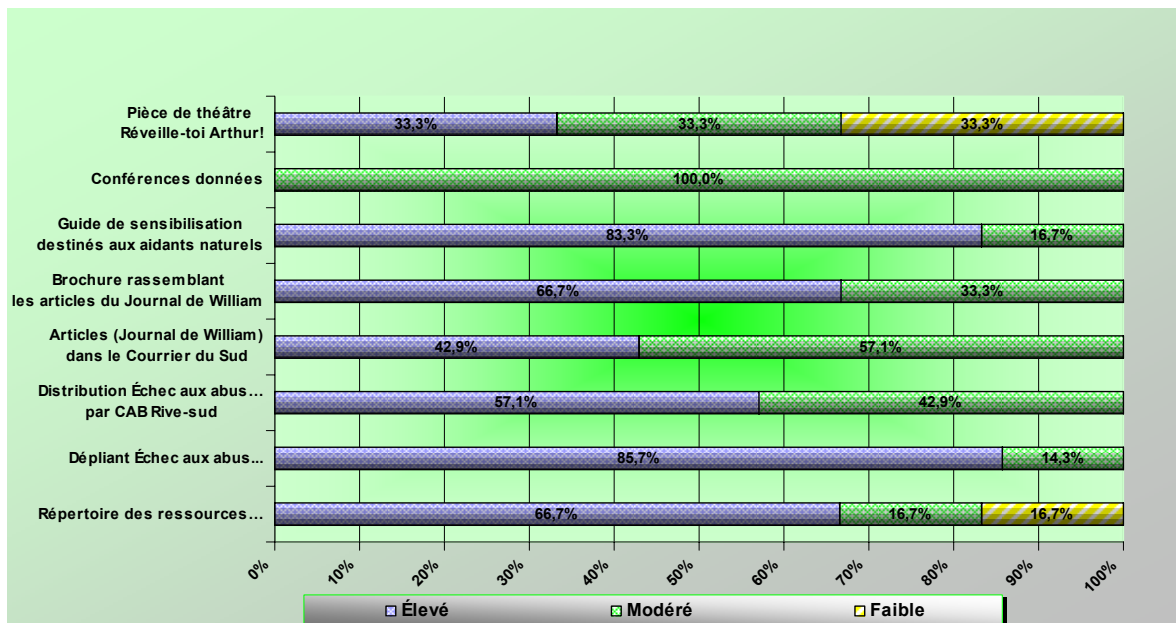
Par contre, la pièce de théâtre *Réveille-toi Arthur!* (ciblant les personnes âgées) montre une appréciation partagée. Des membres ont rappelé que la pièce de théâtre n’avait pas eu le succès attendu auprès des personnes âgées : « *La pièce de théâtre, c’était pour sensibiliser des gens, mais ils sortaient en disant que c’est infantilisant.* » « *Y’en a qui sortaient pendant la pièce.* »

Le graphique 3 présente les résultats sur l’appréciation de toutes les réalisations.

<sup>19</sup> Les résultats sont issus du questionnaire aux membres du comité (taux de réponse de 63,6 %, 7/11) et du questionnaire aux intervenants et aux bénévoles (taux de réponse de 56,3 %, 58/103).

## Graphique 3

## Degré d'appréciation des membres du comité quant aux réalisations liées à l'information et à la sensibilisation (n=5, 6, 7)



L'enquête révèle, par ailleurs, que des modifications pourraient être apportées aux réalisations futures : 85,7 % (catégories *assez* et *un peu*) pour les réalisations liées à l'information et 57,2 % (catégories *assez* et *un peu*) pour les réalisations liées à la sensibilisation.

## 5.2 APPRÉCIATION DES INTERVENANTS ET DES BÉNÉVOLES

Les intervenants et les bénévoles ayant participé aux sessions de formation et de supervision clinique, se sont prononcés sur les connaissances générales transmises et sur les outils diffusés. Leur appréciation est positive, dans les catégories *très satisfaisant* et *satisfaisant* (surtout) pour chacune des six réalisations évaluées. En particulier, pour les deux catégories d'appréciation (ensemble), ce sont les items suivants qui reçoivent les plus forts degrés d'appréciation :

- ◆ *Les informations générales transmises au sujet des actions possibles (ex. : aide, soutien, intervention) avec 86,3 %;*
- ◆ *Les informations générales transmises au sujet des problématiques avec 83,0 %;*
- ◆ *L'aide-mémoire sur le dépistage de l'abus et de la négligence avec 82,6 %;*
- ◆ *Le dépliant Échec aux abus et à la négligence faits aux personnes âgées avec 82,2 %, presque ex aequo avec l'aide-mémoire.*

Par ailleurs, le dépliant *Échec aux abus et à la négligence faits aux personnes âgées* est l'outil le plus utilisé (45,7 %, catégorie *occasionnellement*) suivi de près par l'*Aide-mémoire sur le dépistage* et le *Répertoire des ressources en matière d'abus et de négligence*.

Le tableau 2 présente les résultats au sujet de la satisfaction et de l'utilisation des connaissances et des outils.

**TABEAU 2** DEGRÉ DE SATISFACTION ET D'UTILISATION DES CONNAISSANCES ET DES OUTILS DIFFUSÉS AUX INTERVENANTS ET AUX BÉNÉVOLES

|   | DEGRÉ DE SATISFACTION |                  |           | DEGRÉ D'UTILISATION |                       |              |
|---|-----------------------|------------------|-----------|---------------------|-----------------------|--------------|
|   | TRÈS SATISFAISANT (%) | SATISFAISANT (%) | TOTAL (%) | RÉGULIÈREMENT (%)   | OCCASIONNELLEMENT (%) | RAREMENT (%) |
| ◆ Aide-mémoire sur le dépistage (n=46)*   | 26,1                  | 56,5             | 82,6      | 6,4                 | 42,6                  | 27,7         |
| ◆ Répertoire des ressources en matière d'abus et de négligence (n=42)   | 28,6                  | 47,6             | 76,2      | 12,8                | 40,4                  | 29,8         |
| ◆ Dépliant Échec aux abus... (n=45)   | 33,3                  | 48,9             | 82,2      | 13,0                | 45,7                  | 23,9         |
| ◆ Journal intime de William (n=43)**  | 27,9                  | 46,5             | 74,4      | 6,8                 | 20,5                  | 29,5         |
| ◆ Informations générales transmises au sujet des problématiques (n=41)  | 17,1                  | 65,9             | 83,0      | 17,4                | 39,1                  | 28,3         |
| ◆ Informations générales transmises au sujet des actions possibles (ex. : aide, soutien, intervention) (n=44) | 29,5                  | 56,8             | 86,3      | 23,9                | 37,0                  | 26,1         |

\* À noter que les résultats concernant l'aide-mémoire doivent être interprétés différemment puisque cet outil a été distribué plus récemment que les autres outils, et ce, à un groupe restreint d'intervenants et de bénévoles.

\*\* Le *journal intime de William* visait surtout le grand public ou la population âgée; les résultats de l'enquête auprès des intervenants et des bénévoles montrent d'ailleurs que 43,2 % des participants ont répondu dans la catégorie *na* (non applicable).

Les **besoins** exprimés par les intervenants et les bénévoles en lien avec leur travail ou leurs actions auprès des personnes âgées, sont des besoins d'information quant à la négligence (76,6 %, catégories *beaucoup* et *assez*) et à l'abus (72,3 %, catégories *beaucoup* et *assez*).

Il y a aussi des besoins d'information sur les actions à faire auprès des personnes dépistées (71,4 %) et sur les connaissances juridiques (71,7 %).

Le manque d'information sur l'abus, la négligence ou l'aide disponible est considéré comme un **obstacle** par les participants à l'enquête.





## 6 RÉSULTATS : SOUTIEN À L'INTERVENTION

Le chapitre six porte sur l'appréciation des activités de soutien par les membres du comité et par les intervenants et les bénévoles. Nous abordons en premier l'appréciation des membres du comité, en deuxième celle de l'équipe locale d'intervention et en troisième celle des participants aux sessions de formation et de supervision clinique. Le chapitre se termine par les besoins exprimés.

### 6.1 APPRÉCIATION DES MEMBRES DU COMITÉ

L'appréciation des activités de soutien à l'intervention par les membres du comité a porté sur quatre réalisations, dont trois qui ont reçu un degré *élevé* par une bonne proportion d'organisations et une réalisation, un degré *modéré*.

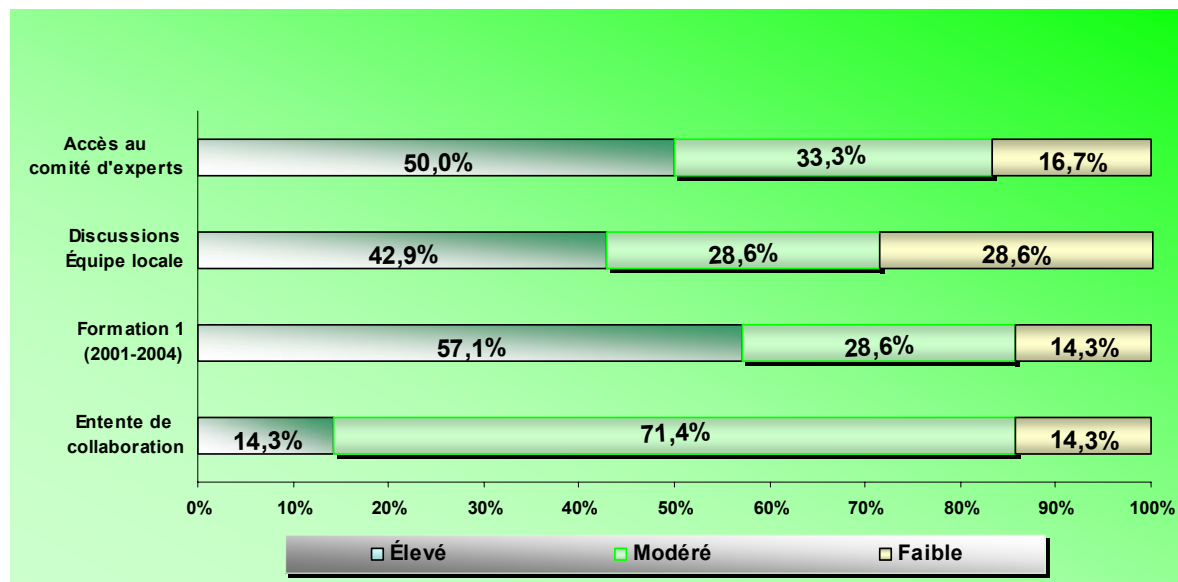
C'est la *formation*, donnée entre 2002 et 2004 aux intervenants et aux bénévoles des organisations membres d'ACVL, qui révèle la plus forte proportion de participants (57,1 %) ayant attribué un degré *élevé*, ensuite *la possibilité d'avoir accès à de l'information en provenance du comité d'experts* (50,0 %) et les *discussions au sein de l'équipe locale d'intervention* (42,9 %). C'est près des trois quarts (71,4 %) des participants qui attribuent un degré *modéré* à l'entente de collaboration et d'intervention<sup>20</sup>.

Les membres du comité ont exprimé la possibilité d'apporter des changements aux activités de soutien : 57,1 % dans la catégorie *un peu* et 28,6 % dans la catégorie *assez*.

Le graphique 4 présente les résultats de l'appréciation au sujet de ces activités. Par la suite, nous illustrons plus en profondeur l'importance et l'utilité accordées par les intervenants et les bénévoles aux activités de soutien.

<sup>20</sup> Le chapitre 7 porte sur l'applicabilité de l'entente.

**Graphique 4**  
**Degré d'appréciation des membres du comité**  
**quant aux réalisations liées au soutien à l'intervention (n=7)**



## 6.2 APPRÉCIATION DE L'ÉQUIPE LOCALE D'INTERVENTION

L'équipe locale d'intervention se réunit deux fois par année. Les membres estiment que cette formule constitue un mécanisme de grande importance pour développer ou adapter l'expertise clinique<sup>21</sup>. En effet, dans le processus d'intervention, tous les intervenants et les bénévoles doivent composer avec des dimensions de la maltraitance ou de la vie des personnes âgées qui les limitent ou les forcent à être vigilants.

Ces dimensions ont trait, d'une part, à la confidentialité des renseignements personnels qui réduit la possibilité pour un intervenant de signaler une situation d'abus ou de négligence à une ressource d'aide : « *Dans beaucoup de cas, on se sent les mains liées, à cause des renseignements privés sur la personne (...).* »

Elles ont trait, d'autre part, à la crainte ou au refus des personnes âgées de recevoir de l'aide ou de dénoncer l'agresseur. Crainte ou refus peuvent dépendre du degré de dépendance de la personne âgée, de la peur de ne plus être aidée de la famille, de la présence de l'agresseur dans son entourage ou de la non-reconnaissance de l'aspect abusif de la situation. Les deux commentaires qui suivent illustrent certains de ces aspects : « *(...) des personnes [âgées] ne voient pas l'aspect abusif, il y a des personnes qui sont prêtes à accepter [la maltraitance] pour avoir quelqu'un dans leur vie (...).* » « *De parler d'abus financier..., ça fait peur de parler de cette manière-là.* »

<sup>21</sup> Les informations qui suivent sont issues de l'entrevue de groupe seulement. Comme les membres de l'équipe locale font partie du comité, leur degré d'appréciation est comptabilisé au graphique 4.

Dans ce contexte, l'approche d'intervention préconisée est basée sur le respect du rythme de la personne âgée<sup>22</sup> quant à l'aide qu'elle pourrait recevoir, qu'elle soit autonome ou non :

*Quand la personne qui abuse voit qu'un policier est allé rencontrer la personne âgée, ça ne nuit pas. (...) Même si on voit qu'il y a un abus, je n'irai pas presser la personne âgée parce que c'est très gros pour elle.*

*Mais quelqu'un qui est apte... Ce sont des adultes et à partir du moment où ils ne veulent pas de service, on ne peut pas plus agir. (...) Il y a beaucoup de questions à se poser pour ne pas être abusif nous-mêmes comme intervenant.*

Sur ce plan, les bénévoles ont mentionné adopter la même approche d'intervention que les intervenants, à savoir le respect du rythme de la personne âgée. Mais ils ressentent une tension entre leur rôle et le désir de vouloir faire plus pour aider la personne âgée victime de maltraitance :

*C'est cruel de voir qu'on le sait [qu'il y a une situation de maltraitance] et qu'on a les mains liées. (...) Mais comment l'aider [la personne], il faut quand même l'éclairer sans décider à sa place. Vous lui dites qu'il y a moyen de faire quelque chose pour améliorer [sa situation].*

L'équipe représente un lieu pour échanger sur les façons d'intervenir auprès des personnes âgées et pour être guidé : « (...), ça permet de valider ce qui a été fait ou de chercher un autre point de vue. » L'accès aux conseils du comité d'experts dans les situations complexes est perçu de la même façon<sup>23</sup>. Autant les discussions que les relations établies entre les membres de l'équipe contribuent à briser leur sentiment d'isolement et à les sécuriser :

*Si on a un cas d'abus, c'est quoi les étapes faites. Les autres personnes peuvent nous donner des avis. Personnellement, j'ai trouvé ça très sécurisant. Pour un organisme communautaire, je trouve ça très sécurisant.*

Pour ce qui est de l'ampleur des situations d'abus ou de négligence estimée par les personnes rencontrées, elle varie selon le milieu d'intervention. Par exemple, en CLSC, on a précisé ce qui suit : « Ils [les gens âgés] reçoivent toute l'information, réfléchissent. (...) On sème des choses. Des fois, ça n'a pas d'impact tout de suite. » « Quand j'ai commencé, quand j'en avais trois dans l'année c'était beau, mais au fil des ans il y a une liste d'attente. » Par contre, une intervenante du milieu communautaire relate la situation en ces termes : « On en a presque tous les jours des cas d'abus. »<sup>24</sup>

<sup>22</sup> Le comité n'a pas statué officiellement sur cette orientation, « mais dans ses actions, il fait valoir les droits des personnes âgées, en particulier à l'égard de leur bien-être (ex. : santé, sécurité, intégration sociale). Il respecte le mandat de chacune des organisations partenaires en matière d'intervention psychosociale auprès de leurs clientèles et a constaté l'adhésion aux principes d'empowerment. » (Groulx et Larivière, 2005 : 7).

<sup>23</sup> L'accès se fait par téléphone (par la représentante du CLSC) ou lors d'une rencontre de travail.

