

L'abus et la négligence envers les  
personnes âgées vivant en milieu naturel :  
une recension d'écrits

Marcel Sergerie

Département de santé communautaire  
Centre hospitalier régional de Rimouski

Avril 1991

HV  
6626.3  
S474  
1991

INSPQ - Montréal



3 5567 00002 7117



Institut national de santé publique du Québec  
4835 avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tel.: (514) 597-0606

**L'abus et la négligence envers les  
personnes âgées vivant en milieu naturel :  
une recension d'écrits**

**Marcel Sergerie**

Département de santé communautaire  
Centre hospitalier régional de Rimouski

Avril 1991

## Avant-propos

Les organismes suivants ont participé au financement de cette recherche :

- la Fédération des Clubs de l'âge d'or de l'Est du Québec;
- la Fondation du Centre hospitalier régional de Rimouski;
- le Conseil régional de la santé et des services sociaux, région Bas-St-Laurent/Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine dans le cadre du programme de subvention pour projet d'intervention, d'analyses et de recherche en santé communautaire;
- le Département de santé communautaire de Rimouski.

---

**Table des matières**

Avant-propos .....	i
Table des matières.....	ii
Liste des tableaux .....	iii
Introduction.....	iv
1. Les personnes âgées : un état de la situation .....	4
1.1 À quel âge devient-on une personne âgée? .....	5
1.2 L'évolution démographique.....	5
1.3 L'état de santé.....	9
1.3.1 Santé physique.....	10
1.3.1.1 Indice de santé global.....	10
1.3.1.2 Problèmes de santé chroniques.....	11
1.3.1.3 Problèmes d'audition et de vision.....	13
1.3.2 Santé mentale.....	13
1.3.2.1 Niveau de bonheur.....	13
1.3.2.2 Niveau de stress.....	14
1.3.2.3 Détresse psychologique.....	15
1.3.3 État de santé perçu .....	16
1.3.4 Conséquences reliées à l'état de santé .....	17
1.3.4.1 Incapacité.....	17
1.3.4.2 Espérance de vie en bonne santé.....	18
2. Les concepts utilisés et les définitions proposées .....	20
2.1 L'abus et la négligence : une distinction à faire.....	21
2.2 L'abus et la négligence : la nature des comportements auxquels on se réfère .....	22
2.3 Les problèmes de définition... un sujet de discussion chez les chercheurs .....	24
3. Résultats des recherches sur la problématique de l'abus et de la négligence envers les personnes âgées .....	26
3.1 Lacunes méthodologiques rencontrées dans les recherches sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées.....	26
3.2 Les causes et les facteurs associés au problème d'abus et de négligence exercés à l'endroit des personnes âgées .....	27
3.2.1 Les explications qui font ressortir les attitudes négatives et .....	28
discriminatoires de la société envers les personnes âgées.....	28
3.2.2 Les explications qui mettent l'accent sur la dynamique familiale.....	28
3.2.2.1 La violence familiale.....	29

---

3.2.2.2 L'état de santé de la personne âgée .....	29
3.2.2.3 Le stress dans la famille.....	29
3.2.2.4 La nature des liens et des sentiments familiaux.....	29
3.2.2.5 Les problèmes comportementaux de la personne abusive.....	30
3.2.3 Les explications qui mettent en évidence les conditions sociales et environnementales .....	30
3.2.3.1 Les conditions de vie .....	30
3.2.3.2 Le manque de support et de ressources disponibles .....	30
3.3 Caractéristiques des personnes abusées.....	31
3.4 Caractéristiques des personnes abusives.....	31
3.5 Estimation des mauvais traitements dans la population de personnes âgées.....	31
4. Principaux résultats de l'enquête nationale sur les mauvais traitements des personnes âgées au Canada.....	35
4.1 L'abus matériel ou l'exploitation économique.....	37
4.2 L'agression verbale chronique .....	38
4.3 La violence physique.....	39
4.4 La négligence.....	40
4.5 En résumé .....	41
5. La prévention des abus et de la négligence chez les personnes âgées .....	42
5.1 Une politique à élaborer.....	42
5.2 Des voies d'intervention possibles .....	43
5.2.1 Une première initiative à envisager : l'information .....	45
5.3 Le problème de l'efficacité des mesures de prévention déjà en place.....	45
Conclusion.....	48
Références .....	54

---

---

**Liste des tableaux**

TABLEAU 1	Nombre et proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale, Québec, 1901-1986.....	6
TABLEAU 2	Population de 65 ans et plus, par groupe d'âge, Québec, 1901-1985 .....	6
TABLEAU 3	Population de 65 ans et plus, selon le sexe, Québec, 1901-1985 .....	7
TABLEAU 4	Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Québec, 1930-1932 à 1984 .....	8
TABLEAU 5	Proportion que représente la population âgée dans la population totale au Québec, au Canada, aux États-Unis et dans quelques pays européens, 1981.....	9
TABLEAU 6	Indice de santé globale, selon le groupe d'âge, Québec, 1987.....	11
TABLEAU 7	Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques, selon l'âge et le sexe, Québec, 1987.....	12
TABLEAU 8	Niveau de bonheur, selon l'âge, Québec, 1987.....	14
TABLEAU 9	Niveau de stress de la population âgée de 65 ans et plus, selon l'âge et le sexe, Québec, 1987.....	14
TABLEAU 10	Indice de détresse psychologique, selon l'âge et le sexe, Québec, 1987.....	15
TABLEAU 11	État de santé perçu, selon l'âge, population âgée de 65 ans et plus, Québec, 1987.....	17
TABLEAU 12	Taux de survie, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1987 .....	18
TABLEAU 13	Espérance de vie en bonne santé et autres composantes, Québec, 1987.....	19

## Introduction

L'objet de cette recherche est de présenter à partir d'une revue de littérature les principaux éléments de la problématique entourant l'abus et la négligence envers les personnes âgées. L'objectif sous-tendant cette recherche est de quatre ordres, soit : d'avoir une meilleure connaissance de ce phénomène social, d'identifier les personnes à risque, de souligner les principaux résultats de recherche et de proposer des voies d'intervention possibles dans le domaine de la prévention. Notons, qu'aux fins de cette recherche, la population cible retenue est celle des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en milieu naturel. Donc, la problématique entourant les mauvais traitements chez les personnes âgées vivant dans les établissements tant privés que publics est exclus de cette recherche.

La reconnaissance par la société des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées est relativement récente. En fait, cette reconnaissance découle d'un cheminement qui a débuté dans les années soixante avec les recherches sur les enfants maltraités qui ont eu entre autres pour résultat de mettre à jour le problème de la violence à l'endroit des femmes. Dans les années soixante-dix, les recherches entreprises sur les femmes battues ont révélé que les femmes âgées étaient maltraitées par leurs enfants. Enfin, les années quatre-vingt et le début des années quatre-vingt-dix sont marquées par un intérêt vis-à-vis de toutes les formes de mauvais traitements dont sont victimes les personnes âgées, soit : les mauvais traitements physiques et psychologiques, l'exploitation financière et la négligence.

Plus particulièrement au Québec, on dénote depuis la fin des années quatre-vingt un intérêt public à l'égard des mauvais traitements chez les personnes âgées. À cet effet, le gouvernement du Québec confiait, en mai 1987, à un comité le mandat «de faire le point sur la situation des abus exercés à l'endroit des personnes âgées». Après plus de 24 mois de travaux, le Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées déposait son rapport Vieillir ... en toute liberté. Notons que le dépôt de ce rapport n'a pas été suivi d'une politique gouvernementale spécifique pour contrer la violence envers les personnes âgées.

Cette recherche portant sur une recension d'écrits sur l'abus et la négligence envers les personnes âgées vivant en milieu naturel comporte cinq sections.

La première section de cette recherche présente un bref état de la situation des personnes âgées au Québec. Outre le fait de répondre à la question «à quel âge devient-on pour la société une personne âgée», on retrouve dans cette section un aperçu de l'évolution démographique de cette population. De plus, à partir des données de l'enquête Santé Québec 1987, on y trace un bref portrait de l'état de santé de la population âgée de 65 ans et plus.

La deuxième section a pour objectif de préciser les concepts utilisés et les définitions proposées en regard de l'abus et de la négligence. De plus, on y aborde les problèmes de définition. C'est un sujet où l'unanimité n'est pas la règle, ce qui amène entre autres des difficultés lorsque vient le temps de comparer les résultats des recherches.

La troisième section se rapporte aux résultats de recherches sur la problématique de l'abus et de la négligence envers les personnes âgées. Cinq thèmes y sont traités, soit : les lacunes méthodologiques rencontrées dans les recherches sur les mauvais traitements, les causes et les facteurs associés au problème d'abus et de négligence, les caractéristiques des personnes abusées et abusives et, enfin, l'estimation des mauvais traitements dans la population des personnes âgées. Notons qu'en regard des causes et des facteurs associés au problème d'abus et de négligence, trois types d'explication sont avancés. Dans un premier temps, nous avons les explications qui font ressortir les attitudes négatives et discriminatoires de la société envers les personnes âgées. Dans un deuxième temps, nous traitons des explications qui mettent l'accent sur la dynamique familiale. Et enfin, dans un troisième temps, nous abordons les explications qui mettent en évidence les conditions sociales et environnementales.