<sup>24</sup> La notion d'abus (sic) englobe, ici, violence, négligence et maltraitance (ACVL, 2005b et 2005c; voir également le texte de la page 18 pour un rappel au sujet de la notion d'abus).

### 6.3 APPRÉCIATION DES INTERVENANTS ET DES BÉNÉVOLES

Les résultats issus de l'enquête auprès des intervenants et des bénévoles ayant assisté aux sessions de formation ou de supervision clinique<sup>25</sup>, sont tout aussi positifs : plus de 90 % des participants attribuent un degré d'appréciation *satisfaisant* et *très satisfaisant* pour la durée des sessions (ex. : une journée), le déroulement, le nombre de participants et le nombre (ou la fréquence) des sessions.

Même si certains considèrent que les connaissances acquises ne sont pas toujours applicables dans leur milieu, en raison des fonctions spécifiques (ex. : animation auprès des personnes âgées, temps limité aux soins à donner), les commentaires des participants révèlent l'utilité de la formation. Elle leur permet d'être plus attentifs aux personnes âgées et plus vigilants dans leurs contacts avec celles-ci; elle leur permet aussi de connaître d'autres façons d'intervenir, d'en retirer des enseignements sur les difficultés de l'intervention et de lutter contre la tolérance face à la maltraitance. Les extraits d'entrevue qui suivent portent sur ces dimensions :

*J'ai aimé ça parce que ce qu'on apprend des autres, ça nous aide quand on rencontre les mêmes difficultés ou, encore, de voir si les gens travaillent dans un endroit similaire au nôtre.*

*J'aimais ça aussi rencontrer les autres groupes (...), ce qui se fait dans le milieu pour aider l'autre, pour percevoir l'autre, se mettre à sa place. C'est l'échange, parce que si c'est chacun dans notre coin, on n'a pas la même dynamique.*

*J'ai trouvé ça intéressant. On voit des choses. On ne devient pas indifférent, mais tolérant; c'est pas bon d'être tolérant, il faut vraiment agir, vraiment faire quelque chose. Être conscient. Sinon on laisse faire, les choses s'enveniment et on tolère de plus en plus. Là, on nous a vraiment conscientisés : je vois des choses après coup que je ne voyais pas avant.*

En ce qui concerne la supervision clinique donnée aux intervenants du programme Soutien à domicile en CLSC (ex. : intervenants psychosociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes), l'enquête auprès de ces intervenants (15 participants parmi l'ensemble des participants ayant retourné le questionnaire sur les activités de soutien) révèle un degré d'appréciation *très satisfaisant* et *satisfaisant* (86,0 % et plus des participants) pour le nombre de participants aux sessions, le déroulement, la durée (ex. : une demi-journée) et le nombre (ou de la fréquence) des sessions.

Règle générale, les participants estiment qu'une formation devrait réunir un maximum de dix ou douze participants d'un même niveau d'intervention ou d'action.

---

<sup>25</sup> Le taux de réponse à l'enquête est de 56,3 % (58/103). Les résultats rapportés sont, par contre, établis sur un nombre total de 53 questionnaires puisque 5 questionnaires reçus étaient sans réponse ou incluaient des commentaires spécifiant l'impossibilité de répondre aux questions en raison du délai entre le moment de la formation et celui de l'enquête.

## 6.4 BESOINS EXPRIMÉS

Les intervenants, les bénévoles, les membres de l'équipe locale d'information ont identifié plusieurs types de besoins quant au soutien à l'intervention : il s'agit de besoins de formation et d'information mais aussi des besoins relatifs aux mécanismes de soutien.

### 6.4.1 Formation et information

La majorité (89,8 %, catégories *beaucoup* et *assez*) des intervenants et des bénévoles ont exprimé un besoin de formation sur les enjeux éthiques de l'intervention (le respect de la personne et de ses choix). Ensuite arrive l'amélioration des connaissances sur l'abus et la négligence (sic) (80 %, catégories *beaucoup* et *assez*); sur ce plan, des participants souhaitent mieux connaître le cheminement d'une personne âgée maltraitée. Un besoin de formation sur l'intervention de crise a aussi été exprimé par une bonne proportion de participants (75 %, catégories *beaucoup* et *assez*).

Les besoins d'information mentionnés ont trait à la négligence (76,6 %, catégories *beaucoup* et *assez*) et à l'abus (72,3 %), en particulier au sujet des actions à faire auprès des personnes âgées détectées (ex. : « *savoir à qui référer* »).

Spécifiquement, l'équipe locale d'intervention a souligné le besoin d'analyser les interventions réalisées pour « [voir] *ce qui a été bénéfique, ce qui pourrait être fait* », de se pencher sur les actions à réaliser auprès des personnes âgées en perte d'autonomie (maltraitées) ainsi que sur le dépistage; un outil de référence, constitué à partir des études de cas, a aussi été mentionné.

Enfin, des participants ont fait valoir que des besoins s'inscrivent dans la réalité des organisations, comme le fait que des bénévoles n'aient jamais été formés ou aient été maltraités (ex. : par un bénévole en position de responsabilité).

### 6.4.2 Mécanismes de soutien à l'intervention

Outre les besoins de formation et d'information, des participants ont aussi mis l'accent sur des mécanismes de soutien à l'intervention. Au sein de l'équipe locale d'intervention, on a mentionné le besoin d'avoir un accès plus rapide à un professionnel dans le traitement des situations au quotidien : « *J'aimerais quelqu'un en individuel, à qui j'ai accès pour avoir une information. Pas quelque chose de statutaire (...).* » Chez des bénévoles, c'est la façon de transmettre l'information sur la maltraitance qui est apparue importante, notamment dans le cadre des activités des organisations, comme dans ces deux extraits d'entrevue :

*On fait des activités sociales, des conférences sur des sujets sociaux. (...) On fait venir des gens compétents. Il pourrait y avoir une conférence sur l'abus et la négligence.*

*J'ai instauré des réunions mensuelles de bénévoles. Donc, maintenant, avec mes bénévoles, une fois par mois on se réunit pour parler de ce qui se passe (...) : qu'est-ce qu'ils vivent? Qu'est-ce qu'ils veulent? Et peut-être que dans le cadre d'une de ces réunions-là, on pourrait avoir quelqu'un [du comité] pour faire une petite présentation (...), leur donner des outils pour déceler et pour intervenir (...).*

Des bénévoles sont, par ailleurs, préoccupés de l'intégration des connaissances acquises dans les formations; l'une des personnes bénévoles suggère d'effectuer un rappel quelques mois après les formations.

Outre ces besoins relatifs au rôle et aux habiletés des intervenants et des bénévoles, le bien-être de ces derniers est apparu comme une dimension à ne pas négliger. En effet, des bénévoles ressentent le besoin d'être soutenus plus étroitement dans leurs actions auprès des personnes âgées, pour diminuer leur sentiment d'isolement, car « *pratiquer seul, c'est plus difficile* », ou pour mieux faire face aux situations de maltraitance que vivent des personnes âgées :

*Les gens [les bénévoles] ont besoin d'être supportés. Les gens qui ont des choses à dire pourront les dire et ils seront soulagés de l'avoir dit. Ils vont se dire : 'Ça je mets ça de côté ou il y a des solutions pour régler le problème (...)' ; sinon je traîne ça tout le temps (...).*



## 7 RÉSULTATS : ENTENTE DE COLLABORATION ET D'INTERVENTION

Dans ce chapitre, nous traitons de l'application de l'entente de collaboration et d'intervention par les organisations signataires : les aspects appliqués, les retombées, le suivi et les attentes quant à la poursuite de l'entente<sup>26</sup>.

### 7.1 APPRÉCIATION GÉNÉRALE

L'entente de collaboration et d'intervention renferme six objectifs pour lesquels les organisations ayant participé à l'enquête ont toutes exprimé une appréciation positive. Pour l'appliquer, la plupart déclare avoir cherché l'appui de décideurs, comme celui d'un directeur (90,9 %) ou d'un conseil d'administration et d'un supérieur immédiat (72,7 %). Mais c'est un peu plus de la moitié seulement (54,5 %) des organisations qui ont recherché l'appui du personnel, démarche identifiée, pourtant, comme un **facteur de succès** de l'application par des organisations.

Le type d'organisation a été identifié comme un **obstacle** à l'application de l'entente. Les raisons invoquées pour ne pas appliquer l'un ou l'autre des aspects de l'entente concernent, d'ailleurs, le type d'organisation : organisation communautaire en soutien direct ou non direct aux personnes âgées en matière de santé ou de services psychosociaux, CLSC, sécurité publique ou le mandat (ex. : informer, orienter, intervenir). Des raisons comme le manque de temps, de ressources humaines et de ressources financières ont aussi été mentionnées.

### 7.2 NIVEAU D'APPLICATION

Toutes les organisations n'appliquent pas la totalité de l'entente, mais trois objectifs le sont par la majorité (81,8 %, 9/11)<sup>27</sup>. Il s'agit des trois objectifs suivants :

- ♦ *Référer (sic) à des services d'aide approprié* (objectif #2); la personne âgée est dirigée vers des ressources avec son accord;
- ♦ *Offrir (sic) de l'information aux aînés sur les organismes pouvant les aider* (objectif #3); l'information (ex. : feuillet, dépliant) est transmise au moment d'une évaluation, d'une intervention ou *en cas de doute*, mais aussi au cours des activités des organisations, affichée ou déposée dans des locaux (ex. : salle communautaire, babillard);

<sup>26</sup> Le taux de réponse à cette enquête est de 52,4 % (11/21 dont huit organisations membres du comité).

<sup>27</sup> Voir à l'annexe 6 les aspects de l'entente appliqués et le degré de satisfaction pour chacun.

- ♦ *Participer à des activités de promotion de la prévention de l'abus et de la négligence* (objectif #5); il s'agit de la participation à des comités ou à des tables de concertation, aux activités des organisations ou à celles mises sur pied dans d'autres milieux (ex. : milieu municipal, Journée internationale des aînés, activités dans le quartier par différents organismes).

De façon prévisible et liés au mandat des organisations, deux objectifs sont réalisés par un peu plus de la moitié (54,5 %) des organisations, à savoir :

- ♦ *Dépister* (objectif #1), qui se concrétise à l'intérieur de l'offre de service; les intervenants font de l'écoute ou de l'observation, posent des questions, en parlent au coordonnateur;
- ♦ *Mettre en place ou consolider des mécanismes de support* (sic) *et d'accompagnement* aux aînés dans leurs démarches (objectif #4) ; il peut s'agir de rencontres avec les personnes âgées, d'un soutien apporté par différents intervenants (ex. : assistance, démarches réalisées pour la personne) ou la recherche d'une aide additionnelle.

Malgré la prévisibilité d'une application limitée de ces deux objectifs, il y aurait néanmoins un besoin de compréhension de l'objectif #4, comme le laisse voir la perception de cette participante (milieu communautaire) quant à l'impossibilité de consolider des services ou des façons de faire par définition considérés comme spécifiques à chacune des situations:

*La consolidation..., il n'y a pas de « pattern ». Dans les cas d'abus, je ne commencerai pas toujours par la 1<sup>re</sup>, la 2<sup>e</sup> ou la 3<sup>e</sup> [étape], il n'y a pas de démarche : pour une personne, juste de parler à son fils, ç'a été correct; pour une autre, c'est une maison d'hébergement et possiblement un policier communautaire. Donc, il n'y a pas de moyen consolidé; on prend à la pièce ce qui est approprié pour chaque individu en temps opportun. C'est trop du cas par cas pour consolider un modèle.*

### **7.3 RETOMBÉES**

Trois types de retombées de l'application de l'entente ont été identifiés : la capacité d'agir des organisations, le niveau de confiance des intervenants et des bénévoles et le champ d'action des organisations.

#### **7.3.1 Capacité d'agir des organisations**

Près des deux tiers (63,6 %) des organisations ont indiqué que la participation à la promotion de la prévention de l'abus et de la négligence (sic) constituait la 2<sup>e</sup> retombée en importance de l'application de l'entente (la 1<sup>re</sup> étant la nomination d'une personne responsable du suivi avec 66,7 %-la section 7.4 traite de cet aspect).

Globalement, cette participation se traduit par une plus grande capacité d'agir auprès des personnes âgées, que l'on associe à une meilleure connaissance des organisations signataires et des personnes-ressources à contacter : « *On a des noms de personnes. (...) Quand tu dis : 'passe-moi telle personne', tu sais que tu vas l'avoir ton contact. Finis les pertes de temps. »* « *Là, on a un réseau de contacts, je peux appeler [telle personne] n'importe quand (...). C'est un bon réseau. Que ce soit pour un cas d'abus ou autre, je pense qu'on est là pour aider la population, encore plus dans les cas d'abus, ce n'est pas facile à gérer. C'est vital. »*

Cette retombée est aussi associée à une meilleure collaboration entre les organisations et à une orientation plus assurée des personnes âgées vers les ressources, notamment par les interactions spécifiques avec des policiers communautaires et des intervenants en CLSC. Des organisations sont aussi plus vigilantes et ont le souci de ne laisser personne sans aide : « Avant 2000, la négligence on s'en occupait peut-être moins, mais depuis qu'on a signé cette entente-là, c'est sûr... Par cette entente, les partenaires ne laisseraient pas de personnes âgées qui subiraient de l'abus. »

### 7.3.2 Niveau de confiance des intervenants et des bénévoles

Parmi les organisations ayant participé à l'enquête, 72,7 % (8/11) ont indiqué être intervenues auprès de personnes âgées maltraitées et la presque totalité (7/8) des participants disent se sentir *tout à fait à l'aise* et *assez à l'aise* pour intervenir. Ces résultats ne sont pas étonnants puisque la majorité de ces organisations ont des contacts réguliers, sinon exclusifs, avec des personnes âgées. La confiance des intervenants et des bénévoles a aussi été reliée à une meilleure circulation de l'information ainsi qu'à l'accès à la formation et au soutien. Dans l'enquête, les actions spécifiées ont consisté, dans une forte proportion (81,8 %), à donner de l'information, à orienter vers des ressources d'aide et à écouter les personnes âgées. Le tableau 3 présente les résultats relatifs aux interventions réalisées.

**TABLEAU 3** ACTIONS RÉALISÉES PAR LES ORGANISATIONS AUPRÈS DE PERSONNES ÂGÉES VICTIMES D'ABUS ET DE NÉGLIGENCE (N=11)

| ACTIONS  | OUI (%) | NON (%) | NA OU PAS DE RÉPONSE (%) |
|--|---------|---------|--------------------------|
| Information donnée, référence (sic) à des ressources d'aide, écoute  | 81,8    | -       | 18,2                     |
| Soutien moral (  | 72,7    | -       | 27,3                     |
| Suivi psychosocial   | 63,6    | 9,1     | 27,3                     |
| Évaluation des besoins   | 54,5    | 18,2    | 27,3                     |
| Accompagnement (ex. : démarches à la cour ou à l'hôpital, aider à remplir un formulaire)   | 45,5    | 28,6    | -                        |
| Autre (ex. : recours aux autres services de l'organisme, référence à d'autres organismes, rencontre avec la police communautaire avec le consentement de l'ainé) | 45,5    | -       | 54,6                     |

Selon les organisations, l'intervention peut se faire en contactant directement les policiers communautaires ou des intervenants en CLSC et dépendra, par ailleurs, de la situation et du besoin de la personne âgée, comme dans cet exemple qui révèle que l'intervention peut se faire simplement :

*Il y avait une dame âgée qui disait que sa fille ou sa belle-fille, (...), recevait son chèque de pension [celui de la dame âgée] et elle en gardait un bout, payait les comptes et s'en gardait [de l'argent] tout le temps. (...) [On a fait qu'elle] paye ses comptes par téléphone et son chèque est déposé dans son compte. On a barré la route. Elle ne voulait pas faire de conflit, pourtant il y a eu une intervention en respect avec ce que la dame voulait et l'abus financier a été arrêté. (...) Des fois, ça ne prend pas grand-chose.*

### **7.3.3 Champ d'action et rayonnement**

Un peu plus de la moitié (54,5 %) des organisations ont spécifié des retombées de l'application de l'entente qui semblent élargir leur champ d'action et leur rayonnement. La diffusion de l'information aux personnes âgées sur les problématiques ou les ressources d'aide, est un exemple de telles retombées :

*Il faut les [brochures] diffuser, je les emmène partout, les expliquer quand quelqu'un te pose des questions (...). Nous, étant plus à l'affût, j'ai l'impression qu'on les remarque plus [les personnes âgées victimes d'abus ou de négligence], on est plus sensibilisés, donc ça veut dire plus de travail. Moi, je pense qu'on a plus de travail.*

*Chez nous [organisme communautaire], l'impact c'est minime, mais c'est peut-être de démystifier un peu, on en parle.*

## **7.4 RÔLE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU SUIVI**

La majorité (80,0 %) des organisations a déclaré avoir nommé une personne responsable du suivi de l'entente (objectif #6). Les dimensions du rôle du responsable ont été perçues de manière positive (*très satisfaisant* et *satisfaisant*) par plus des deux tiers des participants : maintenir des liens de concertation (ex. : avec ACVL) (90,0 %), s'assurer de l'application de l'entente (75,0 %) et transmettre l'information au personnel (66,6 %).

Bien que ces résultats positifs puissent être associés au fait que la plupart des participants à l'enquête sont membres du comité, il y a chez des représentants d'organisations non membres le sentiment d'un manque de suivi au sujet de l'entente. Ce sentiment semble relié à la réalité des organisations, comme le roulement de personnel qui nuit à la transmission de l'information au sujet de l'entente. L'enquête révèle d'ailleurs que seulement 36,4 % des organisations ont pour responsable la même personne depuis 2000.

*Cette entente-là a été signée par l'ex-directrice (...). Donc moi je n'ai pas été sensibilisée à ça. (...) il aurait fallu qu'on me dise 'Tu dois faire ça'. [Je suis] très insatisfaite. On ne m'a jamais dit que j'avais un rôle à jouer. Je pensais que tout le monde est signataire de l'entente, oui, j'adopte les principes. On m'en avait parlé comme ça. Je ne pensais pas que j'avais un rôle.*

La faible participation des organisations non membres du comité à l'enquête, pourrait être un indice de ce sentiment. Enfin, le manque de suivi au sein d'ACVL est considéré comme un **obstacle** à l'application de l'entente :

*On parle de la sensibilisation, mais depuis que j'y vais [aux réunions d'ACVL], je n'ai pas entendu d'éléments sur l'entente de collaboration. Mais, comité abus, pièce de théâtre, formation, ça revient à chacune des réunions comme contenu, mais l'entente n'est pas présente.*

## 7.5 ATTENTES EXPRIMÉES

Les organisations signataires ayant participé à l'enquête souhaitent d'emblée la poursuite de l'entente. Leurs commentaires font ressortir son importance sur deux plans : dans le fait d'avoir mis en relation plusieurs organisations, un réseau que l'on souhaite dynamique et performant, et d'avoir contribué au sentiment d'agir pour les personnes âgées (ex. : détection, intervention, prévention) chez les intervenants et les bénévoles.

Les attentes exprimées visent essentiellement la consolidation de son application et supposent une définition et un partage des rôles entre ACVL, le comité et les organisations signataires. Les attentes exprimées sont les suivantes :

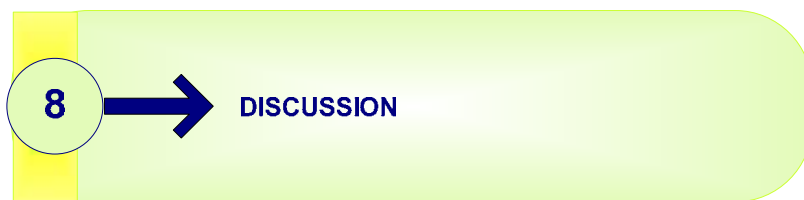
- ◆ Assurer un suivi systématique de l'entente par sa diffusion au sein des organisations, en informant les nouveaux représentants au sujet de l'entente et du rôle du responsable du suivi;
- ◆ Renforcer des aspects de l'entente, par exemple le suivi et l'échange au sujet des actions réalisées auprès des personnes âgées. L'échange ou le suivi concerne autant des aspects cliniques qu'organisationnels comme faire des discussions de cas au sein d'ACVL, développer des procédures pour aider et orienter les personnes âgées maltraitées ou négligées vers des ressources. « *On avait fait des vérifications [dans une situation d'abus ou de négligence] et je n'entendais plus jamais parler de rien. Moi, ça ne me convenait pas. Le même principe, quand je l'ai fait avec [telle personne], j'ai eu un feedback.* »

Dans l'enquête, des participants se sont plutôt exprimés sous l'angle des besoins, notamment faire des outils efficaces, avoir plus de ressources humaines et financières pour appliquer l'entente et donner des formations ou des conférences sur l'entente au sein des organisations.

Plusieurs **facteurs de succès** de l'application de l'entente ont été identifiés : l'évaluation périodique de son application (ex. : annuellement ou aux deux ans), le suivi systématique (ex. : mise à jour) et l'implication du responsable du suivi dans des comités.

À l'inverse, le manque de connaissances au sujet de l'entente (ex. : application et suivi) et le manque de ressources humaines pour former le personnel au sujet de l'entente, ont été identifiés comme des **obstacles**.





Le chapitre 8 présente des éléments de discussion en lien avec les principaux aspects de l'expérience du *Comité contre les abus et la négligence à l'endroit des aînés de l'arrondissement du Vieux-Longueuil* : le modèle d'action et d'intervention, le soutien à l'intervention et le partenariat<sup>28</sup>. À la suite de cette discussion sont présentées une synthèse des résultats, des pistes d'action et les limites de l'étude.

### **8.1 MODÈLE D'ACTION ET D'INTERVENTION RECONNU**

Par son orientation et son fonctionnement, le comité correspond aux modèles multidisciplinaires d'action préventive et d'intervention généralement reconnus et déployés pour sensibiliser les personnes âgées au sujet de la maltraitance et pour soutenir celles qui sont détectées ou qui demandent de l'aide. Également, il s'agit de modèles reconnus pour le soutien apporté aux intervenants.

Il y a quelques années, Nahmiash (1998) a recensé et analysé des interventions canadiennes sur ce plan, lesquelles reposent généralement sur des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires, comme le Programme pour femmes violentées de Toronto, le programme Synergy II du Kerby Centre de Calgary (voir la section 2.4), etc. Bien que les contextes des communautés qui adoptent des tels modèles d'action et d'intervention varient (inévitablement), encore aujourd'hui l'approche multidisciplinaire est celle qui est privilégiée, indique Kinnon (2002).

Cette approche permet aux intervenants de valider leurs interventions et de se soutenir réciproquement, selon Nerenberg (2003, cité dans Reingold, 2006 : 127). En ce sens, l'équipe locale d'intervention et le comité d'experts assument bien ce rôle qui, d'après Bourret et al. (2005 : 9), met « à la disposition des intervenants de première ligne une équipe multidisciplinaire de consultation spécialisée en matière de violence envers les personnes âgées. Cette équipe peut étudier les cas, donner des avis sur les solutions à privilégier, entreprendre des démarches, etc. »

Plus spécifiquement, les activités du comité et son fonctionnement s'apparentent à Care, ce programme québécois de prévention et d'intervention concernant la maltraitance à l'endroit des personnes âgées, programme évalué par le CLSC René-Cassin à Montréal dans les années 1990.

<sup>28</sup> Pour la discussion, nous avons réalisé une recension des écrits en utilisant des mots-clés (en français et en anglais) comme *orientation de services, personnes âgées et services, formation des intervenants, concertation, soutien aux intervenants, abus aînés, négligence aînés, bénévoles, frail persons, neglected elder, abused elder*.

Comme pour celui-ci, les actions du comité sont basées sur l'action concertée, sur l'approche multidisciplinaire pour venir en aide aux personnes âgées mais aussi pour soutenir les intervenants. Cependant, il n'y a pas de conseillers amicaux ni de groupes de soutien aux agresseurs ou aux aidants dans le fonctionnement établi par le comité<sup>29</sup>.

Aussi, l'ensemble des activités du comité (ex. : sensibilisation auprès des personnes âgées, développement d'outils, mise sur pied de sessions de formation ou de supervision clinique pour aidants, intervenants, bénévoles) s'inscrit dans les stratégies mises de l'avant, en 2002, dans le cadre de référence en santé publique quant à la qualité de vie des aînés de la Montérégie. En particulier, ces stratégies concernent le renforcement de l'environnement social (ex. : sensibiliser les aidants familiaux face à l'abus et la négligence à l'endroit des aînés et les soutenir face à l'épuisement) et à l'adaptation des services sociosanitaires (ex. : formation des intervenants pour identifier les situations d'abus et de négligence) (DSPPÉ, 2002 : 62-63).

Dans le prolongement de ces types d'action, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSS) a, plus récemment, intégré dans son plan d'action régional relatif aux services aux personnes âgées en perte d'autonomie, la mise en place de mesures pour contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière (sic), notamment la formation, la supervision clinique et le modèle d'intervention multidisciplinaire de type Care (ASSS Montérégie, 2006 : 25 et 30).

## **8.2 UTILITÉ DE LA FORMATION ET DES MÉCANISMES DE SOUTIEN À L'INTERVENTION**

Les activités de formation et les mécanismes de soutien mis sur pied par le comité ont été considérés comme très utiles par les intervenants et les bénévoles ayant participé au bilan, en raison, principalement, de la complexité des situations de maltraitance et du sentiment d'impuissance qu'ils ressentent devant des situations de maltraitance.

La complexité des situations maltraitance fait en sorte que l'intervention ne constitue pas un processus stable et linéaire, mais plutôt un processus soumis au risque de la variation ou de l'interruption et inscrit dans un *continuum* spécifique, précisent Beaulieu et Leclerc (2006 : 171) : « *Intervention in situations of mistreatment of older adults can be described on a practice continuum. On one end of the continuum, we find negative autonomy, and at the other end, extreme measures, and finally, in the centre, accompaniment measures (...).* » Ce processus peut être également influencé par le degré d'autonomie de la personne âgée, la dangerosité de la situation, les rapports entre l'agresseur et la victime, pour ne nommer que quelques aspects (Beaulieu et Leclerc, 2006 : 182).

Le sentiment d'impuissance que ressentent les intervenants et les bénévoles, a aussi été exprimé par des médecins non spécialistes de Hamilton (Ontario) qui soulignent, en outre, l'absence de protocoles pour intervenir : « *lack of protocols for dealing with abuse and the victims' denial of abuse and resistance to intervention.* » (Cohen, 2006 : 140). De façon

---

<sup>29</sup> En Montérégie, les aidants naturels peuvent bénéficier, néanmoins, de diverses activités de soutien réalisées par 18 organismes communautaires et 3 CSSS, et ce, dans le contexte du Projet régional de soutien aux aidants naturels de la Montérégie (Viens et al., 2005); aussi, ce projet régional inclut des activités de réseautage (ex. : colloques, formations) permettant aux intervenants d'adapter ou de développer leur expertise.

similaire, des intervenants en CLSC, auprès de femmes victimes de violence conjugale, le ressentent, d'après l'étude de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (Lemieux Breton et al., 2006).

Dans notre étude, nous avons constaté que les particularités du processus d'intervention interpellent intervenants et bénévoles quant au soutien nécessaire pour développer ou adapter leur expertise concernant la maltraitance. Dans l'étude de l'INSPQ sur les pratiques en violence conjugale en CLSC, les intervenants ont insisté sur l'importance du soutien, tel que les discussions de cas et la supervision clinique (Lemieux Breton et al., 2006 : 54). De telles activités ont été développées par le comité. Ce soutien peut être apporté par des formateurs autant que par des pairs et des experts. Notre étude révèle aussi le soutien à apporter aux bénévoles pour diminuer leur sentiment d'isolement ou pour faire face aux situations de maltraitance vécues par des personnes âgées.

Outre le besoin de soutien clinique et d'appui, un besoin de formation sur les enjeux éthiques de l'intervention a été mentionné, comme dans les études de Beaulieu et Leclerc (2006 : 183) et de l'INSPQ (Lemieux Breton et al., 2006 : 57). L'éthique est une dimension permettant, effectivement, d'établir les principes et les limites de l'intervention ainsi que le rôle de chacun. En effet, il ne s'agit pas uniquement d'une question liée aux valeurs personnelles de l'intervenant (Beaulieu et Giasson, 2005), mais elle renvoie aussi au positionnement des organisations quant aux pratiques de prévention et d'intervention au sujet de la maltraitance à l'endroit des personnes âgées.

Par ailleurs, sur le plan de la formation, il est possible pour des communautés de former d'autres intervenants ou bénévoles afin d'élargir le bassin de personnes susceptibles d'identifier des personnes âgées maltraitées. C'est ce que fait le Weinberg Center's de New York, un centre d'information et d'hébergement pour personnes âgées victimes de maltraitance, qui met de l'avant la formation de coiffeurs, de pharmaciens, de techniciens de services téléphoniques et de câblodistribution (Reingold, 2006 : 134).

Enfin, pour améliorer les pratiques cliniques préventives, la sensibilisation des médecins non spécialistes aux ressources venant en aide aux personnes âgées victimes maltraitées ou négligées, pourrait être une avenue à explorer. En effet, selon l'étude de Krueger et al. (1997, cités dans Cohen, 2006 : 140), 52 % des médecins non spécialistes de Hamilton (ayant participé à l'étude) suspectaient la maltraitance chez des personnes âgées, mais seulement 22 % connaissaient les ressources de la communauté pour les aider.

La diffusion d'outils de détection aux médecins pourrait également être envisagée. Sur ce plan, une étude québécoise récente sur l'utilisation par des médecins d'un index de soupçon de maltraitance à l'endroit des personnes âgées dont les capacités sont intactes, appelé Elder Abuse Suspicion Index (EASI), et composé de six à dix questions auxquelles on répond « oui » ou « non », a montré la facilité de son utilisation par les médecins (95,8 % des médecins) et une augmentation de la prise de conscience de la maltraitance (66,0 % des médecins) (Yaffe et al., 2007); une étude pour valider cet outil dans huit autres pays a également été soutenue par l'OMS. Enfin, l'information auprès des médecins sur les ressources existantes faciliterait l'orientation des personnes âgées vers les ressources appropriées pour leur venir en aide.

### 8.3 SYNERGIE DU PARTENARIAT

Au sein du comité, on partage un sentiment très positif au sujet de la concertation. Cette concertation comporte quatre caractéristiques :

- ◆ Une vision commune au sujet des besoins et des problèmes des personnes âgées maltraitées;
- ◆ Une perception d'un fonctionnement approprié (ex. : juste équilibre entre l'action et la réflexion au sein du comité, implication des membres, temps et énergie consacrés au but et à l'atteinte des objectifs);
- ◆ Un degré de confiance dans les rapports entre les membres, basé sur l'affinité, la fiabilité, la collégialité, l'expression et l'accueil des idées nouvelles;
- ◆ Une participation constante (ex. : degré d'engagement, compréhension de chacun au sujet de son rôle, perception de son influence au sein du comité).

Ces caractéristiques illustrent la synergie du partenariat qui semble liée, ici, à l'efficacité du leadership telle que démontrée dans l'étude exploratoire de Weiss et al. (2002 : 693-694) auprès de 63 organisations aux États-Unis. L'efficacité repose, aussi, sur la confiance de réaliser ce qui était prévu et sur des interactions positives profitant à l'ensemble du partenariat (Coffman, 2005 : 18-19). Enfin, selon l'étude de Weiss et al. (2002 : 693-694), la synergie renvoie aussi à l'efficacité, c'est-à-dire aux résultats obtenus par rapport aux moyens, comme le temps et les ressources financières, pour réaliser des actions.

Ainsi, au sein du comité, le partenariat et la coordination se sont avérés stables, la participation constante, les rapports ouverts et, bien que les ressources humaines et financières aient été limitées, toutes les activités du plan d'action 2001-2006 ont été réalisées<sup>30</sup>. De plus, l'entente de collaboration et d'intervention, entérinée par 21 organisations membres d'*Action concertation vieillissement Longueuil* (ACVL), a constitué un instrument important pour mettre en relation les organisations. Son application a contribué à l'augmentation de la capacité d'agir des intervenants, des bénévoles et des organisations elles-mêmes. Par contre, l'application de l'entente demande à être consolidée (ex. : réaliser le suivi, former le personnel des organisations au sujet de l'entente) au sein d'ACVL et de chacune des organisations signataires pour la maintenir et la rendre optimale.

De toute évidence, l'application de l'entente a constitué une étape capitale qui a permis de donner de l'ampleur aux actions visant à contrer la maltraitance à l'endroit des personnes âgées, à soutenir celles qui demandent de l'aide ainsi que les intervenants et les bénévoles. Marie Beaulieu (2004 : 192) encourage les organisations à se doter de « *politiques et de directives claires en matière de dépistage et d'intervention auprès des aînés maltraités* » puisqu'il n'y a pas de politique gouvernementale en ce sens, comme c'est le cas en violence conjugale. Dans cette perspective, on peut dire que l'entente de collaboration et d'intervention s'apparente au *Protocole de collaboration pour l'aide psychosociale et l'accompagnement sociojudiciaire des victimes de violence conjugale*, implanté en Montérégie depuis 1998 et ailleurs au Québec.