La quatrième section fait place à la présentation des principaux résultats de l'enquête nationale sur les mauvais traitements des personnes âgées au Canada. Réalisée en 1989, cette enquête auprès des personnes âgées a la particularité d'avoir été la première recherche d'envergure nationale sur le phénomène des mauvais traitements.

Enfin, une cinquième et dernière section se rapporte à la prévention, sujet d'un grand intérêt mais qui, malheureusement, en est à ses premiers pas en termes de recherches. En fait, la littérature est discrète sur le sujet. On avance bien quelques initiatives et suggestions mais

cela demeure très général. De plus, peu d'initiatives ont fait l'objet d'une évaluation sérieuse. Dans ce domaine, c'est plutôt l'exception qui domine. À vrai dire, nous sommes encore au stade de l'essai—expérimentation. D'une façon plus particulière, on traitera dans cette section d'une politique spécifique à élaborer, des voies d'intervention possibles et, finalement, du problème de l'efficacité des mesures de prévention déjà en place.

## 1. Les personnes âgées : un état de la situation

Dans le cadre de cette recherche sur la synthèse des principaux écrits traitant de la violence envers les personnes âgées, cette première section présente un bref état de la situation des personnes âgées au Québec. Elle ne cherche pas à offrir une description détaillée de cette population, mais plutôt d'en donner un aperçu sur certains points particuliers.

Outre la question de savoir à quel âge devient-on pour la société une personne âgée et l'intérêt à porter sur l'évolution démographique de la population du troisième et quatrième âge, cette section contient aussi des éléments d'information sur l'état de santé de la population à l'étude.

Enfin, connaître l'état de la situation des personnes âgées, c'est aussi savoir que :

- 50 % des personnes seules de 65 ans et plus avaient un revenu inférieur à 10 000 \$ en 1986 (Gouvernement du Canada, 1990);
- 45 % des familles dont le chef avait 65 ans et plus avaient un revenu de moins de 20 000 \$ en 1986, comparativement à 18 % des familles dont le chef avait moins de 65 ans (Gouvernement du Canada, 1990);
- la pension de retraite et le supplément de revenu garanti sont en 1986 les deux seules importantes sources de revenu pour les personnes de 65 ans et plus, assurant 40 % du revenu des ménages âgés et 58 % du revenu des personnes seules de 65 ans et plus (Gouvernement du Canada, 1990);
- au Québec, le taux d'hébergement est de 2 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et de 14,4 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus (Gouvernement du Québec, 1990).

### 1.1 À quel âge devient-on une personne âgée?

Si l'âge de 65 ans a longtemps fait l'unanimité, c'est beaucoup moins vrai maintenant. À tous les jours, nous sommes en présence d'arguments qui tendent soit d'abaisser, de maintenir ou d'augmenter cet âge. Quoi qu'il en soit, il faut admettre que le choix d'un âge précis pour être considéré comme étant une «personne âgée» demeurera toujours arbitraire.

Au Québec, comme dans l'ensemble du Canada et aux États-Unis, la majorité des études et des recherches retiennent encore le seuil de 65 ans : cet âge marque le début ou la fin de certains programmes gouvernementaux et il correspond à la perception générale du début de la vieillesse (Bureau de la statistique du Québec, 1986).

Le «Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées» dans son rapport final a retenu pour des raisons d'ordre pratique le seuil de 65 ans (Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, 1989). Nous ferons de même. Ce seuil va être utilisé pour faciliter les comparaisons entre les personnes âgées et le reste de la population et en aucun moment il ne doit être perçu comme une norme absolue.

### 1.2 L'évolution démographique

Depuis le début du XXe siècle, la population de personnes âgées de 65 ans et plus n'a cessé de progresser. Au nombre de 78 419 en 1901, elles atteignent 650 670 en 1986 (tableau 1), pour un facteur multiplicateur de 8,1; pendant la même période, la population totale a été multipliée par 4. De plus, le poids relatif de la population de personnes âgées de 65 ans et plus dans l'ensemble de la population québécoise a plus que doublé depuis le début du XXe siècle. Ainsi, de 4,8 % en 1901, la population de personnes âgées de 65 ans et plus représente, en 1986, 9,9 % de la population totale.

**TABLEAU 1**

Nombre et proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale, Québec, 1901-1986

Année	65 ans et plus (n)	Pourcentage
1901	78 419	4,8
1911	91 920	4,6
1921	108 787	4,6
1931	138 243	4,8
1941	175 955	5,3
1951	232 097	5,7
1961	306 301	5,8
1971	413 015	6,9
1981	569 380	8,8
1986	650 670	9,9

Sources :— Bureau de la statistique du Québec. Les personnes âgées au Québec. Les Publications du Québec, 3e trimestre 1986, pp. 28, 36.  
— Statistique Canada, Recensement 1986.

Il y a eu aussi un certain vieillissement à l'intérieur du groupe des personnes âgées (Bureau de la statistique du Québec, 1986). La proportion de personnes âgées dans les groupes 65—69 et 70—74 ans diminue pendant que celle des groupes de 75 ans et plus augmente (tableau 2).

**TABLEAU 2**

Population de 65 ans et plus,  
par groupe d'âge, Québec, 1901-1985

Groupe d'âge	1901 (%)	1941 (%)	1961 (%)	1981 (%)	1985 <sup>e</sup> (%)
65-69	39,4	40,5	38,2	37,2	34,6
70-74	28,3	28,1	28,8	27,8	27,8
75-79	18,0	17,4	18,3	18,3	19,1
80-84	9,3	9,3	9,7	10,2	11,1
85-89	3,7	3,8	3,9	4,7	5,1
90 et plus	1,4	1,0	1,2	1,9	2,3

Source : Bureau de la statistique du Québec. Les personnes âgées au Québec. Les Publications du Québec, 3e trimestre 1986, p. 29.

NOTE : 1985<sup>e</sup> = estimation postcensitaire de la population.

Le changement le plus important dans la composition démographique des personnes âgées réside principalement dans la répartition selon le sexe (Bureau de la statistique du Québec, 1986). Au tableau 3, on peut constater qu'en 1901 il y avait le même nombre d'hommes et de femmes dans la population âgée. En 1941, l'écart est encore bien minime, soit 3 000 femmes au plus. Par contre en 1985, les femmes surpassent les hommes de presque 120 000. C'est à partir de 1951 que la féminisation du troisième âge prend de l'ampleur. C'est d'ailleurs à cette époque que le fossé commence à se creuser entre la mortalité féminine et la mortalité masculine. La comparaison de l'espérance de vie à 65 ans en fournit la preuve (tableau 4). En 1951, l'écart entre hommes et femmes est de 1,4 année; en 1984, l'écart s'établit à presque 5 années (14,3 années de vie moyenne pour les hommes après 65 ans par rapport à 19,0 pour les femmes).

**TABEAU 3**

Population de 65 ans et plus, selon le sexe, Québec, 1901-1985

Année	Hommes (n)	Femmes (n)	Total (n)
1901	39 693	39 356	78 419
1941	86 447	89 508	175 955
1951	113 467	118 630	232 097
1961	144 700	161 601	306 301
1971	180 560	232 465	413 015
1981	235 890	333 480	569 380
1985 <sup>e</sup>	258 000	376 700	634 800

Source : Bureau de la statistique du Québec. *Les personnes âgées au Québec*. Les Publications du Québec, 3e trimestre 1986, p. 30.

NOTE : 1985<sup>e</sup> = estimation postcensitaire de la population.

**TABLEAU 4**  
Espérance de vie à 65 ans,  
selon le sexe, Québec, 1930-1932 à 1984

Espérance de vie à 65 ans			
Période	Sexe masculin	Sexe féminin	Écart
1930-1932	12,60	13,15	0,55
1940-1942	12,44	13,41	0,97
1950-1952	12,81	14,17	1,36
1955-1957	12,88	14,73	1,85
1960-1962	13,16	15,27	2,11
1965-1967	13,28	15,79	2,55
1970-1972	13,08	16,62	3,54
1975-1977	13,22	17,10	3,88
1980-1982	13,97	18,56	4,59
1984	14,2	19,01	4,74

Source : Bureau de la statistique du Québec. *Les personnes âgées au Québec*. Les Publications du Québec, 3e trimestre 1986, p. 202.

Enfin, on ne peut pas traiter de démographie sans parler du vieillissement de la population québécoise. On parle de vieillissement d'une population lorsque le nombre de personnes âgées augmente plus rapidement que la population totale. La proportion de personnes âgées s'accroît alors et il y a vieillissement démographique (Bureau de la statistique du Québec, 1986).

De 1901 à 1961, la proportion de personnes âgées s'est accrue d'un point de pourcentage seulement, passant de 4,8 % à 5,8 % (tableau 1). Depuis, leur proportion est passée de 5,8 % à 8,8 % en 1981, et à 9,9 % en 1986, soit une hausse de plus de quatre points en 25 ans : l'accélération du vieillissement de la population québécoise est donc manifeste. Ce n'est pas tout. On prévoit que le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus augmentera de 40 % d'ici 10 ans. Dès 2001, elles formeront près de 14 % de la population (Gouvernement du Québec, 1990) et cette proportion pourrait atteindre 27 % en 2031 (Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, 1989).

Comme le souligne le Bureau de la statistique du Québec (1986), l'accentuation du vieillissement de la population québécoise, qui est prévue dans les prochaines décennies, et qui paraît inéluctable, n'est pas exceptionnelle. Le Québec participe à un mouvement qui frappe l'ensemble des pays industrialisés. Et fait surprenant si on en juge par ce qui nous

est rapporté par les diverses sources d'information dont nous disposons, la population québécoise est relativement jeune. En raison d'un historique démographique particulier (notamment une fécondité assez élevée jusqu'à une période récente), le vieillissement y est moins avancé que dans l'ensemble du Canada, des États-Unis ou encore à certains pays de l'Europe occidentale (Bureau de la statistique du Québec, 1986). Le tableau 5 appuie ce constat.

**TABLEAU 5**

Proportion que représente la population âgée dans la population totale au Québec, au Canada, aux États-Unis et dans quelques pays européens, 1981

Pays	65 ans et plus (%)	75 ans et plus (%)
Canada	9,7	3,6
<b>Québec</b>	<b>8,8</b>	<b>3,1</b>
États-Unis	11,3	4,4
Pays-Bas	11,5	4,5
Italie	13,5	4,9
France	13,9	5,9
Danemark	14,5	5,7
République fédérale d'Allemagne	15,6	5,7
Suède	16,4	6,5

Source : Bureau de la statistique du Québec. Les personnes âgées au Québec. Les Publications du Québec, 3e trimestre 1986, p. 49.

### 1.3 L'état de santé

L'état de santé est probablement l'élément majeur dont dépend la qualité de vie des individus, quel que soit leur âge. Un état de santé précaire est certes une source de vulnérabilité qui, dans bien des cas, a une incidence directe sur l'autonomie de la personne.

La connaissance de l'état de santé des personnes âgées permet de fournir des éléments explicatifs de leur vulnérabilité vis-à-vis entre autres de la violence dont elles peuvent être victimes. Pour évaluer le niveau de santé de la population âgée, nous utiliserons les données obtenues par l'enquête Santé Québec de 1987. Cette évaluation touchera à la fois

des éléments de la santé physique, de la santé mentale, de la perception de l'état de santé et des conséquences en regard des incapacités et de l'espérance de vie en bonne santé.

Dans le cadre de l'enquête Santé Québec (1987), certaines limites accompagnent l'analyse des données de l'état de santé des personnes âgées de 65 ans et plus. Une des limites concerne spécifiquement les personnes souffrant d'incapacité à long terme et ne vivant pas à domicile. L'exclusion des personnes vivant en institution pour soins prolongés a éloigné de l'échantillon 48 290 Québécois âgés de 65 ans et plus des 255 680 souffrant d'incapacité à long terme (Lapierre et Adams, 1989).

### **1.3.1 Santé physique**

#### **1.3.1.1 Indice de santé global**

L'indice de santé global est dérivé de plusieurs mesures et présente l'état de santé s'échelonnant entre un bon état de santé (sans problème de santé) et l'incapacité sévère où l'individu éprouve de la difficulté à fonctionner dans la vie quotidienne, comme par exemple manger, s'habiller ou encore sortir seul de la maison (Lapierre et Adams, 1989). Le résultat de cet indice varie entre 0 et 1; en raison du mode de calcul utilisé, la moyenne de l'ensemble des sujets se situe à 0,5. Si le score obtenu est inférieur à la moyenne, l'état de santé est considéré comme meilleur que celui de l'ensemble de la population tandis que pour un pointage supérieur à 0,5, l'état de santé est perçu comme moins bon (Émond et al., 1988a).

Les résultats de l'indice de santé globale compilés au tableau 6 pour les différents groupes d'âge composant la population québécoise nous permet de tirer la conclusion suivante : la détérioration de la santé est régulière entre les différents groupes d'âge, chaque groupe présentant un état de santé meilleur que ses aînés et moins bon que ses puînés (Émond et al., 1988a). Avec un indice de 0,698, les personnes âgées de 65 ans et plus présentent le moins bon état de santé parmi l'ensemble de la population québécoise.

TABLEAU 6

Indice de santé globale, selon le groupe d'âge, Québec, 1987

Groupe d'âge	Indice de santé global
0-14	0,402
15-24	0,450
25-44	0,504
45-64	0,584
65 ans et plus	0,698

Source : Emond, Aline et al. *Rapport de l'enquête Santé Québec 1987 : tome 1*. Les Publications du Québec, 4e trimestre 1988, p. 117.

### 1.3.1.2 Problèmes de santé chroniques

La population âgée de 65 ans et plus déclare plus de problèmes de santé que l'ensemble de la population et ce phénomène est encore plus prononcé lorsqu'il s'agit de maladies chroniques (Lapierre et Adams, 1989). Au tableau 7, on peut constater que près de quatre personnes sur dix (37,2 %) âgées de 65 ans et plus signalent un problème d'arthrite ou de rhumatisme, alors que cette proportion décroît à une sur dix (10,6 %) dans l'ensemble de la population. De même, plus d'une personne sur cinq (21,9 %) âgée de 65 ans et plus déclare souffrir de maladies du coeur, comparativement à moins d'une sur vingt (4,1 %) dans la population totale.

Dans l'ensemble de la population, la prévalence des problèmes de santé tend à croître avec l'âge et, en règle générale, les femmes déclarent plus de problèmes de santé que les hommes. Ces constatations sont aussi valides chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ainsi, les femmes du troisième âge déclarent presque 3 problèmes de santé par personne, comparativement à 2 problèmes chez les hommes.

Dans la population âgée, les problèmes les plus communs sont de nature chronique et sont souvent associés à une certaine restriction d'activité. Cette population souffre principalement d'arthrite ou de rhumatisme, d'hypertension artérielle, de troubles mentaux et de problèmes du système digestif (Lapierre et Adams, 1989). Les problèmes du système ostéo-articulaire, incluant l'arthrite et le rhumatisme, les maux de dos et les autres problèmes qui y sont reliés, touchent particulièrement les personnes âgées de 65 ans et plus : 49 % des personnes en sont atteintes.

**TABLEAU 7**  
Prévalence des principaux problèmes de  
santé chroniques, selon l'âge et le sexe, Québec, 1987

Groupe d'âge et problèmes	Total		SEXE			
			Hommes		Femmes	
	Population estimée	% <sup>(1)</sup>	Population estimée	% <sup>(1)</sup>	Population estimée	% <sup>(1)</sup>
Arthrite ou rhumatisme	681 23	10,6	238 543	7,5	442 688	13,5
Hypertension	405 995	6,3	—	4,7	—	7,9
Troubles mentaux	564 073	8,8	195 512	6,2	368 560	11,2
Maladies cardiaques	283 552	4,1	—	4,0	—	4,3
Troubles digestifs	257 775	4,0	—	2,8	—	5,2
<b>TOTAL 65 ANS ET PLUS</b>						
Arthrite ou rhumatisme	224 6283	7,2	73 337	29,0	151 291	43,1
Hypertension	167 741	27,7	48 301	19,1	119 440	34,0
Troubles mentaux	141 065	23,3	45 657	18,0	95 408	27,2
Maladies cardiaques	132 356	21,9	59 442	23,5	72 914	20,8
Troubles digestifs	69 443	11,5	21 886	8,6	47 577	13,5
<b>65-74 ANS</b>						
Arthrite ou rhumatisme	142 696	35,1	48 976	28,1	93 720	40,5
Hypertension	105 848	26,1	33 742	19,4	72 106	31,1
Troubles mentaux	86 167	21,2	31 724	18,2	54 443	23,5
Maladies cardiaques	81 746	20,1	39 433	22,6	42 313	18,3
Troubles digestifs	39 072	9,6	13 085	7,5	25 988	11,2
<b>75 ANS ET PLUS</b>						
Arthrite ou rhumatisme	81 932	41,3	24 361	30,8	57 571	48,2
Hypertension	61 893	31,2	14 559	18,4	47 334	39,6
Troubles mentaux	54 898	27,7	13 932	17,6	40 966	34,3
Maladies cardiaques	50 610	25,5	20 009	25,3	30 601	25,6
Troubles digestifs	30 371	15,3	8 781	11,1	21 590	18,1

Sources : — Lapierre, Louise, Adams, Owen B. *Les personnes âgées et la santé, ça va?* Les Publications du Québec, 2e trimestre 1989, p. 14.

— Émond, Aline. *Rapport de l'enquête Santé Québec, tome 2*. Les Publications du Québec, 4e trimestre 1988, pp. 60, 61, 63.

NOTE : (1) : Le total peut être supérieur à 100 % parce que les personnes peuvent avoir plus d'un problème de santé.

### 1.3.1.3 Problèmes d'audition et de vision

Les problèmes d'audition et de vision n'ont pas été déclarés fréquemment dans l'enquête Santé Québec (1987); seulement 22 % de la population âgée de 65 ans et plus a déclaré souffrir de problèmes d'audition et 25 % a signalé des problèmes de vision (Lapierre et Adams, 1989).

On constate une augmentation marquée des problèmes d'audition et de vision avec l'âge. Ainsi, 3 personnes sur 10 déclarent un problème visuel dans le groupe des individus âgés de 75 ans et plus, alors que cette proportion n'est que de 18 % dans le groupe des gens âgés de 65 à 74 ans.