---

<sup>30</sup> Voir le plan d'action à l'annexe 4.

Un tel protocole en violence conjugale constitue une des actions possibles pour favoriser la prévention et l'accessibilité à des services d'aide. L'une des particularités de ce protocole est le fait que ce sont les organisations partenaires qui font une offre de service aux victimes et les rappellent (au moment choisi et à l'endroit choisi par celles-ci) lorsqu'elles acceptent de recevoir de l'aide.

L'évaluation d'implantation de ce protocole en Montérégie<sup>31</sup> a montré l'importance de soutenir constamment le processus de partenariat par diverses actions comme l'amélioration des liens entre les organisations, la coordination, la révision des procédures ou des façons de faire (Groulx, 2002 : 29). L'évaluation d'implantation de tels protocoles dans les régions de Chaudière-Appalaches (Larose et Rousseau, 2002) et de Québec (Flores et al., 2000) a aussi montré l'importance de soutenir la concertation par l'analyse périodique des expériences.

Il importe donc de favoriser de telles initiatives ou des initiatives semblables. Selon le Prevention Institute, les partenariats sont des outils de changement pour les personnes et les communautés (Culross et al., 2006 : 6). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) soutient, pour sa part, qu'ils augmentent l'efficacité et la durabilité d'actions réalisées par un seul secteur comme celui de la santé (citée dans Comité consultatif fédéral, provincial et territorial, 1999 : 8).

De telles observations prennent tout leur sens quand on prend en compte la complexité des situations de maltraitance et le dilemme des personnes âgées face à la demande d'aide ou à la formulation de plaintes aux policiers (Delisle et Ouellet, 2002; Swanson, 2001 cité dans Fallon, 2006 : 12; Thomas et al., 2005). Généralement, elles comptent sur elles-mêmes et leurs proches avant de se tourner vers les services, selon l'étude de Delisle et Ouellet (2002 : 120-121). Dans cette étude sur l'entraide entre personnes âgées (notamment), une plus grande proportion de celles-ci a indiqué privilégier, dans les situations d'exploitation ou d'abus par l'entourage vécues par des pairs, le fait de compter sur *soi-même* (27,6 %) plutôt que de privilégier les *professionnels du CLSC* (15,9 %) et les *ressources communautaires* (15,5 %) (Delisle et Ouellet, 2002 : 125, Tableau 22.1).

Même si elles font peu de demandes d'aide ou des plaintes aux services policiers, les personnes âgées maltraitées demeurent des adultes en besoin de protection, car certaines situations constituent des actes criminels (ex. : agression, voies de fait, fraude) (Kinnon, 2002 : 34). Bien que les dénonciations ou les demandes d'aide ne se soldent pas toujours par des accusations judiciaires, il importe de faire en sorte que les victimes aient accès à toute forme d'aide. McDonald & Collins (2000 : 28) soutiennent qu'il faut viser une réponse de toute la communauté pour ce faire une question de justice pour Seaver (1996 : 18) : « *It should be a matter of simple justice that such resources and systems be created and maintained.* »

---

<sup>31</sup> L'évaluation a porté sur l'expérience de dix secteurs réunissant, au total, 14 territoires de CLSC.

#### **8.4 SYNTHÈSE ET PISTES D'ACTION**

Le *Comité contre les abus et la négligence à l'endroit des personnes âgées de l'arrondissement du Vieux-Longueuil* réunit onze organisations œuvrant auprès des personnes âgées et provenant des milieux communautaire, municipal, de la sécurité publique, de la santé et des services sociaux. Ensemble, ces organisations ont développé des actions de prévention et d'intervention au sujet de la maltraitance à l'endroit des personnes âgées selon un modèle généralement reconnu dans le domaine. Ce modèle est jugé positif et essentiel par les participants au bilan, en ce sens qu'il leur apporte un appui, permet de valider leurs interventions et contribue au développement de leur sentiment de compétences (ex. : façons de faire, habiletés).

Globalement, les organisations ont développé des actions pour sensibiliser les personnes âgées et la population au sujet de la maltraitance. Elles ont mis sur pied des actions pour soutenir les intervenants (ex. : formation, supervision clinique, équipe locale d'intervention, accès à un comité d'experts). Par l'entente de collaboration et d'intervention, entérinée par 21 organisations d'ACVL, les personnes âgées maltraitées sont plus en mesure d'être informées, détectées, orientées vers des ressources et de recevoir l'aide appropriée à leur situation. Les retombées de l'application de l'entente sont révélatrices, d'ailleurs, de cette capacité d'agir (celle des organisations, des intervenants, des bénévoles) qui s'est accrue quant à la prévention et à l'intervention. Enfin, la concertation au sein du comité s'appuie sur une vision commune, la participation est constante, les partenaires ont des rapports ouverts et collaborent entre eux.

Les besoins de formation sont encore très présents chez les intervenants et les bénévoles des organisations et au sein de l'équipe locale d'intervention, en particulier la formation sur les enjeux éthiques de l'intervention (89,8 %, catégories *beaucoup* et *assez*) et l'intervention de crise (75,0 %, catégories *beaucoup* et *assez*). Il existe aussi des besoins d'information sur la négligence (76,6 %, catégories *beaucoup* et *assez*) subie par des personnes âgées. Des mécanismes pour soutenir l'intervention et pour diffuser l'information au sein des organisations complètent les besoins exprimés (ex. : avoir accès à une personne-ressource au quotidien, avoir un outil de référence, transmettre l'information au cours des activités des organisations, etc.).

L'expérience positive du comité révèle, en outre, un désir de changement. Si les besoins mentionnés ci-dessus représentent des pistes d'action possibles, plusieurs résultats indiquent les changements souhaités par les participants au bilan. Ainsi, des changements sont souhaités quant au but et aux objectifs du prochain plan d'action, ce qui est cohérent avec le fait que le plan d'action 2001-2006 ait été réalisé dans sa totalité. Sur le plan des réalisations à modifier, ce sont celles liées à l'information (davantage que celles liées à la sensibilisation) qui ont été mentionnées (85,7 % des membres du comité).

Il importe, par ailleurs, de consolider l'application de l'entente au sein des organisations pour la rendre optimale (ex. : formation du personnel sur l'entente, rôle du responsable du suivi), en raison notamment du roulement de personnel, et au sein d'ACVL (ex. : échanges sur les actions réalisées auprès de personnes âgées victimes de maltraitance par les organisations signataires, rappel des objectifs de l'entente).

Enfin, il serait important de se pencher sur le fonctionnement du comité même si peu de changements sont souhaités sur ce plan. Quelques aspects ont été identifiés en tant qu'inconvénients, à savoir l'investissement élevé en temps, la lenteur du processus, les ressources financières, la représentativité insuffisante.

## **8.5 LIMITES DE L'ÉVALUATION**

L'évaluation a permis de constater que le fonctionnement et la concertation sont appropriés à l'orientation et aux objectifs du comité et que les réalisations de soutien correspondent aux besoins des intervenants et des bénévoles. Aussi, dans le contexte d'un partenariat réunissant des organisations aux mandats et aux besoins différents, l'entente de collaboration et d'intervention a permis de mettre en relation des organisations qui peuvent informer les personnes âgées sur la maltraitance, les diriger vers des ressources de façon plus assurée et soutenir celles qui demandent de l'aide.

L'évaluation comporte, cependant, certaines limites. Elle n'a porté que sur un aspect précis du plan d'action, soit le 2<sup>e</sup> objectif qui est en lien avec l'offre de soutien (formation, supervision clinique) aux intervenants et aux bénévoles. Elle n'a pas porté sur l'augmentation des connaissances des intervenants (1<sup>er</sup> objectif du plan d'action) au sujet des problématiques de la maltraitance à l'endroit des personnes âgées. Comme les sessions de formation ou de supervision clinique ont débuté en 2001, il apparaissait impossible de vérifier l'acquisition des connaissances avant et après la formation quelques années plus tard.

En ce qui concerne les réponses des participants aux enquêtes sur les activités de soutien (ex. : formation et supervision clinique), on peut penser qu'un biais de mémoire y soit associé, et ce, compte tenu de l'intervalle entre le moment où les participants ont assisté aux sessions et le moment où ils ont répondu au questionnaire. Cependant, le but du questionnaire n'était pas tant d'évaluer le contenu des sessions que d'évaluer la satisfaction et les besoins des participants par rapport au rôle du comité en matière de soutien.

Il est possible, également, qu'un biais de désirabilité sociale soit associé aux réponses des membres du comité et des responsables du suivi de l'entente de collaboration dans les enquêtes les ciblant. Nous avons tenté de diminuer ce biais par le recours à des modalités de réponse variées (ex. : questions fermées, questions ouvertes sur des thèmes délicats) pour balancer le degré d'expression des participants (Giroux, 1998 : 156). Aussi, pour contribuer à la validité des résultats dans un tel contexte, nous avons fait une présentation claire, à chacune des entrevues individuelles ou de groupe, quant au but de l'évaluation et à l'importance de répondre de la manière la plus honnête possible aux questions (Giroux, 1998 : 158).

Une autre limite de l'évaluation est le faible taux de réponse obtenu aux enquêtes sur les activités de soutien (formation et supervision clinique) et sur l'applicabilité de l'entente de collaboration et d'intervention.

Pour toutes ces raisons, la généralisation des résultats de l'évaluation apparaît plus limitée.



## Conclusion

Le bilan de l'expérience du comité est clairement positif, et ce, dans toutes les dimensions examinées : la concertation, le fonctionnement, les réalisations liées à l'information, à la sensibilisation et au soutien, ainsi que l'applicabilité de l'entente de collaboration et d'intervention.

En particulier, il faut noter que les observations des participants aux trois enquêtes rejoignent, sur le plan de la formation, les recommandations de plusieurs études quant à l'importance d'améliorer ou d'accroître les habiletés des intervenants. Compte tenu des risques d'interruption ou de variation du processus d'intervention auprès des personnes âgées maltraitées, il importe effectivement de miser sur des moyens (ex. : mécanismes de soutien en continu ou quotidiens) pour développer le sentiment de compétence (ex. : habiletés, façons de faire) des intervenants et des bénévoles et de contribuer, ainsi, à diminuer leur sentiment d'impuissance.

Par ailleurs, les perceptions positives au sujet de l'entente de collaboration et d'intervention et de la poursuite de son application, sont révélatrices du lien créé au profit des personnes âgées mais aussi au profit du partenariat lui-même. En présence d'un partenariat stable, comme l'a révélé l'expérience du comité, il est à souhaiter que les orientations et les réalisations futures du comité et d'ACVL contribueront à son maintien et à son renforcement. Ce type de partenariat permet de mobiliser des communautés pour réaliser diverses actions, comme développer des pratiques ou harmoniser des pratiques existantes, relativement à la maltraitance envers les personnes âgées.

Aussi, afin que ces actions menées par des communautés ne créent de déséquilibre entre les actions préventives et la capacité de répondre aux demandes d'aide sans augmenter le fardeau des intervenants, il importe de continuer à documenter la maltraitance à l'endroit des personnes âgées et les moyens de leur venir en aide. Par exemple, il serait important de réaliser des études épidémiologiques sur la maltraitance. Il serait important, également, d'analyser l'offre de service des organisations et du réseau de la santé et des services sociaux pour harmoniser les pratiques d'intervention et pour s'assurer que tous les secteurs offrent une gamme de services adéquats pour venir en aide aux personnes âgées victimes de maltraitance. Enfin, il importe aussi d'examiner les protocoles d'intervention et de se pencher sur les perceptions des personnes âgées quant à la maltraitance et aux services qu'elles reçoivent sur ce plan. Comme plusieurs l'ont souligné, les situations de maltraitance à l'endroit des personnes âgées sont complexes. Ce sont donc tous les acteurs en présence qui peuvent apporter des réponses aux nombreuses questions que soulève la maltraitance à l'endroit des personnes âgées dans notre société.



## Bibliographie

- ACTION CONCERTATION VIEILLISSEMENT LONGUEUIL (2006). *Bilan sommaire des dossiers 2005-2006 proposé par le Comité d'orientation*, 2 pages.
- ACTION CONCERTATION VIEILLISSEMENT LONGUEUIL (2005a). *Des actions concertées pour contrer l'abus et la négligence à l'endroit des aîné(e)s dans l'arrondissement du Vieux – Longueuil*, Rédaction par Normand Dumas, organisateur communautaire, document révisé en janvier, 13 pages et 2 annexes.
- ACTION CONCERTATION VIEILLISSEMENT LONGUEUIL (2005b). *Échec aux abus et à la négligence à l'endroit des aînés(es). Guide de sensibilisation*, Longueuil, 19 pages.
- ACTION CONCERTATION VIEILLISSEMENT LONGUEUIL (2005c). *Échec aux abus et à la négligence à l'endroit des aînés(es). Comment les reconnaître et quoi faire???*
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2006). *Plan d'action régional 2005-2010. Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Version finale adoptée le 21 septembre 2006*, Longueuil, Québec, 85 pages.
- AU COIN, Kathy (2005). « Violence familiale envers les adultes âgés », dans Statistique Canada, *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005*, Centre canadien de la statistique juridique, no 85-224-XIF au catalogue, pages 86-92.
- BEAULIEU, Marie (2004). « Intervenir auprès de la personne âgée maltraitée : de nombreux enjeux », dans Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, *Vieillesse et problèmes de santé mentale : actes du congrès scientifique, Sherbrooke 2003*, pages 182-195, Acton Vale, Edisem, 210 pages.
- BEAULIEU, Marie et Milène GIASSON (2005). « L'éthique et l'exercice de l'autonomie professionnelle des intervenants psychosociaux oeuvrant auprès des aînés maltraités », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 18, no 1, automne, pages 131-147.
- BEAULIEU, Marie et Nancy LECLERC (2006). « Ethical and Psychosocial Issues Raised by the Practice in Cases of Mistreatment of Older Adults », dans MELLOR, M. Joanna et Patricia Brownell, *Elder Abuse and Mistreatment : Policy, Practice, and Research*, pages 161-186, co-published simultaneously as *Journal of Gerontological Social Work*, volume 46, Numbers 3/4, 2006, 258 pages.
- BOURRET, Amélie, avec la collaboration de D. GAGNÉ, M. LITHWICK et D. MARTEL (2005). *Violence envers les personnes âgées*, Centre québécois de ressources en promotion de la sécurité et en prévention de la criminalité, site internet [www.crpspc.qc.ca](http://www.crpspc.qc.ca), 11 pages.
- COFFMAN, Julia (2005). « Evaluating Partnerships : Seven Success Factors », *The Evaluation Exchange*, vol. XI, no 1, spring, Harvard School of Education, pages 18-19.

- COHEN, Carole A. (2006). « Consumer Fraud and the Elderly : A Review of Canadian Challenges and Initiatives », dans MELLOR, M. Joanna et Patricia Brownell, *Elder Abuse and Mistreatment : Policy, Practice, and Research*, pages 137-144, co-published simultaneously as *Journal of Gerontological Social Work*, volume 46, Numbers 3/4, 2006, 258 pages.
- COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, Santé Canada, 28 pages.
- CULROSS, Patti, Larry COHEN, Ashby WOLFE, Joanne RUBY *et al.* (2006). *Creating Safe Environments : Violence Prevention Strategies and Programs. Executive Summary*, Prevention Institute, Oakland (CA), June, 10 pages.
- DELISLE, Marc-André et Hector OUELLET (2002). *Les « Vieux copains »... et leur santé. Participation sociale, entraide et recours aux services chez les aînés*, Québec, Canada, Les Presses de l'Université Laval, 245 pages.
- DILLMAN, Don A., Joye J. DILLMAN et Carole J. MAKELA (1984). « The Importance of Adhering to Details of the Total Design Method (TDM) for Mail Survey », dans Lockhart, Daniel C. (Ed.), *Making Effective Use of Mailed Questionnaires*, New Directions for Program Evaluation, no 21, San Francisco : Jossey-Bass, 102 pages.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION (2002). *Pour les aînés de la Montérégie : Un art de vivre en santé, une qualité de vie. Cadre de référence en santé publique*, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, Longueuil, Québec, juin, 135 pages.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE (s.d.). *Trousse d'appréciation de l'action concertée. Instruments de mesure*, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, 12 pages.
- FALLON, Pauline (2006). *Elder abuse and/or neglect. Literature review*, Centre for Social Research and Evaluation Te Pokapū Rangahau Arotaki Hapori, Ministry of Social Development *Te Manatū Whakahiato Ora*, 27 pages.
- FLORES, Jasline, Andrée BOUCHARD, Pierre MAURICE et Hugues MATTE (2000). *Rapport d'intervention. Mise en place, suivi et évaluation des protocoles d'entente intersectoriels concernant la violence faite aux femmes en milieu familial Région de Québec*, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec, Direction de la santé publique de Québec et CLSC Haute-Ville-Des Rivières, Québec, mai, 29 pages et annexes.
- GANNON, Maire (2006). « Violence familiale envers les adultes âgées », dans Statistique Canada, *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2006*, Centre canadien de la statistique juridique, no 85-224-XIF au catalogue, pages 49-56.
- GARDNER, Fiona (2003). « User-Friendly Evaluation in Community-Based Projects », *La revue canadienne d'évaluation de programme*, vol. 18, no 2, automne, pages 71-89.
- GIROUX, Sylvain (1998). *Méthodologie des sciences humaines, La recherche en action*, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., Saint-Laurent, Québec, 266 pages.