Lapierre et Adams (1989) ont noté que la prévalence des problèmes auditifs et visuels varie selon le sexe; les hommes âgés de 65 à 74 ans sont plus nombreux que les femmes à déclarer des problèmes auditifs (18 % contre 12 %), alors que la proportion de femmes âgées de 75 ans et plus qui ont déclaré un problème visuel est plus grande que celle des hommes (36 % contre 26 %).

## 1.3.2 Santé mentale

### 1.3.2.1 Niveau de bonheur

La majorité des personnes âgées de 65 ans et plus se déclarent plutôt ou très heureuses (tableau 8). En fait, la proportion de personnes se disant pas très heureuses se limite à 8 % chez les 65—74 ans et à 11 % chez les 75 ans et plus.

Par rapport aux femmes, les hommes sont plus enclins à se déclarer très heureux. Toutefois, les proportions d'hommes et de femmes pas très heureux sont sensiblement les mêmes (Lapierre et Adams, 1989).

**TABLEAU 8**  
Niveau de bonheur, selon l'âge, Québec, 1987

Groupe d'âge	Niveau de bonheur		
	Très heureux (%)	Plutôt heureux (%)	Pas très heureux (%)
<b>65-74 ans</b>	<b>35,3</b>	<b>56,7</b>	<b>8,0</b>
H	37,7	54,8	7,5
F	33,5	58,1	8,4
<b>75 ans et plus</b>	<b>31,7</b>	<b>57,3</b>	<b>11,1</b>
H	33,9	54,1	12,0
F	30,2	59,5	10,4
<b>Tout âge</b>	<b>39,6</b>	<b>55,4</b>	<b>5,1</b>

Source : Lapierre, Louise, Adams, Owen B. *Les personnes âgées et la santé, ça va?* Les Publications du Québec, 2e trimestre 1989, pp. 66-68.

### 1.3.2.2 Niveau de stress

Le quart des personnes âgées de 65 ans et plus considèrent leur vie comme n'étant pas stressante, alors qu'environ 45 % la trouvent pas très stressante; près d'un autre quart l'estiment plutôt stressante et 5 % qualifient leur vie de très stressante.

Le niveau de stress est semblable pour chacun des groupes d'âge étudiés. Les différences selon le sexe sont également minces (tableau 9), à l'exception des femmes âgées de 65 à 74 ans qui estiment leur vie très ou plutôt stressante dans une proportion de 32 %, alors que ce taux n'est que de 27 % chez les hommes du même âge (Lapierre et Adams, 1989).

**TABLEAU 9**  
Niveau de stress de la population âgée de 65 ans et plus,  
selon l'âge et le sexe, Québec, 1987

Groupe d'âge	Niveau de stress			
	Très stressés (%)	Plutôt stressés (%)	Pas très stressés (%)	Pas stressés (%)
<b>65-74 ans</b>				
H	6,1	20,6	46,2	27,1
F	3,5	23,6	45,4	27,5
<b>75 ans et plus</b>				
H	4,7	27,7	44,0	23,6
F	7,0	21,9	47,6	23,5

Source : Lapierre, Louise, Adams, Owen B. *Les personnes âgées et la santé, ça va?* Les Publications du Québec, 2e trimestre 1989, p. 19.

1.3.2.3 Détresse psychologique

Dans Santé Québec (1987), la détresse psychologique a été estimée dans la population des 15 ans et plus à l'aide d'une échelle de santé mentale, le «Psychiatric Symptom Index» (PSI), constitué de 29 questions et contenu dans le questionnaire auto-administré. Cette échelle de détresse psychologique est associée aux états dépressifs, aux états anxieux et à certains symptômes d'agressivité et de troubles cognitifs (Émond et al., 1988a).

Les données de l'enquête révèlent que 60,3 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et 54,2 % des individus âgés de 75 ans et plus présentent un faible niveau de détresse psychologique (tableau 10). De leur côté, 18,1 % des gens dont l'âge varie entre 65 et 74 ans et 17,9 % de ceux âgés de 75 ans et plus se retrouvent au niveau modéré tandis que 21,6 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et 27,9 % des 75 ans et plus présentent un niveau élevé de détresse psychologique.

Ventilées selon le sexe, les données révèlent une différence importante : 26,9 % des femmes âgées de 65 à 74 ans contre 14,9 % des hommes du même âge et 33,5 % des femmes de 75 ans et plus contre 20,5 % de leurs vis-à-vis masculins se retrouvent dans la catégorie de niveau élevé de détresse psychologique. Pour tous les groupes d'âge, les différences persistent entre les hommes et les femmes. Enfin, on peut noter la proportion de personnes de 75 ans et plus ayant un niveau élevé de détresse psychologique (Lapierre et Adams, 1989).

**TABLEAU 10**  
Indice de détresse psychologique selon l'âge et le sexe, Québec, 1987

Groupe d'âge	Indice de détresse psychologique		
	Faible (%)	Modéré (%)	Élevé (%)
<b>65-74 ans</b>	<b>60,3</b>	<b>18,1</b>	<b>21,6</b>
H	66,0	19,1	14,9
F	55,8	17,4	26,9
<b>75 ans et plus</b>	<b>54,2</b>	<b>17,9</b>	<b>27,9</b>
H	61,1	18,4	20,5
F	49,1	17,4	33,5
<b>Tout âge</b>	<b>59,1</b>	<b>19,6</b>	<b>21,3</b>

Source : Lapierre, Louise, Adams, Owen B. Les personnes âgées et la santé, ça va? Les Publications du Québec, 2e trimestre 1989, pp. 72-74.

### 1.3.3 État de santé perçu

La perception qu'ont les individus de leur état de santé est une mesure subjective. Toutefois, certaines recherches démontrent une étroite corrélation entre cette mesure et la présence de problèmes de santé spécifiques (Lapierre et Adams, 1989).

Les résultats de l'enquête Santé Québec (1987) révèlent que plus on est jeune, plus on estime être en meilleure santé que les autres personnes de son âge; par contre, plus on est âgé, plus on juge son état de santé déficient comparativement à ses pairs (Émond et al., 1988a). Ainsi, les individus âgés de 15 à 24 ans se déclarent en excellente ou en très bonne santé dans une proportion de 70 %, alors que seulement 36 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont qualifié leur santé de la même façon.

Dans l'ensemble de la population des personnes âgées de 65 ans et plus, les hommes ont tendance à s'estimer en meilleure santé que les femmes : 40 % des hommes contre 33 % des femmes se déclarent en excellente ou en très bonne santé (tableau 11).

La proportion de femmes s'estimant en moyenne ou en mauvaise santé augmente avec l'âge : 25 % des femmes âgées de 65 à 74 ans et 33 % des 75 ans et plus se retrouvent dans cette catégorie. Toutefois, contrairement aux femmes, les hommes âgés de 65 ans à 74 ans sont plus nombreux à s'estimer en moyenne ou en mauvaise santé (28 %) que les hommes âgés de 75 ans et plus (26 %).

**TABLEAU 11**  
 État de santé perçue, selon l'âge,  
 population âgée de 65 ans et plus, Québec, 1987

Groupe d'âge	Perception de la santé				
	Excellente (%)	Très bonne (%)	Bonne (%)	Moyenne (%)	Mauvaise (%)
<b>65-74 ans</b>	<b>10,11</b>	<b>25,88</b>	<b>37,85</b>	<b>21,87</b>	<b>4,29</b>
H	8,84	30,51	32,88	23,05	4,72
F	11,04	22,51	41,46	21,01	3,98
<b>75 ans et plus</b>	<b>11,35</b>	<b>22,93</b>	<b>35,65</b>	<b>23,52</b>	<b>6,55</b>
H	13,50	26,80	33,80	18,70	7,20
F	9,84	20,20	36,96	26,91	6,09

Source : Lapierre, Louise, Adams, Owen B. *Les personnes âgées et la santé, ça va?* Les Publications du Québec, 2e trimestre 1989, pp. 48-50.

### 1.3.4 Conséquences reliées à l'état de santé

#### 1.3.4.1 Incapacité

Par rapport à l'ensemble de la population, les personnes âgées de 65 ans et plus connaissent de plus longues périodes d'incapacité de courte et de longue durée. Les femmes, particulièrement celles âgées de 75 ans et plus, constituent le groupe de population le plus touché par l'incapacité.

Lapierre et Adams (1989) notent que les données sur l'incapacité à court terme exprimées en journée d'alitement indiquent que pour les personnes âgées de 65 ans et plus cela représente un mois dans une année, comparativement à deux semaines pour l'ensemble de la population. Une différence appréciable existe entre les hommes et les femmes âgés de 75 ans et plus : les hommes comptent 23 journées d'incapacité tandis que les femmes en ont signalé 45 pour la même période.

Une personne sur cinq âgée de 65 ans et plus signale une incapacité à long terme. Si les femmes âgées de 65 à 74 ans déclarent une moindre limitation d'activité à long terme que les hommes du même âge, elles connaissent par contre plus d'incapacité qu'eux

lorsqu'elles atteignent l'âge de 75 ans. Le quart des femmes de cet âge connaissent une limitation d'activité de longue durée, comparativement à un cinquième chez les hommes (Lapierre et Adams, 1989).

Les données sur l'incapacité nous amènent à parler de l'espérance de vie en bonne santé, étant donné que celle-ci est évaluée à partir de la présence ou de l'absence d'incapacité.

#### 1.3.4.2 Espérance de vie en bonne santé

Les résultats de l'enquête Santé Québec (1987) montrent que 87,3 % des femmes peuvent s'attendre à vivre jusqu'à l'âge de la retraite (65 ans) contre 75,7 % des hommes. Toutefois, à 75 ans, le taux de survie n'est plus que de 71,6 % pour les femmes et de 50,0 % pour les hommes (tableau 12).

**TABLEAU 12**

Taux de survie, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1987

Âge	Taux de survie (%)		
	Total	Hommes	Femmes
65 ans	81,5	75,7	87,3
75 ans	60,8	50,0	71,6

Source : Émond, Aline et al. *Rapport de l'enquête Santé Québec 1987 : tome 2*, Les Publications du Québec, 4e trimestre 1988, p. 189.

À la naissance, les Québécoises ont une espérance de vie totale de 79,5 ans. Cependant, en moyenne, elles sont appelées à passer 1,8 an en institution, 7,2 ans avec une incapacité à long terme et 1,9 an avec une incapacité de court terme; ce qui leur laisse espérer 68,7 ans sans aucune forme de contrainte d'institutionnalisation ou de restriction d'activité (tableau 13). L'espérance de vie totale des hommes se limite à 72,1 ans. Cependant, contrairement aux femmes, les durées de vie avec contraintes sont moins importantes pour eux. Ils peuvent s'attendre à passer 0,9 an en institution, 6 ans avec une limitation à long terme et 1,3 an avec une incapacité de court terme; ce qui leur laisse une espérance de vie en bonne santé de 64 ans. La différence entre les deux sexes est donc de 7,4 ans de vie totale et de 4,7 ans de vie sans incapacité (Émond et al., 1988a).

**TABLEAU 13**  
Espérance de vie en bonne santé  
et autres composantes, Québec, 1987

<b>Espérance de vie</b>	<b>Hommes (années)</b>	<b>Femmes (années)</b>
En institution	0,9	1,8
Avec incapacité à long terme	6,0	7,2
Avec incapacité à court terme	1,3	1,9
En bonne santé	67,0	68,7
Tout âge	72,1	79,5

Source : Émond, Aline et al. Rapport de l'enquête Santé Québec 1987 : tome 2, Les Publications du Québec, 4e trimestre 1988, p. 191.

## 2. Les concepts utilisés et les définitions proposées

Les concepts utilisés pour rendre compte des mauvais traitements exercés à l'endroit des personnes âgées sont nombreux et leur définition varie d'un auteur à l'autre (Lévesque, 1987a). Ainsi, pour décrire une même réalité ou du moins pour se référer à une même problématique, on rencontre couramment dans la littérature les termes «personnes âgées abusées», «négligées», «maltraitées» ou «violentes».

Au Canada anglais et aux États-Unis, l'expression la plus couramment employée pour désigner les mauvais traitements exercés à l'endroit des personnes âgées est «Abuse of the Elderly» ou «Elder Abuse» (personne âgée abusée), mais on utilise aussi «Maltreatment of the Elderly» (personne âgée maltraitée).

À l'heure actuelle, dans la littérature scientifique, il n'y a pas de consensus sur une définition de mauvais traitements envers les personnes âgées (Phillips, 1983; Pillemer et Sutor, 1988). Toutefois, dans l'ensemble des recherches, il se dégage un consensus ou un quasi-consensus sur des aspects propres aux mauvais traitements (Podnieks, Pillemer et al., 1989, 1990).

Premièrement, quand on parle d'abus infligés aux personnes âgées, il est toujours question de **violence physique**. Il semble y avoir un consensus parmi les chercheurs pour dire que l'agression physique contre une personne âgée représente un comportement abusif.

Deuxièmement, la plupart des études font mention d'une catégorie qui inclut l'**abus psychologique, émotif ou mental**. La définition de ces termes est généralement très vague et le type de comportement agressif varie grandement d'une étude à l'autre (Johnson, 1986; Pillemer et Sutor, 1988). Cette catégorie d'abus a fait l'objet de nombreuses critiques. Certains auteurs ont affirmé qu'elle servait à rassembler tous les types de problèmes familiaux (Callahan, 1982; Pedrick-Cornell et Gelles, 1982).

Troisièmement, l'**abus matériel** est utilisé couramment et implique des situations dans lesquelles la propriété ou les ressources financières de la personne âgée en question sont volées ou font l'objet d'une mauvaise gestion. Ce type d'abus est aussi désigné par l'expression suivante : exploitation matérielle, économique ou financière.

Finalement, la **négligence** apparaît dans plusieurs études, malgré le fait qu'il n'existe aucun accord par rapport à une définition précise (Podnieks, Pillemer et al., 1989, 1990). On s'entend d'ordinaire sur le fait que si la personne responsable de prendre soin d'une personne âgée ne satisfait pas les besoins de celle-ci, il y a lieu de parler de négligence. Fulmer et Ashley (1986) soulignent les difficultés qui existent lorsque nous tentons de faire la distinction entre la présence et l'absence de ce genre de mauvais traitements.

Notons que le Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées (1989) a, après avoir examiné plusieurs définitions, adopté la définition de violence de Michot (1973) :

«une action directe ou indirecte destinée à porter atteinte à une personne ou à la détruire, soit dans son intégrité physique ou psychique, soit dans ses possessions, soit dans ses participations symboliques».

De plus, le Comité sur les abus a ajouté à cette définition la notion de négligence, «c'est-à-dire l'omission d'un acte essentiel au bien-être ou à la sécurité de la personne âgée».

## 2.1 L'abus et la négligence : une distinction à faire

Le type d'abus et de négligence à l'égard des personnes âgées varie selon les études et les discussions (Finkelhor et Pillemer, 1987; Hirst et Miller, 1986; Giordano et Giordano, 1984). Dans un document produit pour le compte du «Comité québécois sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées», Lévesque (1987a) présente dans sa revue de littérature les éléments d'information pertinents à l'abus et à la négligence.

La notion de négligence suppose l'omission d'un acte essentiel qui cause du tort ou du mal à la personne âgée. La négligence est généralement considérée comme un acte moins grave que l'abus (Lévesque, 1987a).

La notion d'abus renvoie quant à elle à la commission d'un acte qui affecte la personne âgée sur les mêmes plans que la négligence (Johnson et al., 1985). L'abus est un concept qui semble se rapporter à des actes plus sérieux, plus graves que la négligence, étant donné que l'abus suppose un acte délibéré ou prémédité. En d'autres termes, cela signifie que la

personne soignante a l'intention de causer volontairement du tort ou des dommages (Lévesque, 1987a).

Toutefois, certains chercheurs ont fait remarquer que la négligence peut, elle aussi, être délibérée et malicieuse. Douglass, Hickey et Noël (1980) ont proposé de faire une distinction entre la négligence active et la négligence passive. La négligence active suppose l'omission d'un acte en sachant que ce laisser-aller peut causer du tort à la personne âgée, alors que la négligence passive comporte l'omission d'un acte provoqué, par exemple, par ignorance ou incapacité. De plus, on parle de négligence active lorsque le défaut d'aider est intentionnel et, inversement, on parle de négligence passive lorsque le défaut d'aider est non intentionnel. Enfin, des chercheurs (Giordano et Giordano, 1984) incluent également une autre forme de négligence : l'auto-négligence. Cette dernière forme est loin de faire l'unanimité chez les chercheurs. En fait, peu de chercheurs font état de cette forme de négligence.

## 2.2 L'abus et la négligence : la nature des comportements auxquels on se réfère

Clarkson (1988) et Tremblay (1990) ont, dans des documents récents, précisé la nature des comportements auxquels on se réfère lorsqu'on parle de l'abus et de la négligence. L'abus peut prendre les formes suivantes :

**L'abus physique** : c'est l'infliction délibérée de douleurs physiques ou de blessures. Certains auteurs vont inclure sous ce terme l'abus sexuel, d'autres, dont Chen et al. (1983), font une catégorie à part; d'autres entrent dans cette catégorie la négligence active ou physique (Clarkson, 1988). L'abus physique comporte plusieurs délits dont (Block et Sinnott, 1979; Tremblay, 1990) :

- les agressions, les coups, les manipulations brusques qui entraînent des blessures corporelles;
- l'administration intentionnelle de drogue, de médication ou d'alcool de façon à occasionner des troubles, à rendre malade ou apathique;

- les conditions par lesquelles on met en position précaire la vie ou la santé d'une personne;
- les refus de répondre volontairement à des besoins fondamentaux;
- le non-respect de la médication et de la nutrition.

**L'abus psychologique ou émotif** : cette catégorie inclut l'assaut verbal, les menaces, l'infantilisation et l'humiliation, l'isolement et la privation de chaleur humaine et de relations sociales; certains auteurs (Sengstock et Barrett, 1986) vont également mettre dans cette catégorie la négligence passive (Clarkson, 1988). La violence psychologique ou verbale s'exprime aussi par des jugements négatifs. Elle mène à la peur et même à la terreur. C'est souvent la grande responsable du silence qui entoure la violence (Raab, 1986). Chez les personnes âgées, cela se manifeste aussi par l'utilisation de ces dernières. On leur retire à tort le droit de prendre leurs propres décisions (Tremblay, 1990).