- GRAVEL, Sylvie, Marie BEAULIEU et Maxine LITHWICK (1997). « Quand vieillir ensemble fait mal : les mauvais traitements entre conjoints âgés », *Criminologie*, XXX, 2, pages 67-85.
- GROULX, Johanne et Gabriel LARIVIÈRE (2005). *Les activités du Comité contre les abus et la négligence à l'endroit des aîné-es de l'arrondissement du Vieux-Longueuil, Devis d'évaluation présenté dans le cadre du programme de subventions en santé publique 2004-2005*, Direction de santé publique, ADRLSSSS de la Montérégie et Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) de la Montérégie, version révisée, Longueuil, Québec, octobre, 25 pages et annexe.
- GROULX, Johanne (2002). *Protocole de collaboration en violence conjugale pour l'aide psychosociale et l'accompagnement sociojudiciaire. Synthèse de l'évaluation du protocole dans dix secteurs de la Montérégie*, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, Québec, 32 pages et appendices.
- KINNON, Dianne (2002). *Mauvais traitements et négligence à l'égard des personnes âgées : sensibilisation et réaction de la collectivité*, Ottawa, Ontario, Santé Canada, Unité de la prévention de la violence familiale, 117 pages.
- LAROSE, Lucie et Josée ROUSSEAU (2002). *Évaluation de l'implantation des protocoles sociojudiciaires et données sur la violence conjugale et familiale*, Sainte-Marie, Québec, RRSSS de Chaudière-Appalaches, DSPPÉ (CSRE), xxvi, 220 pages et document Faits saillants.
- LEMIEUX BRETON, Marie-Ève, France PARADIS, Ruth PILOTE et Pierre MAURICE (2007). *Consolidation des pratiques en violence conjugale dans les CLSC du Québec. Étude exploratoire*, Institut national de santé publique du Québec, 105 pages.
- MCDONALD, L. and A. COLLINS (2000). *La violence et la négligence à l'égard des aînés : Document de travail*, Santé Canada, Unité de la prévention de la violence familiale, 90 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). « Grille d'analyse des conditions de concertation multisectorielle » dans *Développement d'un programme concerté dans un contexte multisectoriel : promotion de la santé et prévention primaire des toxicomanies chez les jeunes*, Module 7, Service de formation réseau, Gouvernement du Québec.
- NAHMIASH, Daphne et Myrna REIS (2000). « Most Successful Intervention Strategies for Abused Older Adults », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 12 (3/4), pages 53-70.
- NAHMIASH, Daphne (1998). « Prévenir et combattre la violence et la négligence à l'endroit des personnes âgées au Canada », dans ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, Les déterminants de la santé, Les adultes et les personnes âgées*, volume 2, pages 303-359.
- REINGOLD, Daniel A. (2006). « An Elder Abuse Shelter Program : Build It and They Will Come, A Long Term Care Based Program to Address Elder Abuse in the Community », dans MELLOR, M. Joanna et Patricia Brownell, *Elder Abuse and Mistreatment : Policy, Practice, and Research*, pages 123-135, co-published simultaneously as *Journal of Gerontological Social Work*, volume 46, Numbers 3/4, 2006, 258 pages.

- ROSSI, P.H. et H.E. FREEMAN (1993). *Evaluation : A systematic approach (5<sup>e</sup> éd.)*, Newbury Park, CA, Sage Publications Inc.
- SEEVER, Carol (1996). « Muted Lives : Older Battered Women », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, Vol. 8 (2), pages 3-21.
- SCHNEIDER, Robert (1995). *Formation des coordonnateurs régionaux en prévention 1993-1994*, Service de programmes aux personnes toxicomanes et itinérantes, ministère de la Santé et des Services sociaux, Document de référence, juin.
- THOMAS, Hélène, Claire SCODELLARO et Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE (2005). « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative », *Études et Résultats*, no 370, janvier, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion, ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, France, 12 pages.
- VIENS, Christian, Christine ROWAN, Aimé LEBEAU, avec la collaboration de Noëlandré Delisle (2005). *Faits saillants. Projet régional de soutien aux aidants naturels de la Montérégie*, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux, de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Longueuil, Québec, novembre, 8 pages
- WEISS, Elisa S., Rebecca MILLER ANDERSON and Roy D. LASKER (2002). « Making the Most of Collaboration : Exploring the Relationship Between Partnership Synergy and Partnership Functioning », *Health Education & Behavior*, vol. 29 (6) : 683-698.
- YAFFE, Mark J., Maxine LITHWICK, Christina WOLFSON, Deborah WEISS (2007). *Elder Abuse Suspicion Index (EASI), Index de soupçon de maltraitance envers les personnes âgées*, Université McGill et CLSC René-Cassin, Montréal (Québec), présentation *power point* réalisée auprès du comité de mise à jour du Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 (domaine Développements, adaptation et intégration sociale), le 15 mai, 49 pages.

# Annexe 1

## Liste des partenaires

### *1A- Partenaires du Comité contre les abus et la négligence à l'endroit des aînés de l'arrondissement du Vieux-Longueuil*

1. Action - Services aux aidants de parents âgés de Longueuil;
2. Centre communautaire des aînés de Longueuil;
3. Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) de la Montérégie;
4. Centre de jour des CHSLD de Longueuil;
5. CLSC Longueuil – Ouest;
6. CLSC Simonne – Monet-Chartrand;
7. Direction de santé publique de la Montérégie;
8. L'Entraide Chez Nous;
9. Police de Longueuil (relations communautaires);
10. Société Alzheimer Rive-Sud;
11. Ville de Longueuil (Direction loisir, culture et vie communautaire).

---

### *1B- Partenaires signataires de l'entente de collaboration et d'intervention*

1. Action-Services aux aidants de parents âgés de Longueuil;
2. Association de défense des droits des retraités-Champlain (AQDR);
3. Association des retraités de l'enseignement du Québec (AREQ)
4. Baladeur René de Longueuil
5. CLSC Simonne-Monet-Chartrand;
6. CLSC Longueuil-Ouest;
7. Carrefour Jeunesse Longueuil Rive-sud (popote roulante);
8. Centre communautaire des aîné(e)s de Longueuil;
9. Centre communautaire Le Trait d'Union;
10. Centre d'aide aux victimes d'actes criminels de la Montérégie (CAVAC);
11. Centre de bénévolat de la Rive-sud;
12. Coop Aide Rive-sud;
13. L'Entraide Chez Nous;
14. Les Joyeux retraités;
15. Maison Le Réveil;
16. Office municipal d'habitation de Longueuil (OMHL);
17. Pastorale des aînés;
18. Regroupement des aveugles et amblyopes du Montréal métropolitain (RAAMM);
19. Regroupement des CHSLD de Longueuil
20. Société Alzheimer Rive-Sud;
21. Ville de Longueuil (Direction loisir, culture et vie communautaire).



## Annexe 2

### Collecte de données : indicateurs, méthodes et sources d'information

#### OBJECTIF 1 DÉCRIRE LES PARTENAIRES DU COMITÉ ET L'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS

| OBJECTIFS SPÉCIFIQUES  | INDICATEURS   | MÉTHODES OU INSTRUMENTS  | SOURCES D'INFORMATION   |
|--|---|--|---|
| 1.1 Décrire le profil du comité  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Origine du comité</li> <li>◆ Nombre / type d'organisations partenaires</li> <li>◆ Secteurs représentés</li> <li>◆ Statut des représentants ⇨</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Analyse documentaire (ex. : document historique, rapports d'activité, procès-verbaux)</li> <li>◆ Questionnaire (n=11)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Personnes-ressources associées à l'évaluation</li> <li>◆ Membres comité abus – nég.</li> </ul>   |
| 1.2 Décrire le fonctionnement du comité  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Orientation (ex. : but, objectifs)</li> <li>◆ Structure (ex. : coordination, fréquence des rencontres, sous-comités de travail)</li> <li>◆ Mobilité des représentants</li> <li>◆ Tâches (ex. : plans d'action, recherche de financement, liens avec ACVL, etc.)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Analyse documentaire (ex. : document historique, rapports d'activité, procès-verbaux)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Personnes-ressources associées à l'évaluation</li> </ul>   |
| 1.3 Décrire les activités réalisées et déterminer le degré de réalisation par rapport au plan d'action | <p><u>Activités de sensibilisation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Objectifs des activités</li> <li>◆ Nombre / types d'activités (ex. : articles, <i>Journal de William</i>, outils réalisés, communications, conférences)</li> <li>◆ Mécanismes de diffusion</li> <li>◆ Financement des activités</li> </ul> <p><u>Activités de concertation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Objectifs des activités</li> <li>◆ Nombre / type d'activités (ex. : entente)</li> <li>◆ Financement des activités</li> </ul> <p><u>Activités de soutien aux intervenants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Objectifs des activités</li> <li>◆ Nombre / type d'activités (ex. : formation,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Analyse documentaire (ex. : document historique, rapports d'activité, outils réalisés)</li> <li>◆ Analyse documentaire (ex. : document historique, rapports d'activité, outils réalisés)</li> <li>◆ Analyse documentaire (ex. : document historique, rapports d'activité, outils réalisés)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Personnes-ressources associées à l'évaluation</li> <li>◆ Personnes-ressources associées à l'évaluation</li> <li>◆ Personnes-ressources associées à l'évaluation</li> </ul> |

**OBJECTIF 1 DÉCRIRE LES PARTENAIRES DU COMITÉ ET L'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS**

| OBJECTIFS SPÉCIFIQUES  | INDICATEURS   | MÉTHODES OU INSTRUMENTS  | SOURCES D'INFORMATION  |
|--|---|--|--|
|  | supervision clinique) <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Clientèles cibles et rejointes (ex. : nombre / type d'intervenants)</li> <li>◆ Financement des activités</li> <li>◆ Discussions de cas (ex. : nombre, retombées pour l'intervention directe / indirecte)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Entrevue de groupe</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Équipe locale d'intervention</li> </ul> |
| 1.4 Connaître le degré de satisfaction des membres du comité au sujet du fonctionnement et des activités réalisées | <u>Degré de satisfaction relatifs aux aspects suivants :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Profil du comité</li> <li>◆ Fonctionnement (ex. : orientation, structure, déroulement des rencontres, ressources humaines et financières)</li> <li>◆ Participation au comité (ex. : satisfaction, engagement, relation entre représentants, avantages-désavantages)</li> <li>◆ Activités (ex. : sensibilisation, concertation, soutien) et travaux</li> </ul> <u>Modifications ou améliorations souhaitées</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Aspects concernant le fonctionnement</li> <li>◆ Aspects concernant les activités</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Questionnaire (n=11)</li> <li>◆ Entrevue de groupe ou indiv. (nombre / type d'entrevues à déterminer selon les résultats de l'enquête par questionnaire)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Membres comité abus –nég.</li> </ul>    |

**OBJECTIF 2 DÉTERMINER LA CAPACITÉ DES ORGANISATIONS SIGNATAIRES DE L'ENTENTE DE COLLABORATION ET D'INTERVENTION À EN RÉALISER LES OBJECTIFS**

| OBJECTIFS SPÉCIFIQUES   | INDICATEURS  | MÉTHODES OU INSTRUMENTS  | SOURCES D'INFORMATION  |
|---|--|--|--|
| 2.1 Connaître les conditions d'application de l'entente                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Mobilité des responsables du suivi</li> <li>◆ Appui des décideurs ou du CA</li> <li>◆ Retombées pour l'organisme (ex. : charge de travail, augmentation du nombre de cas)</li> <li>◆ Mesures mises en place en lien avec les objectifs de l'entente (ex. : dépistage, soutien, accompagnement, promotion de la prévention, etc.)</li> <li>◆ Facteurs de succès et obstacles pour appliquer l'entente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Questionnaire (n=21)</li> <li>◆ Entrevue (n=4)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Responsables du suivi de l'entente</li> </ul> |
| 2.2 Déterminer le degré de satisfaction au sujet de l'entente et de son application | <u>Degré de satisfaction relatif aux aspects suivants :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Mobilité des responsables du suivi</li> <li>◆ Appui des décideurs</li> <li>◆ Retombées pour l'organisme</li> <li>◆ Mesures mises en place ou actions réalisées en lien avec les objectifs de l'entente (ex. : dépistage, référence, etc.)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Questionnaire (n=21)</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Responsables du suivi de l'entente</li> </ul> |

**OBJECTIF 1 DÉCRIRE LES PARTENAIRES DU COMITÉ ET L'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS**

| OBJECTIFS SPÉCIFIQUES   | INDICATEURS  | MÉTHODES OU INSTRUMENTS  | SOURCES D'INFORMATION  |
|---|--|--|--|
| 2.3 Connaître les besoins des organisations signataires et des responsables du suivi pour appliquer l'entente | <u>Besoins sur le plan des :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Mesures à mettre en place ou mises en place (ex. dépistage, soutien, accompagnement des aînés, promotion de la prévention, etc.)</li> <li>◆ Retombées engendrées par l'application de l'entente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Questionnaire (n=21)</li> <li>◆ Entrevue (n=4)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Responsables du suivi de l'entente</li> </ul> |

**OBJECTIF 3 DÉTERMINER SI LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN DU COMITÉ RÉPONDENT AUX BESOINS DES INTERVENANTS ET DES BÉNÉVOLES**

| OBJECTIFS SPÉCIFIQUES                                  | INDICATEURS   | MÉTHODES OU INSTRUMENTS   | SOURCES D'INFORMATION  |
|--|---|---|--|
| 3.1 Déterminer le degré de satisfaction                | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Activités de formation</li> <li>◆ Activités de supervision clinique</li> <li>◆ Activités d'information aux intervenants (ex. : diffusion d'outils)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Bilan des formations (compilation réalisée) et questionnaires (n=150 + n=21)</li> <li>◆ Entrevue (n=4) + (n=3)</li> <li>◆ Entrevue groupe</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Participants aux formations, responsables du suivi de l'entente, intervenantes des CLSC (supervision clinique)</li> </ul> |
| 3.2 Déterminer les besoins au regard de l'intervention | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Formation (ex. : connaissances spécifiques)</li> <li>◆ Supervision clinique (ex. : connaissances spécifiques)</li> <li>◆ Activités de concertation (signataires de l'entente)</li> <li>◆ Autres</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Bilan des formations (compilation réalisée) et questionnaires (n=150 + n=21)</li> <li>◆ Entrevue (n=4) + (n=3)</li> <li>◆ Entrevue groupe</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Participants aux formations, responsables du suivi de l'entente, intervenantes des CLSC (supervision clinique)</li> </ul> |
| 3.3 Déterminer les besoins au regard de la prévention  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Information (ex. : diffusion d'autres connaissances, d'autres outils)</li> <li>◆ Activités de concertation (signataires de l'entente)</li> <li>◆ Autres</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Bilan des formations (compilation réalisée) et questionnaires (n=150 + n=21)</li> <li>◆ Entrevue (n=4, resp) + (n=3)</li> <li>◆ Entrevue groupe</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Participants aux formations, responsables du suivi de l'entente, intervenantes des CLSC (supervision clinique)</li> </ul> |





**Annexe 3**

**Questionnaires d'évaluation**



Numéro du questionnaire :

\_\_\_\_\_

Évaluation des activités du  
*Comité contre les abus et la négligence*  
à l'endroit des aînés-es de  
*l'arrondissement du Vieux-Longueuil*

*L'expérience du comité*

Questionnaire aux membres

Novembre 2005

## A. Orientation et réalisations

Dans cette section (questions 1 à 3), nous abordons l'orientation et les réalisations du comité depuis 2001. Essentiellement, il s'agit d'indiquer votre degré d'accord ou de désaccord quant à l'orientation et votre degré d'appréciation quant aux réalisations liées à l'information, à la sensibilisation et au soutien à l'intervention.