**L'abus matériel ou financier** : cette forme d'abus est plus caractéristique de la violence faite aux personnes âgées. Elle se définit comme toute forme d'escroquerie à l'égard des personnes âgées visant à utiliser leur argent et leurs biens dans des buts autres que celui de leur bien-être. Il s'agit du vol d'argent ou de chèques, du fait de conserver de l'argent plutôt que de l'administrer pour répondre aux besoins reliés aux activités de la vie quotidienne (Block et Sinnott, 1979; Tremblay, 1990).

**La négligence** : quoique plus difficile à cerner puisqu'elle est plus tacite, elle se définit comme un manque ou une omission. On la perçoit comme une carence, ou plutôt une insuffisance de soins physiques, psychologiques ou matériels (Tremblay, 1990). La négligence peut prendre les formes suivantes (Clarkson, 1988) :

**La négligence passive** : c'est lorsque la personne soignante, souvent en raison d'un manque de connaissances, de temps ou de ressources financières, ne répond pas adéquatement aux besoins de la personne âgée : dans de tels cas, l'aîné sera par exemple laissé seul pendant de longues périodes, isolé physiquement, voire même oublié (Douglass et Hickey, 1981; Chen et al., 1983; Valentine et Cash, 1986).

**La négligence active ou la négligence physique** : on se réfère ici au cas où la personne soignante prive délibérément la personne âgée de nourriture, d'eau, de vêtements, de médicaments, d'aide, de contacts sociaux ou de tout autre élément essentiel à son bien-être ou à sa sécurité. On parle soit de négligence active (Douglass et Hickey, 1981) ou de négligence physique (Sengstock et Barrett, 1986).

**La violation des droits** : elle se manifeste de plusieurs façons, dont l'interdiction de se marier, l'éviction du domicile, l'institutionnalisation forcée, le non-respect de l'intégrité de la personne et de son droit de recevoir des soins et des services adéquats, etc. (Block et Sinnott, 1979; Lau et Kosberg, 1979).

**L'abus social ou collectif** : cette catégorie d'abus a été retenue entre autres par le Comité québécois sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées (1989). L'abus social ou collectif inclut l'âgisme, l'indifférence sociale et en général tous les stéréotypes et comportements sociaux qui tendent à diminuer l'estime de soi chez les personnes âgées et à leur dénier leur identité et leur dignité (Pierce et Trotta, 1986).

### 2.3 Les problèmes de définition... un sujet de discussion chez les chercheurs

Plusieurs chercheurs ont tenté de faire accepter une définition de mauvais traitements envers les personnes âgées (Dupuis et Vandal, 1989). Si certains chercheurs se limitent à décrire la violence physique envers les personnes âgées qui ne sont pas en institution (Rathbone-McCuan, 1980), d'autres tentent une démarcation entre la négligence passive et la négligence active, tout en distinguant la négligence de l'abus (Douglass, Hickey et Noël, 1980). Pour leur part, O'Malley et al. (1979) incluent l'abus psychologique et physique dans leur définition, pendant que Lau et Kosberg (1979) affirment qu'il faut ajouter le principe de violation des droits de la personne dans la définition. Enfin, pour Block et Sinnott (1979), l'abus matériel et l'abus médical doivent compter parmi les actes d'abus et de négligence envers les personnes âgées (Pedrick-Cornell et Gelles, 1982).

Podnieks, Pillemer et al. (1990) notent que la plupart des études sont fragiles à cause du manque de précision entre l'abus et la négligence. Cette confusion, due aux définitions, fait en sorte que les résultats des études peuvent difficilement être comparés. Il est possible de

retrouver ce problème particulier en examinant trois études récentes (Podnieks, Pillemer et al., 1990). Dans une étude des relations abusives et non abusives, Phillips (1983) utilise les 10 dimensions suivantes afin de définir les mauvais traitements : l'abus physique, la négligence physique, l'abus émotif, la négligence émotive, la privation émotive, l'agression et l'exploitation sexuelles, l'agression verbale, la négligence médicale, l'abus matériel, la négligence par rapport à l'environnement physique et l'abus des droits. Par opposition, l'étude de Bristowe et Collins (1989) utilise seulement quatre catégories de mauvais traitements : la négligence passive, la négligence active, l'abus physique et l'abus verbal. Par contre, l'étude de Pillemer et Finkelhor (1988) se concentre sur trois catégories de mauvais traitements : l'abus physique, l'abus psychologique et la négligence.

### 3. Résultats de recherches sur la problématique de l'abus et de la négligence envers les personnes âgées

Les résultats de recherches ne peuvent être comparés efficacement et semblent être très souvent contradictoires parce que les paramètres ne sont pas définis de façon uniforme et que les tests relatifs à plusieurs genres d'abus et de négligence ne sont pas fiables (Hudson et Johnson, 1986). En fait, il faut savoir que la recherche dans le domaine de l'abus et de la négligence à l'endroit des personnes âgées est encore à l'état embryonnaire et souffre de problèmes méthodologiques (Galbraith, 1988). La majorité des études sur les mauvais traitements comportent des lacunes méthodologiques qui font en sorte qu'il n'est pas possible d'accorder aux résultats obtenus une entière confiance. Toutefois, malgré certaines lacunes méthodologiques, les recherches sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées ne sont pas sans intérêt. Elles ont sorti de l'anonymat un problème de santé publique dont personne ne peut plus nier l'existence. De plus, les recherches ont permis de mieux comprendre le problème de violence dont sont victimes les personnes âgées. Plus précisément, elles ont permis entre autres de connaître à la fois les causes et les facteurs associés au problème ainsi que les caractéristiques propres aux personnes abusées et aux personnes abusives.

#### 3.1 Lacunes méthodologiques rencontrées dans les recherches sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées

La connaissance des lacunes méthodologiques rencontrées dans les recherches déjà produites sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées est un premier pas vers l'amélioration méthodologique des recherches futures. Podnieks, Pillemer et al. (1989) ont identifié trois de ces lacunes méthodologiques les plus couramment rencontrées. Elles se rapportent aux points suivants :

- «Les études sont principalement fondées sur des cas découverts au cours d'enquêtes auprès des professionnels des services communautaires (infirmières, travailleurs sociaux, avocats de l'aide juridique, etc.) Ce sont donc des cas qui ont été portés à l'attention des services publics d'une façon ou d'une autre. Nous savons, d'après d'autres études sur la violence familiale dans des populations de gens qui ne sont pas malades, qu'un très petit nombre de cas de ce genre sont découverts et que ceux-ci ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble du problème».

- «De même, dans la plupart des cas, les données sur les mauvais traitements imposés aux personnes âgées n'ont pas été recueillies directement auprès des victimes, mais plutôt auprès des professionnels et d'observateurs de l'extérieur. Ces renseignements de seconde main peuvent déformer la dynamique de ce qui se passe en ne présentant pas les problèmes et leurs effets tels qu'ils sont vécus par les agressés et les agresseurs».
- «Parce qu'on s'est surtout penché sur des rapports faits par des professionnels, des détails extrêmement importants à propos des cas de mauvais traitements n'ont pu être obtenus».

### 3.2 Les causes et les facteurs associés au problème d'abus et de négligence exercés à l'endroit des personnes âgées

Les situations d'abus et de négligence dont sont victimes les personnes âgées sont probablement le résultat d'une multitude de facteurs interreliés. Bolduc et Garant (1990), Gnaedinger (1989) et Lévesque (1987a) ont, dans des revues de littérature récentes, résumé l'essentiel des recherches se rapportant aux causes et aux facteurs associés aux problèmes d'abus et de négligence. Notons que les prochaines lignes reprennent en majeure partie les éléments de la recherche effectuée par Lévesque (1987a).

Plusieurs théories ont été avancées pour expliquer les causes spécifiques des mauvais traitements exercés en milieu familial à l'endroit des personnes âgées. Lévesque (1987a) note que les différentes hypothèses ou explications peuvent être classées en trois grandes catégories :

- les explications qui font ressortir les attitudes négatives et discriminatoires de la société envers les personnes âgées;
- les explications qui mettent l'accent sur la dynamique familiale;
- les explications qui mettent en évidence les conditions sociales et environnementales.

### **3.2.1 Les explications qui font ressortir les attitudes négatives et discriminatoires de la société envers les personnes âgées**

Lévesque (1987a) mentionne que plusieurs attitudes sociétales favorisent l'apparition des situations d'abus. On peut noter la violence, le sexisme et l'âgisme ainsi que toutes les autres formes d'attitudes négatives à l'endroit des personnes âgées. L'âgisme peut être défini comme un ensemble de stéréotypes et d'attitudes discriminatoires envers un groupe de personnes sur la base de leur âge (Lévesque, 1987a).

En regard du sexisme, on ne peut que faire le constat suivant : la majorité des personnes âgées victimes d'abus et de négligence de toutes sortes sont des femmes (Block, 1983; Gnaedinger, 1989).

Enfin les attitudes sociétales négatives envers les personnes âgées ne constituent pas des causes directes de mauvais traitements. Toutefois, elles créent un climat propice à l'éclosion des situations d'abus (Lévesque, 1987a). De plus, les attitudes négatives et les préjugés défavorables à l'endroit des personnes âgées ne sont pas seulement répandus dans l'opinion publique. On les retrouve également parmi les intervenants et les professionnels de la santé qui oeuvrent auprès des personnes âgées (Solomon, 1983). Pour Lévesque (1987a),

«De telles attitudes, et les stéréotypes qu'elles entretiennent, résultent en grande partie du manque de connaissances et de compréhension du processus de vieillissement de la part des intervenants. Ce manque de connaissances peut parfois conduire à la victimisation des personnes âgées qui vivent en institution».

### **3.2.2 Les explications qui mettent l'accent sur la dynamique familiale**

Parmi les éléments de la dynamique familiale qui peuvent être sources d'abus et de négligence, on retrouve : la violence familiale, l'état de santé physique et mentale de la personne âgée, les traits de personnalité et les problèmes de la famille responsable d'un parent âgé, la nature des liens filiaux et familiaux (Lévesque, 1987a).

### 3.2.2.1 La violence familiale

La violence familiale et intergénérationnelle pourrait expliquer l'apparition des situations d'abus. La violence serait perçue comme un modèle de comportement normal qui serait intégrée par les membres de la famille, au sein même de la famille et transmis de génération en génération (Lévesque, 1987a). Des études américaines tendent à démontrer que les adultes abusifs ou violents envers leurs parents âgés auraient été eux-mêmes violentés durant leur enfance (Lau et Kosberg, 1979; O'Rourke, 1981; Rathbone-McCuan, 1980; Steinmetz, 1983). Toutefois, Pillemer (1985) et Anetzberger (1986) ne partagent pas ce point de vue.

### 3.2.2.2 L'état de santé de la personne âgée

L'état de santé physique et mentale de la personne âgée qui vit en milieu familial serait un indice de vulnérabilité aux mauvais traitements.

«Il semble que plus une personne âgée présente des problèmes de santé et d'autonomie, plus elle devient dépendante des membres de la famille; leur charge d'entretien et de responsabilité augmente, sans qu'ils y soient préparés et soutenus adéquatement» (Lévesque, 1987a).

### 3.2.2.3 Le stress dans la famille

Pedrick-Cornell et Gelles (1982) ont noté que lorsqu'un parent âgé vient vivre à la maison, la routine familiale est souvent perturbée, que des conflits se développent et que la liberté et la discipline des membres de la famille se déstabilisent. Cela crée souvent une situation stressante pour les membres de la famille.

### 3.2.2.4 La nature des liens et des sentiments familiaux

Pour Block et Sinnott (1979) et Lau et Kosberg (1979), les abus exercés à l'endroit des personnes âgées qui vivent en milieu familial peuvent résulter de l'incapacité des enfants-adultes à résoudre la crise filiale, c'est-à-dire à dépasser le stade de la rébellion adolescente (Lévesque, 1987a).

«Par ailleurs, dans les familles où l'on dénote peu de liens familiaux entre les parents âgés et leurs enfants (soit en raison de la distance géographique ou psychologique), il semble que le fait pour un parent âgé de venir habiter avec sa famille provoque des bouleversements inattendus. Pour les familles, la responsabilité d'un parent âgé en perte d'autonomie demande souvent une somme considérable d'attention qui cause des tensions ou des frustrations. Cette situation peut générer des sentiments de colère, de rancune et de vengeance et devenir source d'abus et de négligence envers la personne âgée». (Lévesque, 1987a)

### 3.2.2.5 Les problèmes comportementaux de la personne abusive

Certaines études tendent à démontrer que les personnes abusives présentent des troubles de comportement (Lévesque, 1987a; Gnaedinger, 1989). O'Rourke (1981) mentionne qu'elles auraient connu une enfance anormale ne leur permettant pas de développer suffisamment de jugement. Pour sa part, Pillemer (1985) a relevé que les personnes abusives présentent davantage de problèmes comportementaux, émotionnels ou psychiques.

### 3.2.3 Les explications qui mettent en évidence les conditions sociales et environnementales :

#### 3.2.3.1 Les conditions de vie

Lévesque (1987a) rapporte que selon plusieurs auteurs, les conditions de vie des familles qui sont responsables d'une personne âgée influencent leurs attitudes et leurs comportements envers cette personne.

#### 3.2.3.2 Le manque de support et de ressources disponibles,

«Les familles qui s'occupent de leur aîné font souvent face à des contraintes et à des tensions liées à cette responsabilité, d'autant plus si elles sont soumises à de mauvaises conditions de vie. En fait, les familles sont souvent mal préparées à cette tâche; elles manquent de connaissances, d'expérience, d'habiletés et de ressources pour répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées dont elles ont la charge. De nombreuses recherches en gérontologie ont mis en évidence l'importance d'assurer un soutien technique, financier et émotionnel aux familles qui prennent soin d'une personne âgée, en vue d'alléger leur charge et de diminuer les tensions et le stress. Ainsi, le manque de services et de ressources communautaires pour les personnes âgées et les familles, qui se sentent souvent isolées et sans

appui extérieur, contribue à la dégradation des soins et des services, et par conséquent, favorise les mauvais traitements». (Lévesque, 1987a)

### 3.3 Caractéristiques des personnes abusées

Les recherches ont révélé que ce sont généralement les plus âgées, ceux qui ont plus de 75 ans, qui sont les plus vulnérables aux mauvais traitements (Douglass, 1983; Giordano et Giordano, 1984). En fait, jusqu'à récemment encore, on traçait le portrait suivant de la victime type de mauvais traitements : il s'agissait d'une femme, veuve, vivant avec un membre de sa famille ou de sa parenté, âgée de plus de 75 ans, souvent plus de 80 ans, disposant de peu de moyens financiers, présentant souvent une incapacité physique ou mentale, ou les deux, qui la rendent physiquement et émotionnellement dépendante de l'abuseur (Lévesque, 1987a; Kosberg, 1988; Gnaedinger, 1989). Les traits dominants de sa situation étaient l'isolement et la dépendance.

Généralement, les victimes subissent plus d'une forme de mauvais traitements. Ces mauvais traitements ne constituent pas un incident isolé, mais plutôt une situation vécue quotidiennement (Langley, 1981). Le type d'abus le plus fréquent chez les personnes âgées est l'abus financier, suivi de l'abus psychosocial et physique (Nahmiash, 1990).

### 3.4 Caractéristiques des personnes abusives

Les personnes qui ont davantage tendance à devenir des abuseurs sont celles qui ont vécu elles-mêmes une situation de violence ou d'abus dans leur vie, qui ont un problème d'alcoolisme ou de drogue, des problèmes de santé mentale, qui souffrent d'une démence ou d'un état de confusion, qui ont de la difficulté à contrôler leurs émotions quand leur niveau de stress est élevé (Kosberg, 1988; Nahmiash, 1990). C'est aussi la personne qui a des attentes irréalistes et qui est économiquement dépendante (Kosberg, 1988).

### 3.5 Estimation des mauvais traitements dans la population de personnes âgées

Les estimations de mauvais traitements envers les personnes âgées peuvent aller de 1 à 12 % selon que l'on utilise une définition plus ou moins large, mais également selon l'approche utilisée — échantillon aléatoire ou estimation à partir de groupes cliniques. Il

faut également noter le faible taux de réponses observé dans la majorité des enquêtes (Bolduc et Garant, 1990).

Dans les études américaines, les estimations peuvent varier de 4 % (Block et Sinnott, 1979; Giordano et Giordano, 1984) à 10, 11 ou 12 % (Lau et Kosberg, 1979; Steinmetz, 1981; Poertner, 1986), selon que l'on utilise une définition plus ou moins large.

De plus, selon les principales sources américaines, à chaque année, de 500 000 à 2,5 millions de personnes âgées sont victimes de mauvais traitements de toutes sortes (Pedrick-Cornell et Gelles, 1982). Selon Lau et Kosberg (1979), une personne âgée sur 10 qui vit avec un membre de sa famille serait victime d'abus. Steinmetz (1981) et Block et Sinnott (1979) évaluent à un million le nombre de personnes âgées maltraitées chaque année aux États-Unis.

Au Canada, la seule étude à l'échelle nationale (1989) a estimé à 4 % la proportion de personnes âgées victimes de mauvais traitements (Poednicks, Pillemer et al., 1990). Les auteurs de l'étude ont évalué à 98 000 le nombre de personnes âgées maltraitées chaque année. Toutefois, les auteurs de l'étude prennent soin de souligner que les données obtenues sont probablement des minimums. Il est à noter que les principaux résultats de «l'Enquête nationale sur les mauvais traitements des personnes âgées au Canada» (1989) font l'objet d'une présentation à la section 4 de ce document.

Toujours au Canada, une des plus anciennes initiatives pour connaître l'ampleur du problème est l'enquête menée au Manitoba en 1978, dont les résultats ont été rapportés par Shell (1982). Il est à noter que cette étude exploratoire réalisée au Manitoba est l'étude de référence canadienne la plus citée dans la littérature. Les informations ont été recueillies lors d'entrevues auprès de 105 professionnels impliqués auprès des personnes âgées. Les résultats sont à l'effet que 2,2 % des personnes âgées ayant recours à l'aide de leur famille sont victimes d'abus. De plus, les résultats ont révélé 540 cas de mauvais traitements, témoignés par 402 personnes différentes. Les données démontrent que l'abus financier représentait 40,2 % des incidents d'abus. Quant à l'abus psychologique et l'abus physique, ils représentaient respectivement 37,4 et 22,4 % des incidents d'abus. La victime — les deux tiers (67,7 %) étaient des femmes — habitait habituellement chez un membre de la famille et était âgée de 80 à 84 ans. L'abuseur, âgé de 60 ans et plus, était

habituellement un fils (23,6 %), suivi d'une fille (21,2 %) ou d'un mari (16,4 %) (Podnieks, Pillemer et al., 1990). Les risques d'abus augmentaient si la situation d'assistance dure depuis plus de 10 ans.