1. Pour chacun des objectifs spécifiques du plan d'action 2001-2006 du comité, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord. (Encerclez une réponse pour chacun des items.)

|  | Fortement en accord | En accord | En désaccord | Fortement en désaccord |
|--|---------------------|-----------|--------------|------------------------|
| a) Augmenter les connaissances des intervenants  | 4                   | 3         | 2            | 1                      |
| b) Offrir un soutien clinique aux intervenants du soutien à domicile par des rencontres de supervision | 4                   | 3         | 2            | 1                      |
| c) Accroître la sensibilisation du public  | 4                   | 3         | 2            | 1                      |

2. Pour chacune des réalisations rattachées à l'information et à la sensibilisation, indiquez votre degré d'appréciation. (Encerclez une réponse pour chacun des items.)

|  | Élevé | Modéré | Faible | Très faible |
|--|-------|--------|--------|-------------|
| a) Le Répertoire des ressources en matière d'abus et de violence (l'information aux responsables du suivi de l'entente de collaboration)                   | 4     | 3      | 2      | 1           |
| b) Le dépliant <i>Échec aux abus et à la violence faits aux personnes âgées. Comment les reconnaître et quoi faire?</i> (sensibilisation auprès du public) | 4     | 3      | 2      | 1           |
| c) La distribution dans des endroits publics du dépliant <i>Échec aux abus et à la violence...</i> par le Centre d'action bénévole de la Rive-Sud          | 4     | 3      | 2      | 1           |
| d) La série d'articles intitulés <i>Journal de William</i> diffusés dans l'hebdomadaire <i>Le Courrier du Sud</i>  | 4     | 3      | 2      | 1           |
| e) La brochure rassemblant les articles du <i>Journal de William</i>   | 4     | 3      | 2      | 1           |
| f) Le guide de sensibilisation destinés aux aidants naturels   | 4     | 3      | 2      | 1           |
| g) Les conférences données (ex. : organismes communautaires auprès des personnes âgées, résidences privées / HLM où habitent des personnes âgées)          | 4     | 3      | 2      | 1           |
| h) La pièce de théâtre <i>Réveille-toi Arthur!</i> (présentée à la Journée internationale des aînés à Longueuil en 2002)                                   | 4     | 3      | 2      | 1           |

3. Pour chacune des réalisations liées au soutien à l'intervention, indiquez votre degré d'appréciation. (*Encerclez une réponse pour chacun des items.*)

|  | Élevé | Modéré | Faible | Très faible |
|--|-------|--------|--------|-------------|
| a) L'entente de collaboration et d'intervention  | 4     | 3      | 2      | 1           |
| b) La formation de niveau 1 donnée entre 2001 et 2004  | 4     | 3      | 2      | 1           |
| c) Les discussions de cas au sein de l'équipe locale d'intervention  | 4     | 3      | 2      | 1           |
| d) La possibilité d'avoir accès à de l'information ou à des renseignements en provenance du comité d'experts | 4     | 3      | 2      | 1           |

## B. Concertation

*Dans cette section (questions 4 et 5), nous abordons la concertation au sein du comité (ex. : perception au sujet d'une vision commune, relations entre les membres, participation et contribution personnelle, etc.). Il s'agit d'indiquer votre degré d'accord ou de désaccord en ce qui concerne la concertation et votre degré d'appréciation en ce qui concerne votre participation et votre contribution personnelle.*

4. POUR CHACUN DES ITEMS SUIVANTS SUR LA CONCERTATION, INDIQUEZ VOTRE DEGRÉ D'ACCORD OU DE DÉSACCORD. (*ENCERCLEZ UNE RÉPONSE POUR CHACUN DES ITEMS.*)

|   | Fortement en accord | En accord | En désaccord | Fortement en désaccord |
|---|---------------------|-----------|--------------|------------------------|
| a) Les membres possèdent une vision commune des besoins et des problèmes des personnes âgées victimes d'abus et de négligence                                   | 4                   | 3         | 2            | 1                      |
| b) Les objectifs et les priorités d'action sont établis en collégialité   | 4                   | 3         | 2            | 1                      |
| c) Les membres consacrent temps et énergie à l'atteinte des buts et des objectifs fixés   | 4                   | 3         | 2            | 1                      |
| d) Les membres s'impliquent activement (ex. : prises de décision, réalisations, actions, responsabilités)   | 4                   | 3         | 2            | 1                      |
| e) Les réalisations contribuent à mobiliser les membres   | 4                   | 3         | 2            | 1                      |
| f) Il y a un juste équilibre entre l'action et la réflexion au sein du comité   | 4                   | 3         | 2            | 1                      |
| g) Les membres collaborent entre eux  | 4                   | 3         | 2            | 1                      |
| h) Les idées nouvelles ont leur place au sein du comité   | 4                   | 3         | 2            | 1                      |
| i) Les membres prennent position ouvertement  | 4                   | 3         | 2            | 1                      |
| j) Les difficultés vécues au sein du comité sont gérées ouvertement   | 4                   | 3         | 2            | 1                      |
| k) Les différences (entre organisations) des modes d'intervention et des cultures organisationnelles, sont respectées et prises en compte dans les réalisations | 4                   | 3         | 2            | 1                      |

5. Pour chacun des items suivants concernant votre participation et votre contribution personnelle, indiquez votre degré d'appréciation. (*Encercler une réponse pour chacun des items.*)

|  | <i>Élevé</i> | <i>Modéré</i> | <i>Faible</i> | <i>Très faible</i> |
|--|--------------|---------------|---------------|--------------------|
| a) Mon degré d'affinité avec les autres membres concernant les objectifs poursuivis est... | 4            | 3             | 2             | 1                  |
| b) Mon degré de confiance vis-à-vis les autres membres du comité est...                    | 4            | 3             | 2             | 1                  |
| c) Mon degré d'engagement au sein du comité est...   | 4            | 3             | 2             | 1                  |
| d) La compréhension de mon rôle au sein du comité est...                                   | 4            | 3             | 2             | 1                  |
| e) Mon influence sur les décisions du comité est...  | 4            | 3             | 2             | 1                  |
| f) La possibilité d'exprimer ouvertement mes idées au sein du comité est...                | 4            | 3             | 2             | 1                  |
| g) La réceptivité de mes idées au sein du comité est...                                    | 4            | 3             | 2             | 1                  |

### C. Fonctionnement

La question 6 traite de votre satisfaction concernant le fonctionnement du comité, selon plusieurs dimensions.

6. Pour chacun des items suivants relatifs au fonctionnement du comité, indiquez votre degré de satisfaction. (*Encercler une seule réponse pour chacun des items.*)

|  | <i>Très satisfaisant</i> | <i>Satis-faisant</i> | <i>Insatis-faisant</i> | <i>Très insatisfaisant</i> |
|--|--------------------------|----------------------|------------------------|----------------------------|
| a) Le déroulement des réunions (ex. : climat, respect de l'horaire, etc.)                                | 4                        | 3                    | 2                      | 1                          |
| b) Le travail en sous-groupes (ex. : sensibilisation, formation)   | 4                        | 3                    | 2                      | 1                          |
| c) La coordination réalisée par l'organisateur communautaire (avant 2005)                                | 4                        | 3                    | 2                      | 1                          |
| d) L'absence de l'organisateur communautaire à la coordination au cours de 2005                          | 4                        | 3                    | 2                      | 1                          |
| e) La coordination assurée par une autre personne du comité en l'absence de l'organisateur communautaire | 4                        | 3                    | 2                      | 1                          |
| f) La fréquence des réunions   | 4                        | 3                    | 2                      | 1                          |
| g) La préparation des réunions (ex. : ordre du jour, convocation, documentation spécifique, etc.)        | 4                        | 3                    | 2                      | 1                          |
| h) Les tâches réalisées (ex. : définition du plan d'action, recherche de financement, etc.)              | 4                        | 3                    | 2                      | 1                          |
| i) Les ressources humaines (ex. : intervenants, membres du comité) pour réaliser le mandat du comité     | 4                        | 3                    | 2                      | 1                          |
| j) Les ressources financières pour réaliser le mandat du comité  | 4                        | 3                    | 2                      | 1                          |
| k) Les ressources techniques pour réaliser le mandat du comité   | 4                        | 3                    | 2                      | 1                          |
| l) Les liens avec Action concertation vieillissement Longueuil (ACVL)                                    | 4                        | 3                    | 2                      | 1                          |

## D. Avantages et désavantages

Les questions 7 et 8 concernent l'identification des avantages et des désavantages de votre expérience personnelle au sein du comité ou de l'expérience collective.

7. Dans quelle mesure les aspects suivants ont-ils constitué un atout dans le fonctionnement du comité? (Encercler une réponse pour chacun des items.)

|  | Beaucoup | Assez | Un peu | Pas du tout |
|--|----------|-------|--------|-------------|
| a) Le partage des idées  | 4        | 3     | 2      | 1           |
| b) L'échange d'information   | 4        | 3     | 2      | 1           |
| c) Le travail en concertation  | 4        | 3     | 2      | 1           |
| d) L'influence de chacun des membres au sein du comité               | 4        | 3     | 2      | 1           |
| e) L'adaptation des services aux personnes âgées ou de leurs besoins | 4        | 3     | 2      | 1           |
| f) Autre (précisez) : _____  | 4        | 3     | 2      | 1           |

8. Dans quelle mesure les aspects suivants ont-ils constitué un inconvénient dans le fonctionnement du comité? (Encercler une réponse pour chacun des items.)

|   | Beaucoup | Assez | Un peu | Pas du tout |
|---|----------|-------|--------|-------------|
| a) L'investissement élevé en temps  | 4        | 3     | 2      | 1           |
| b) La lenteur du processus (ex. : réalisation des moyens d'action, discussions) | 4        | 3     | 2      | 1           |
| c) La difficulté à prendre des décisions au sein du comité                      | 4        | 3     | 2      | 1           |
| d) La représentativité insuffisante au sein du comité                           | 4        | 3     | 2      | 1           |
| e) Le désengagement de certains représentants / certaines organisations         | 4        | 3     | 2      | 1           |
| f) L'absence aux réunions de certains représentants / certaines organisations   | 4        | 3     | 2      | 1           |
| g) Autre (précisez) : _____   | 4        | 3     | 2      | 1           |

## E. Changements

La question 9 concerne les changements que vous souhaiteriez apporter, personnellement ou collectivement, au sein du comité (ex. : relativement au fonctionnement, aux réalisations, à la concertation).

9. Pour chacun des aspects suivants, indiquez si vous souhaitez des changements? (Encerclez une réponse pour chacun des items.)

|   | Beaucoup | Assez | Un peu | Pas du tout |
|---|----------|-------|--------|-------------|
| a) Le but et les objectifs du comité  | 4        | 3     | 2      | 1           |
| b) Le fonctionnement du comité  | 4        | 3     | 2      | 1           |
| c) Le soutien technique et financier pour les réalisations du comité            | 4        | 3     | 2      | 1           |
| d) Les réalisations liées à la sensibilisation                                  | 4        | 3     | 2      | 1           |
| e) Les réalisations liées à l'information                                       | 4        | 3     | 2      | 1           |
| f) Les réalisations liées au soutien aux intervenants (ex. : outils, formation) | 4        | 3     | 2      | 1           |
| g) Autres (précisez) :  | 4        | 3     | 2      | 1           |

## F. Représentativité

Cette section (questions 10 à 13) concerne la représentativité au sein du comité et a pour but d'établir le profil. Répondez aux affirmations selon le type de renseignement demandé.

10. L'organisation dont vous êtes le représentant est membre du comité depuis (précisez en mois ou en années) :

MOIS

ANNÉES

11. Je suis le représentant ou la représentante de mon organisation au sein du comité depuis (précisez en mois ou en années) :

Mois

ANNÉES

12. Le nombre de représentants de mon organisation au sein du comité depuis le début de notre participation est de :

13. Indiquez votre fonction au sein de votre organisation :

## Commentaires

Veillez utiliser l'espace ci-dessous pour faire part de vos commentaires concernant l'un ou l'autre des thèmes abordés dans ce questionnaire.

---

---

---

---

---

---

---

---

**MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS**

**DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE!**

### À NOTER :

- ✓ **Une entrevue de groupe avec tous les membres du comité aura lieu dans quelques semaines.** Cette étape sera l'occasion, pour chacun d'entre vous, de commenter les résultats de la présente enquête.
- ✓ **RETOUR DES QUESTIONNAIRES : au plus tard le 17 novembre 2005** en utilisant l'enveloppe-réponse affranchie ci-jointe.
- ✓ Pour toute information au sujet de la démarche d'évaluation, veuillez contacter Johanne Groulx au numéro de téléphone suivant : (450) 928-6777, poste 3004 ou à l'une des adresses ci-dessous :

Par la poste :                   ADRLSSSS Montérégie  
  Direction de santé publique  
  
  a/s Madame Johanne Groulx  
  
  Secteur Planification, évaluation, recherche  
  
  1255, rue Beauregard  
  
  Longueuil (Québec) J4K 2M3

Par courrier électronique :    [johanne.groulx@rrsss16.gouv.qc.ca](mailto:johanne.groulx@rrsss16.gouv.qc.ca)

F:\Gro-Joh\AînésAbusNégligence\Questionnaires et notes d'info\QuestComitéAbus.doc



Numéro du questionnaire :

\_\_\_\_\_

Évaluation des activités du  
*Comité contre les abus et la négligence*  
à l'endroit des aînés-es de  
*l'arrondissement du Vieux-Longueuil*

LA CAPACITÉ DES ORGANISATIONS SIGNATAIRES  
À APPLIQUER L'ENTENTE DE COLLABORATION ET  
D'INTERVENTION

Questionnaire  
aux responsables du suivi de l'entente

*Décembre 2005*

## A. Application de l'entente

Dans cette section (questions 1 à 4), nous abordons l'application de l'entente de collaboration et d'intervention au sein de votre organisation. Il y est question des aspects que vous avez appliqués ou mis en place depuis la signature, des appuis obtenus pour signer et appliquer l'entente ainsi que de votre degré de satisfaction concernant les aspects de l'entente.

1. Quels sont les aspects de l'entente que votre organisation applique ou a mis en place depuis la signature et ce, dans le respect de son mandat. (Pour chacun des aspects énumérés ci-dessous, encerclez le chiffre correspondant à votre réponse.)

|   | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| d) Le dépistage (si oui, précisez)  | 1   | 2   |
| <hr/> <hr/>   |     |     |
| e) La référence à des services d'aide appropriés aux aînés (si oui, précisez)   | 1   | 2   |
| <hr/> <hr/>   |     |     |
| f) L'information donnée aux aînés sur les organismes pouvant les aider (si oui, précisez)                                       | 1   | 2   |
| <hr/> <hr/>   |     |     |
| g) La <b>mise en place</b> de mécanismes de support et d'accompagnement aux aînés dans leurs démarches (si oui, précisez)       | 1   | 2   |
| <hr/> <hr/>   |     |     |
| h) La <b>consolidation</b> de mécanismes de support et d'accompagnement aux aînés dans leurs démarches (si oui, précisez)       | 1   | 2   |
| <hr/> <hr/>   |     |     |
| i) La participation à la promotion de la prévention en matière d'abus et de négligence à l'endroit des aînés (si oui, précisez) | 1   | 2   |
| <hr/> <hr/>   |     |     |
| g) La nomination d'une personne à contacter pour assurer le suivi de l'entente (si oui, précisez)                               | 1   | 2   |
| <hr/> <hr/>   |     |     |

2. Si votre organisation n'applique pas ou n'a pas mis en place **un ou plusieurs** aspects de l'entente depuis la signature, veuillez préciser pourquoi dans l'espace ci-dessous.

---



---



---



---

3. Pour appliquer le ou les aspects de l'entente que vous avez mentionné(s), votre organisation a-t-elle actuellement ou a-t-elle obtenu l'un ou l'autre des appuis suivants. (*Pour chacun des énoncés, encerclez le chiffre correspondant à votre réponse. Prenez note que «na» signifie non applicable.*)

|   | <i>OUI</i> | <i>NON</i> | <i>NA</i> |
|---|------------|------------|-----------|
| a) Notre organisation a l'appui / a obtenu l'appui du conseil d'administration                      | 1          | 2          | 3         |
| b) Notre organisation a l'appui / a obtenu l'appui du directeur / de la directrice                  | 1          | 2          | 3         |
| c) Notre organisation a l'appui / a obtenu l'appui du supérieur immédiat de la responsable du suivi | 1          | 2          | 3         |
| d) Notre organisation a l'appui / a obtenu l'appui du personnel                                     | 1          | 2          | 3         |

4. Globalement, quel est votre degré de satisfaction pour chacun des aspects de l'entente même si votre organisation ne les applique pas tous ou ne les a pas tous mis en place. (*Pour chacun des aspects mentionnés ci-dessous, encerclez le chiffre correspondant à votre réponse.*)

|  | <i>TRÈS SATISFAISANT</i> | <i>SATISFAISANT</i> | <i>INSATISFAISANT</i> | <i>TRÈS INSATISFAISANT</i> |
|--|--------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------------|
| a) Le dépistage  | 1                        | 2                   | 3                     | 4                          |
| b) La référence à des services d'aide appropriés aux aînés   | 1                        | 2                   | 3                     | 4                          |
| c) L'information donnée aux aînés sur les organismes pouvant les aider                                       | 1                        | 2                   | 3                     | 4                          |
| d) La mise en place de mécanismes de support et d'accompagnement aux aînés dans leurs démarches              | 1                        | 2                   | 3                     | 4                          |
| e) La consolidation de mécanismes de support et d'accompagnement aux aînés dans leurs démarches              | 1                        | 2                   | 3                     | 4                          |
| f) La participation à la promotion de la prévention en matière d'abus et de négligence à l'endroit des aînés | 1                        | 2                   | 3                     | 4                          |
| g) La nomination d'une personne à contacter pour assurer le suivi de l'entente                               | 1                        | 2                   | 3                     | 4                          |

## B. Responsable du suivi de l'entente

Cette section (questions 5 et 6) concerne le ou la responsable du suivi de l'entente au sein de votre organisation. Nous abordons le degré de satisfaction au sujet du rôle du responsable et la mobilité des responsables au sein de votre organisation.

5. En ce qui concerne le rôle de responsable du suivi de l'entente, quel est votre degré de satisfaction. (Pour chacune des dimensions énumérées ci-dessous, encerclez le chiffre correspondant à votre réponse.)

|  | TRÈS<br>SATISFAISANT | SATIS-<br>FAISANT | INSATIS-<br>FAISANT | TRÈS<br>INSATISFAISANT |
|--|----------------------|-------------------|---------------------|------------------------|
| a) Transmettre l'information au personnel                | 1                    | 2                 | 3                   | 4                      |
| b) S'assurer de l'application de l'entente               | 1                    | 2                 | 3                   | 4                      |
| c) Maintenir des liens de concertation (ex. : avec ACVL) | 1                    | 2                 | 3                   | 4                      |

6. Veuillez indiquer si le ou la responsable du suivi est la même personne, dans votre organisation, depuis l'application de l'entente. (Encerclez le chiffre correspondant à votre réponse.)

OUI 1

NON 2 → (si non, indiquez le nombre de personnes qui ont été responsables du suivi depuis la signature de l'entente :) \_\_\_\_\_

## C. Retombées

La question 7 traite des retombées de l'application de l'entente au sein de votre organisation (ex. : augmentation de la charge de travail ou des interventions auprès de personnes âgées victimes d'abus ou de négligence, modification de l'organisation de vos services).

7. Pour chacun des aspects de l'entente que votre organisation applique ou a mis en place, veuillez indiquer si vous avez constaté des retombées pour votre organisation. (Pour chacun des aspects, encerclez le chiffre correspondant à votre réponse. Prenez note que «na» signifie non applicable.)

|  | OUI | NON | NA |
|--|-----|-----|----|
| a) Le dépistage (si oui, précisez le type de retombée)   | 1   | 2   | 3  |
| _____  |     |     |    |
| b) La référence à des services d'aide appropriés aux aînés (si oui, précisez le type de retombée)                                      | 1   | 2   | 3  |
| _____  |     |     |    |
| c) L'information donnée aux aînés sur les organismes pouvant les aider (si oui, précisez le type de retombée)                          | 1   | 2   | 3  |
| _____  |     |     |    |
| d) La mise en place de mécanismes de support et d'accompagnement aux aînés dans leurs démarches (si oui, précisez le type de retombée) | 1   | 2   | 3  |

|   | OUI | NON | NA |
|---|-----|-----|----|
| e) La consolidation de mécanismes de support et d'accompagnement aux aînés dans leurs démarches (si oui, précisez le type de retombée)              | 1   | 2   | 3  |
| f) La participation à la promotion de la prévention en matière d'abus et de négligence à l'endroit des aînés (si oui, précisez le type de retombée) | 1   | 2   | 3  |
| g) La nomination d'une personne à contacter pour assurer le suivi de l'entente  | 1   | 2   | 3  |

## D. Les actions réalisées dans une situation d'abus ou de négligence

Cette section (questions 8 à 10) porte sur les actions réalisées par votre organisation dans une situation d'abus ou de négligence vécue par une ou plusieurs personnes âgées.

8. Depuis l'application de l'entente, votre organisation a-t-elle réalisé des actions auprès de personnes âgées victimes d'abus ou de négligence? (Encerclez le chiffre correspondant à votre réponse.)

OUI      1 → (veuillez poursuivre à la question 9)

NON      2 → (veuillez poursuivre à la question 11)

9. Parmi les actions suivantes, indiquez celle(s) que votre organisation a réalisée(s) auprès des personnes âgées victimes d'abus ou de négligence. (Pour chacune des actions énumérées ci-dessous, encerclez le chiffre correspondant à votre réponse.)

|   | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| a) Information donnée   | 1   | 2   |
| b) Référence à des ressources d'aide  | 1   | 2   |
| c) Écoute   | 1   | 2   |
| d) Soutien moral  | 1   | 2   |
| e) Évaluation des besoins   | 1   | 2   |
| f) Suivi psychosocial   | 1   | 2   |
| j) Accompagnement (ex. : dans les démarches de la personne âgée à la cour, assistance technique pour remplir un formulaire, accompagnement à l'hôpital, etc.) | 1   | 2   |
| h) Autre (précisez) : _____   | 1   | 2   |

10. Jusqu'à quel point êtes-vous à l'aise, vous ou votre organisation, dans l'aide à apporter à une personne âgée victime d'abus ou de négligence? (Encerlez le chiffre correspondant à votre réponse. Prenez note que «na» signifie non applicable.)

- Tout à fait à l'aise            1
- Assez à l'aise                2
- Peu à l'aise                 3
- Pas du tout à l'aise        4
- Na                              5

## E. Besoins, attentes, facteurs de succès et obstacles

Les questions 11 à 14 concernent les besoins de votre organisation pour appliquer l'entente ainsi que les facteurs de succès et les obstacles que vous associez à l'application de l'entente. Nous abordons aussi vos attentes, de façon générale, quant à la continuité de l'application de l'entente.

11. Pour appliquer l'entente dans votre organisation, avez-vous, actuellement, des **besoins spécifiques**? (Encerlez le chiffre correspondant à votre réponse.)

OUI            1 → (Si oui, veuillez indiquer le type de besoin)

.....  
.....  
.....

NON            2

NE SAIT PAS 3

12. Selon vous, quels sont les **facteurs de succès** que vous associez à l'application de l'entente dans votre organisation?

.....  
.....

13. Selon vous, quels sont les **obstacles** que vous associez à l'application de l'entente dans votre organisation?

.....  
.....

14. En tant qu'organisation signataire, quelles sont vos **attentes** quant à la continuité de l'application de l'entente au sein de votre organisation ou en tant que moyen de concertation?

.....  
.....  
.....

**Commentaires :** VEUILLEZ UTILISER L'ESPACE CI-DESSOUS POUR EXPRIMER VOS COMMENTAIRES CONCERNANT L'UN OU L'AUTRE DES THÈMES ABORDÉS DANS CE QUESTIONNAIRE.

---

---

---

---

---

---

**MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS  
DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE!**

**À NOTER :**

3 **RETOUR DES QUESTIONNAIRES :** au plus tard le 13 décembre 2005 en utilisant l'enveloppe-réponse affranchie ci-jointe.

4 Pour toute information au sujet de l'évaluation, veuillez contacter Johanne Groulx au numéro de téléphone suivant : (450) 928-6777, poste 3004 ou à l'une des adresses suivantes :

Par la poste : ADRLSSSS Montérégie  
Direction de santé publique  
a/s Madame Johanne Groulx  
Secteur Planification, évaluation, recherche  
1255, rue Beauregard  
Longueuil (Québec) J4K 2M3

Par courrier électronique :  
[johanne.groulx@rrsss16.gouv.qc.ca](mailto:johanne.groulx@rrsss16.gouv.qc.ca)

QuestRespSuiviEntenteCollaboration.doc



Numéro du questionnaire :

Évaluation des activités du  
*Comité contre les abus et la négligence*  
à l'endroit des aînés(es) de  
l'arrondissement du Vieux-Longueuil

*Les activités de soutien  
visant les intervenants(es) et les bénévoles*

Questionnaire aux participants  
aux formations et à la supervision clinique

*Février 2006*

## INTRODUCTION

Depuis 2001, deux des objectifs du plan d'action du Comité contre les abus et la négligence à l'endroit des aînés de l'arrondissement du Vieux-Longueuil sont axés sur le soutien à apporter aux intervenants, professionnels et bénévoles oeuvrant auprès des personnes âgées et ceux du programme de soutien à domicile en CLSC.

Concrètement, le comité a organisé des sessions de formation (niveaux 1 et 2) ainsi que des sessions de supervision clinique pour les intervenants(es) en CLSC.

Le présent questionnaire vise à connaître votre appréciation au sujet des activités de soutien réalisées par le comité ainsi que vos besoins sur ce plan. **Soyez assurés que toutes vos réponses seront traitées confidentiellement.** Seule l'évaluatrice aura accès à vos réponses.



La section qui suit s'adresse uniquement aux personnes ayant assisté aux sessions de formation données par la formatrice Joane Turgeon en 2002, 2003, 2004 et 2005. Ces formations portaient sur la violence, l'abus et la négligence à l'endroit des aînés. **☛ Si vous n'avez pas assisté à une ou plusieurs sessions de formation, veuillez passer à la question 3.**

## LA FORMATION

Les questions 1 et 2 concernent votre satisfaction relativement aux sessions de formation données depuis 2002, sessions auxquelles vous avez participé, ainsi que vos besoins sur ce plan.

1. POUR CHACUN DES ASPECTS SUIVANTS CONCERNANT LA RÉALISATION DES SESSIONS DE FORMATION DEPUIS 2002, VEUILLEZ INDIQUER VOTRE DEGRÉ DE SATISFACTION. (ENCERCLEZ UNE RÉPONSE POUR CHACUN DES ASPECTS.)

|   | Très satisfaisant | Satisfaisant | Insatisfaisant | Très insatisfaisant |
|---|-------------------|--------------|----------------|---------------------|
| a) La durée d'une session (ex. : une journée)                                 | 1                 | 2            | 3              | 4                   |
| b) Le déroulement d'une session (ex. : animation, exposé théorique, échanges) | 1                 | 2            | 3              | 4                   |
| c) Le nombre de participants  | 1                 | 2            | 3              | 4                   |
| d) Le nombre ou la fréquence des sessions                                     | 1                 | 2            | 3              | 4                   |

La prochaine question porte sur l'identification de vos besoins en matière de formation en lien avec votre travail ou vos actions auprès des personnes âgées.

2. Veuillez indiquer si les dimensions suivantes représentent un besoin de formation en lien avec votre travail ou vos actions auprès des personnes âgées. (Encercler une seule réponse pour chacun des items.)

|  | BEAUCOUP | ASSEZ | PEU | PAS DU<br>TOUT |
|--|----------|-------|-----|----------------|
| a) Un besoin relié à l'amélioration des connaissances sur les abus et la négligence  | 1        | 2     | 3   | 4              |
| b) Un besoin relié à l'intervention de crise   | 1        | 2     | 3   | 4              |
| c) Un besoin relié à l'intervention de groupe  | 1        | 2     | 3   | 4              |
| d) Un besoin relié à l'entraide par les pairs  | 1        | 2     | 3   | 4              |
| e) Un besoin relié aux enjeux éthiques (ex. : le respect de la personne et de ses choix versus le besoin de la protéger) des actions réalisées auprès des personnes âgées victimes d'abus ou de négligence | 1        | 2     | 3   | 4              |
| f) Autre (précisez) : _____  | 1        | 2     | 3   | 4              |

La prochaine section vise uniquement les intervenants(es) en CLSC (programme soutien à domicile) qui ont assisté à une ou plusieurs sessions de supervision clinique données depuis 2002; ces sessions ont pris la forme de rencontres de trois heures. **☛ Si vous n'êtes pas un(e) intervenant(e) en CLSC (programme soutien à domicile) ayant assisté à une ou plusieurs sessions de supervision clinique, veuillez passer à la question 5.**

### LA SUPERVISION CLINIQUE

Les questions 3 et 4 concernent votre satisfaction au sujet de la supervision clinique ainsi que vos besoins sur ce plan.

3. Pour chacun des aspects concernant la réalisation des sessions de supervision clinique depuis 2002, veuillez indiquer votre degré de satisfaction. (Encercler une réponse pour chacun des aspects.)

|  | Très satisfaisant | Satisfaisant | Insatisfaisant | Très insatisfaisant |
|--|-------------------|--------------|----------------|---------------------|
| a) La durée d'une session (ex. : demi-journée)   | 1                 | 2            | 3              | 4                   |
| b) Le déroulement d'une session (ex. : animation, exposé théorique, discussion de cas) | 1                 | 2            | 3              | 4                   |
| c) Le nombre de participants   | 1                 | 2            | 3              | 4                   |
| d) Le nombre ou la fréquence des sessions  | 1                 | 2            | 3              | 4                   |

4. NOUS VOUS INVITONS À FORMULER, DANS L'ESPACE CI-DESSOUS, TOUT BESOIN EN MATIÈRE DE SUPERVISION CLINIQUE.

---



---



---



---



---

### **L'INFORMATION DIFFUSÉE**

Dans cette partie (questions 5 à 7), nous abordons l'information diffusée dans le cadre des activités de soutien. Il s'agit d'outils d'information ou d'intervention ainsi que les connaissances transmises pendant les sessions de formation ou de supervision clinique. Nous désirons connaître votre satisfaction au sujet de l'information diffusée et l'utilisation que vous faites de cette information.

5. Selon vous, les outils suivants et les connaissances transmises sur l'aide à apporter à des personnes âgées victimes d'abus ou de négligence, vous apparaissent-ils satisfaisants? (Encerlez une réponse pour chacun des items. Prenez note que «na» signifie non applicable.)

|  | TRÈS SATIS-<br>FAISANT | SATIS-<br>FAISANT | INSATIS-<br>FAISANT | TRÈS<br>INSATIS-<br>FAISANT | NA |
|--|------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------|----|
| a) L'aide-mémoire sur le dépistage de l'abus et de la négligence chez les personnes âgées  | 1                      | 2                 | 3                   | 4                           | 5  |
| b) Le Répertoire des ressources en matière d'abus et de négligence   | 1                      | 2                 | 3                   | 4                           | 5  |
| c) Le dépliant <i>Échec aux abus et à la négligence faits aux personnes âgées. Comment les reconnaître et quoi faire?</i>  | 1                      | 2                 | 3                   | 4                           | 5  |
| d) La série d'articles intitulés <i>Journal intime de William</i>  | 1                      | 2                 | 3                   | 4                           | 5  |
| e) Les informations générales transmises au sujet des problématiques   | 1                      | 2                 | 3                   | 4                           | 5  |
| f) Les informations générales transmises au sujet des actions possibles (ex. : aide, soutien, intervention) auprès de personnes âgées victimes d'abus ou de négligence | 1                      | 2                 | 3                   | 4                           | 5  |

*La prochaine question porte sur l'utilisation que vous faites de l'information diffusée.*

6. VEUILLEZ INDIQUER DANS QUELLE MESURE VOUS AVEZ EU RECOURS, JUSQU'À MAINTENANT, À L'INFORMATION DIFFUSÉE? (ENCERCLEZ UNE SEULE RÉPONSE POUR CHACUN DES ITEMS. PRENEZ NOTE QUE «NA» SIGNIFIE NON APPLICABLE.)

|  | RÉGULIÈRE-<br>MENT | OCCASION-<br>NELLEMENT | RARE-<br>MENT | na |
|--|--------------------|------------------------|---------------|----|
| a) L'aide-mémoire sur le dépistage de l'abus et de la négligence chez les personnes âgées  | 1                  | 2                      | 3             | 4  |
| b) Le Répertoire des ressources en matière d'abus et de négligence   | 1                  | 2                      | 3             | 4  |
| c) Le dépliant <i>Échec aux abus et à la négligence faits aux personnes âgées. Comment les reconnaître et quoi faire?</i>  | 1                  | 2                      | 3             | 4  |
| d) La série d'articles intitulés <i>Journal intime de William</i>  | 1                  | 2                      | 3             | 4  |
| e) Les informations générales transmises au sujet des problématiques   | 1                  | 2                      | 3             | 4  |
| f) Les informations générales transmises au sujet des actions possibles (ex. : aide, soutien, intervention) auprès de personnes âgées victimes d'abus ou de négligence | 1                  | 2                      | 3             | 4  |

*La question qui suit traite de vos besoins d'information pour soutenir vos actions et vos interventions.*

7. Veuillez indiquer dans quelle mesure les dimensions suivantes représentent un besoin en lien avec votre travail ou vos actions auprès des personnes âgées. (Encerclez une seule réponse pour chacun des items. Prenez note que «na» signifie non applicable.)

|   | BEAUCOUP | ASSEZ | PEU | PAS DU TOUT | na |
|---|----------|-------|-----|-------------|----|
| a) Un besoin de connaissances sur l'exploitation financière   | 1        | 2     | 3   | 4           | 5  |
| b) Un besoin de connaissances sur la négligence   | 1        | 2     | 3   | 4           | 5  |
| c) Un besoin de connaissances sur les aspects juridiques  | 1        | 2     | 3   | 4           | 5  |
| d) Un besoin de connaissances sur les abus (ex. : abus physique, verbal, etc.)                          | 1        | 2     | 3   | 4           | 5  |
| e) Un besoin d'information sur les actions à faire auprès des personnes âgées dépistées, selon mon rôle | 1        | 2     | 3   | 4           | 5  |
| f) Autres (précisez) : _____  | 1        | 2     | 3   | 4           | 5  |

## **Commentaires**

*Veillez utiliser l'espace ci-dessous pour nous faire part de vos commentaires relativement à l'un ou l'autre des thèmes abordés dans ce questionnaire.*

---

---

---

---

---

---

---

---

**MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS**

**DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE!**

**VOTRE PARTICIPATION**

**À CETTE ÉTUDE EST TRÈS APPRÉCIÉE!**

✓ **RETOUR DES QUESTIONNAIRES : au plus tard le 20 mars 2006** en utilisant l'enveloppe-réponse affranchie ci-jointe.

✓ Pour toute information au sujet de la démarche d'évaluation, veuillez contacter Johanne Groulx au numéro de téléphone suivant : (450) 928-6777, poste 3004 ou à l'une des adresses ci-dessous :

Par la poste :           ASSS de la Montérégie  
                                  Direction de santé publique  
                                  a/s Madame Johanne Groulx  
                                  Secteur Planification, évaluation, recherche  
                                  1255, rue Beauregard  
                                  Longueuil (Québec) J4K 2M3

Par courrier électronique :   [johanne.groulx@rrsss16.gouv.qc.ca](mailto:johanne.groulx@rrsss16.gouv.qc.ca)



**Annexe 4**

**Canevas d’entrevue**



Évaluation des activités du *Comité contre les abus et la négligence*  
à l'endroit des aîné-es de l'arrondissement du Vieux-Longueuil

**Guide d'entrevue (le comité)**

**DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE**

(rappel au sujet des aspects suivants : durée; entrevue semi-structurée, enregistrée et transcrite; confidentialité des propos et des informations nominatives mentionnées pendant l'entrevue)

**RAPPEL AU SUJET DES QUESTIONS ET DES OBJECTIFS D'ÉVALUATION**

- Connaître le degré de réalisation des activités du plan d'action;
- Connaître la satisfaction au sujet du fonctionnement du comité ainsi que les modifications souhaitées;
- Connaître les conditions d'application de l'entente de collaboration dans les organisations signataires et les besoins des organisations pour appliquer l'entente;
- Déterminer si les activités de soutien répondent aux besoins des intervenants et des bénévoles.

**OBJECTIFS DE L'ENTREVUE**

- Discuter des résultats des enquêtes sur l'expérience du comité et sur l'applicabilité de l'entente de collaboration et d'intervention dans les organisations signataires;
- Amorcer la réflexion concernant les modifications ou les améliorations souhaitées au sujet des enquêtes réalisées jusqu'à maintenant.

**1. En prenant connaissance des résultats obtenus aux enquêtes, quelles sont (ou ont été) vos réactions en ce qui a trait aux différents aspects abordés? Par exemple, les résultats vous apparaissent-ils réalistes, cohérents? Comment expliquez-vous tel ou tel résultat?**

**1 L'expérience du comité**

- L'appréciation concernant les objectifs du plan d'action 2001-2006;
- L'appréciation concernant les réalisations rattachées à l'information, à la sensibilisation, au soutien à l'intervention;
- La concertation (ex. : vision du comité, relations, implication, etc.) au sein du comité ainsi que votre participation et votre contribution personnelle (ex. : affinité, engagement, confiance);
- Le fonctionnement du comité, les atouts et les inconvénients associés;
- Les changements souhaités (ex. : but, objectifs, fonctionnement, réalisations, etc.).

**B- L'APPLICATION DE L'ENTENTE DE COLLABORATION ET D'INTERVENTION**

- Les aspects de l'entente appliqués ou mis en place dans le respect des mandats des organisations;
- L'appui obtenu pour appliquer l'entente dans une organisation;
- La satisfaction concernant les différents aspects de l'entente et le rôle du ou de la responsable du suivi de l'entente;
- Les retombées de l'application de l'entente, les actions réalisées par les organisations signataires auprès de personnes âgées victimes d'abus ou de négligence;
- Les attentes et les besoins pour appliquer l'entente et poursuivre son application;
- Les facteurs de succès / les obstacles associés à l'application de l'entente.

**2. En prenant connaissance de tous les résultats, le comité est-il en mesure d'identifier de quelle façon il peut poursuivre son orientation? Par exemple, quels seraient vos besoins pour la concertation, pour le fonctionnement, etc.? Pouvez-vous identifier les changements ou les améliorations à apporter; les aspects à consolider, à développer, etc.?**

## **ÉVALUATION DES ACTIVITÉS DU COMITÉ CONTRE LES ABUS ET LA NÉGLIGENCE À L'ENDROIT DES AÎNÉ(E)S DE L'ARRONDISSEMENT DU VIEUX-LONGUEUIL**

---

### *Guide d'entrevue (l'équipe locale d'intervention)*

#### **Déroulement de l'entrevue:**

(Rappel au sujet des aspects suivants : durée, entrevue semi-structurée, enregistrée et transcrite; confidentialité des propos et des informations nominatives mentionnées pendant l'entrevue)

#### **Rappel sur les questions d'évaluation et l'objectif rattachés au soutien à l'intervention :**

- a) Les questions d'évaluation :

Dans quelle mesure les activités de soutien du comité répondent-elles aux besoins des intervenants et des bénévoles;

Quels sont les besoins des intervenants et bénévoles au regard de la prévention et de l'intervention?

- b) L'objectif : déterminer si les activités de soutien du comité répondent aux besoins des intervenants et des bénévoles (ex. : satisfaction, besoins)

#### **Objectif de l'entrevue**

##### ***1.1.1 Approfondir le thème du soutien à l'intervention, en particulier le rôle et le fonctionnement de l'équipe locale d'intervention***

#### **1. Thèmes de l'entrevue**

- a) But de l'équipe locale d'intervention
- b) Supervision clinique reçue
- c) Soutien reçu du comité d'experts
- d) Soutien apporté à des professionnels du milieu (type, déroulement, satisfaction générale) intervenant auprès de personnes âgées victimes d'abus ou de négligence
- e) Besoins (ex. : connaissances spécifiques, supervision ou formation, comité experts, fonctionnement)
- f) Changements souhaités au sujet de l'équipe locale d'intervention

---

**ÉVALUATION DES ACTIVITÉS DU COMITÉ CONTRE LES ABUS ET LA NÉGLIGENCE  
À L’ENDROIT DES AÎNÉ(E)S DE L’ARRONDISSEMENT DU VIEUX-LONGUEUIL**

---

*Guide d’entrevue (les bénévoles ayant assisté à la formation)*

**Déroulement de l’entrevue:**

(Rappel au sujet des aspects suivants : durée, entrevue semi-structurée, enregistrée et transcrite; confidentialité des propos et des informations nominatives mentionnées pendant l’entrevue)

**Objectif d’évaluation rattaché au soutien à l’intervention, en particulier les activités de formation :**

Déterminer si les activités de soutien répondent aux besoins des bénévoles et des intervenants.

**Objectif de l’entrevue**

**1.1.2            *Approfondir le thème du soutien à l’intervention à la suite de la formation à laquelle vous avez assistée et par rapport aux outils et aux connaissances diffusés.***

---

**En examinant avec vous les thèmes traités dans le questionnaire d’évaluation (ex. : sessions de formation, information diffusée et besoins)... :**

1. Qu’est-ce qui explique votre satisfaction ou votre insatisfaction concernant la ou les sessions de formation à laquelle ou auxquelles vous avez assisté? Expliquez.
2. Expliquez pourquoi les besoins de formation mentionnés dans le questionnaire vous apparaissent importants pour votre travail auprès des personnes âgées (ex. : amélioration des connaissances, intervention de crise, intervention de groupe, etc.)?
3. Qu’est-ce qui explique votre satisfaction ou votre insatisfaction concernant l’information diffusée (outils et connaissances) par le comité ou dans les sessions de formation? Expliquez.
4. Expliquez pourquoi vous avez eu recours ou vous n’avez pas eu recours à l’information diffusée (outils et connaissances) par le comité ou dans les sessions de formation (ex. : aide-mémoire sur le dépistage, répertoire de ressources, dépliant *Échec aux abus et à la négligence faits aux personnes âgées*, etc.)?
5. Expliquez pourquoi les besoins en matière d’information (outils et connaissances) indiqués dans le questionnaire vous apparaissent importants (ex. : connaissances sur l’exploitation financière, la négligence, les aspects juridiques, etc.)?



## Annexe 5

### Plan d'action 2001-2006

#### ACTION CONCERTATION VIEILLISSEMENT LONGUEUIL (ACVL)

##### Comité contre l'abus et la violence faits aux aîné(e)s de Longueuil

##### (Arrondissement Vieux-Longueuil)

Créé à l'instigation de ACVL, le présent comité s'est réuni pour la première fois en août 1998. En avril 1999, un premier plan d'action était adopté par la Table de concertation (ACVL). Le plan d'action qui suit est une version révisée du plan 2001-2002 adopté en mai 2001 par les membres du Comité

#### Plan d'action

#### 2001-2006

##### Objectif général

##### Prévenir, dépister et contrer la violence à l'endroit des aîné-es dans tous les milieux de vie

*La violence sous toutes ses formes est une atteinte aux droits les plus fondamentaux de la personne (Clément et Ouellet, 1992). La formation continue et le soutien de tous les intervenant-es oeuvrant dans cette problématique extrêmement complexe sont des éléments essentiels pour prévenir la violence envers les aîné-es.*

##### Objectifs spécifiques

##### 1 – Augmenter les connaissances des intervenants-es en matière de violence et de négligence à l'endroit des aîné-es par de la formation

*Selon Santé Canada (2000), il est particulièrement crucial pour les professionnel-les de toutes les disciplines d'être en mesure de dépister les situations où les personnes âgées sont victimes de violence et de négligence. Le manque de connaissance et la difficulté à identifier clairement les situations où les aîné-es sont victimes de violence peut être lourd de conséquences, entre autres, parce que la violence met la santé et la vie des victimes en péril (Clément et Ouellet, 1992).*

##### Moyens

- Formation de bénévoles d'organismes communautaires sur la problématique, la détection et l'intervention en matière de violence envers les aîné-es
- Formation d'intervenant-es d'organismes communautaires sur la problématique, la détection et l'intervention en matière de violence envers les aîné-es
- Formation des auxiliaires familiales et sociales des CLSC sur la problématique, la détection et l'intervention en matière de violence envers les aîné-es
- Formation des intervenants-es, de différents titres d'emploi, travaillant en soutien à domicile dans les CLSC sur la problématique, la détection et l'intervention envers les aîné-es
- Formation et/ou information des responsables et employé-es des résidences privées pour personnes âgées sur la problématique, la détection et l'intervention en matière de violence les aîné-es
- Élaboration et diffusion d'un aide-mémoire à l'ensemble des intervenant-es afin de les aider à détecter des situations de violence envers les aîné-es

## **2 – Offrir du soutien clinique aux intervenant-es du soutien à domicile par des rencontres de supervision**

*La supervision clinique en matière de violence à l'endroit des aîné-es devrait permettre aux intervenant-es d'être plus à l'aise dans leurs interventions et de ventiler leurs émotions face à la difficile réalité des victimes. Le soutien moral apporté par la superviseure constitue un facteur déterminant du bien-être des intervenant-es (Kadushin, 1992). Elle devrait permettre aussi aux intervenant-es d'échanger dans un cadre accueillant et sécurisant avec les autres professionnelles.*

### **Moyens**

- Organisation de rencontres de supervision clinique

## **3- Accroître la sensibilisation du public à la violence et à la négligence à l'endroit des aîné-es**

### **A. Population en général**

*La violence et la négligence à l'endroit des aîné-es est un problème social important qui concerne toute la collectivité. Tous doivent pouvoir apporter du soutien aux victimes afin que celles-ci soient en mesure de demander de l'aide.*

### **Moyens**

- Diffusion, par un réseau d'endroits publics le plus vaste possible, d'un dépliant de sensibilisation à la problématique de la violence envers les aîné-es
- Parution de séries d'articles, dans l'hebdomadaire local, sur la problématique de la violence, les différents types d'abus et sur les ressources
- Invitation à la population à une pièce de théâtre traitant de la problématique de la violence envers les aîné-es

### **B. Aidants**

*La sensibilisation à la violence et à la négligence à l'endroit des aîné-es peut aider les aidant-es à faire face à des situations difficiles, à diminuer le niveau de stress, à faire appel à des ressources, etc.*

### **Moyens**

- Élaboration et diffusion d'une brochure de sensibilisation et d'information à l'intention des aidant-es sur la problématique de la violence envers les aîné-es

### **B. Aîné-es**

*La connaissance de la problématique et des ressources existantes permet aux victimes (ou victimes potentielles) d'augmenter leur pouvoir et ainsi de se protéger et de protéger leurs droits.*

### **Moyens**

- Tenue de la *Journée internationale des personnes âgées 2002* sur le thème de la problématique de la violence envers les aîné-es et présentation, à cette occasion, d'une pièce de théâtre.
- Conception et réalisation d'un projet de pièce de théâtre qui sera jouée par des élèves au secondaire d'un Collège privé devant différents groupes d'aîné-es

**Note :** Les moyens indiqués ci-haut ne sont pas exhaustifs et d'autres s'ajouteront au fur et à mesure de l'imagination des membres du Comité et des ressources disponibles.

## Annexe 6

### Aspects appliqués de l'entente de collaboration et d'intervention et degré de satisfaction

| ASPECTS DE L'ENTENTE  | PROPORTION D'ORGANISATIONS QUI APPLIQUENT (%) | DEGRÉS TRÈS SATISFAISANT ET SATISFAISANT (%) |
|---|---|--|
| 1. Favoriser le dépistage   | 54,5 (n=6/11)                                 | 88,9 (n=8/9)                                 |
| 2. Garantir la référence à des services d'aide appropriés aux aînés   | 81,8 (n=9/11)                                 | 100 (n=9/9)                                  |
| 3. S'assurer d'offrir aux aînés de l'information sur les organismes pouvant les aider                         | 81,8 (n=9/11)                                 | 90 (n=9/10)                                  |
| 4. Mettre en place ou consolider les mécanismes de support et d'accompagnement aux aînés dans leurs démarches | 54,5 (6/11)                                   | 55 (n=5/9)                                   |
| 5. Participer à la promotion de la prévention en matière d'abus et de violence envers les aînés               | 81,8 (9/11)                                   | 70 (n=7/10)                                  |
| 6. Nommer une personne à contacter pour assurer le suivi de cette entente                                     | 80 (8/10)                                     | 80 (n=8/10)                                  |