En 1981, Bélanger effectua une étude au nom de l'Association québécoise de gérontologie. L'étude comprenait des entrevues auprès de 440 travailleurs montréalais qui oeuvraient dans le domaine des services sociaux, afin de déterminer leurs connaissances du taux de cas d'abus des personnes âgées. Les résultats indiquaient que 55 % des personnes qui furent questionnées par la poste avaient témoigné de l'abus psychologique, 25 % de violation des droits, 27 % d'un environnement appauvri, 24 % de l'abus matériel et 21 % de l'abus physique des personnes âgées. Le taux de réponse fut de 32 %. Semblables aux autres études, les résultats de Bélanger étaient fondés exclusivement sur la mémoire des répondants et avaient également les mêmes limites, c'est-à-dire l'impossibilité de développer des généralités à partir des données récoltées (Podnieks, Pillemer et al., 1990).

En 1985, Stevenson (1985) a fait une étude au nom du «Alberta Senior Citizens Bureau». Ils ont expédié un questionnaire à 422 professionnels oeuvrant dans le domaine des services sociaux. L'étude a rencontré des problèmes méthodologiques puisque l'information, récoltée auprès de 498 cas, était incomplète. Les cas comprenaient 144 incidents (39,6 %) d'abus financier, 112 incidents (30,8 %) d'abus émotif et 108 incidents (29,6 %) d'abus physique.

De même en 1985, une étude ontarienne (Ontario Advisory Council on Senior Citizens, 1986) fut complétée pour le ministère des Services sociaux et communautaires par le «Standing Committee on Social Development». Quatorze mille cinq cent vingt-six questionnaires furent envoyés à des intervenants oeuvrant auprès des personnes âgées (7,6 % seulement furent retournés et utilisables). Quatre-vingt pour cent de ces intervenants avaient alors au moins un cas actif. Les victimes : des femmes, entre 75 et 84 ans, affrontant selon l'ordre de fréquence, des problèmes de négligence, d'abus financier et de violence physique (Bolduc et Garant, 1990; Poednieks, Pillemer et al., 1990).

Enfin, un sondage Gallup réalisé en décembre 1988 indiquait que 7 % des Canadiens avaient eu connaissance de cas d'abus envers des personnes âgées. Au Québec, selon le

même sondage, 11 % des personnes interrogées avaient eu personnellement connaissance de cas qui se seraient produits dans leur voisinage et qui pourraient être qualifiés d'abus exercés envers une personne âgée, c'est-à-dire «négligence délibérée ou abus physique de personnes âgées par leurs enfants ou par les personnes qui s'en occupent (Bolduc et Garant, 1990).

#### 4. Principaux résultats de l'enquête nationale sur les mauvais traitements des personnes âgées au Canada

Réalisée au printemps 1989 par le «Ryerson Polytechnical Institute» de Toronto, «l'Enquête nationale sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées au Canada» a été la première étude d'envergure nationale effectuée directement auprès des personnes âgées ne vivant pas en établissement et ne recevant pas de soins cliniques.

Cette enquête nationale a permis de recueillir des données par sondage téléphonique auprès de 2 008 personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans des logements privés, seuls, avec un conjoint, ou avec une ou plusieurs autres personnes, membres de leur famille ou non. La taille de l'échantillon, 2 008 personnes âgées, a permis de fournir des données précises sur les taux de prévalence des divers types d'abus et de mauvais traitements identifiés par l'enquête.

Selon les auteurs de l'enquête nationale (Podnieks, Pillemer et al., 1990), la caractéristique la plus importante qui doit être attribuée à cette enquête est que les données reflètent précisément les opinions, les attitudes et les expériences de vie des personnes âgées, plutôt que les perceptions de professionnels et de dispensateurs de services qui travaillent auprès d'eux.

Quatre catégories d'abus et de mauvais traitements ont été prises en considération pour les fins de l'enquête, soit : l'abus matériel ou l'exploitation économique, l'agression verbale chronique, la violence physique et la négligence. Ces catégories d'abus et de mauvais traitements se définissent de la façon suivante :

**L'abus matériel.** Afin de vérifier ce type d'abus, les répondants à l'enquête devaient répondre s'ils avaient vécu personnellement un des six gestes mentionnés depuis qu'ils avaient atteint l'âge de 65 ans. Les six gestes sont les suivants :

- Quelqu'un a-t-il tenté de les persuader de leur donner de l'argent?
- Quelqu'un a-t-il tenté de les tricher ou de les manipuler afin de leur donner de l'argent?
- Quelqu'un a-t-il tenté de les persuader de renoncer au contrôle de leur argent?

- Quelqu'un a-t-il tenté de les influencer à changer leur testament?
- Quelqu'un a-t-il tenté de les convaincre de donner quelque chose de grande valeur?
- Quelqu'un a-t-il voulu s'approprier le droit à leur propriété?

**L'agression verbale chronique.** Les insultes et les menaces sont des façons par lesquelles se manifeste l'abus psychologique. Toute personne qui fut agressée par ce genre d'abus 10 fois ou plus est considérée victime.

**La violence physique.** Elle fut mesurée en demandant aux répondants si, depuis l'âge de 65 ans, quelqu'un qu'ils connaissaient leur avait infligés des gestes violents, tels que : être bousculé, serré ou encore poussé et menacé avec un couteau ou une arme à feu.

**La négligence.** Elle fut mesurée en utilisant un instrument appelé «Older American Resources & Services». Cet instrument est utilisé lorsqu'on veut évaluer les activités quotidiennes. Ces activités quotidiennes comprenaient la préparation de repas, les travaux ménagers, faire les emplettes ainsi que des activités plus personnelles, telles que s'habiller et faire sa toilette. En regard de l'enquête nationale, la négligence est définie comme l'absence d'un geste par un pourvoyeur de soins, qui ne répond pas aux besoins nécessaires de l'aîné, jusqu'à concurrence de 2 à 10 fois au cours de la dernière année.

Il est important de noter deux limites de l'enquête nationale par rapport à la définition d'abus. Premièrement, l'enquête ne se penche pas sur les notions d'auto-abus ou d'auto-négligence qui sont infligées par la personne. Les responsables de l'enquête soulignent à juste titre qu'il n'existe pas de consensus parmi les chercheurs sur une définition de ces catégories. Deuxièmement, les personnes âgées qui habitent dans un établissement tel que les hôpitaux et les foyers de personnes âgées ne sont pas incluses dans cette enquête.

Enfin, les résultats de l'enquête nationale sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées sous-estiment probablement les taux de prévalence obtenus. Pour Podnieks, Pillemer et al. (1990), les taux de prévalence découverts doivent être considérés comme un minimum d'abus envers les personnes âgées au Canada. Pour les auteurs de l'étude, la sous-estimation des cas d'abus peut s'expliquer par :

«Premièrement, les résultats de l'étude ont été déterminés d'après une définition précise de ce que peut constituer de l'abus. Les données ne reflètent pas les incidents d'abus qui ne rejoignent pas les définitions de l'étude mais qui pourraient tout de même être des incidents d'abus sérieux ou du moins précurseurs d'abus».

Deuxièmement, les résultats de l'étude sont basés sur les témoignages des répondants. Malgré que l'entrevue téléphonique est une méthode de récolter des données qui a un certain mérite, y compris l'anonymat, il est raisonnable de soupçonner que les répondants n'ont pas partagé certains incidents d'abus ou qu'ils en ont sous-estimé la fréquence. Par exemple, l'étude n'a pas réussi à identifier un nombre raisonnable d'incidents de négligence parmi les personnes âgées. Ce résultat peut être dû à une faiblesse méthodologique. Plusieurs victimes de négligence peuvent être limitées à leur chambre, sans avoir accès à un téléphone ou peuvent être isolées d'une autre façon.

Finalement, il existe d'autres genres de mauvais traitements qui ne font pas partie de cette étude. Par exemple, l'étude a découvert (sic) que 4 % des personnes âgées canadiennes se sont vu refuser l'accès à leurs petits-enfants au moins une fois au cours de la dernière année. À l'avenir, il serait peut-être possible de vérifier si ce genre d'incident peut être considéré comme un genre de mauvais traitements envers les personnes âgées. Il demeure tout de même important de mentionner qu'il y a beaucoup plus de genre d'abus que ceux enquêtés par (sic) cette étude».

En tenant compte du fait que les résultats obtenus par l'enquête nationale sous-estiment probablement les taux de prévalence, les principaux résultats en regard de l'abus matériel ou de l'exploitation économique, de l'agression verbale chronique, de la violence physique et de la négligence sont résumés dans les prochaines lignes.

#### 4.1 L'abus matériel ou l'exploitation économique

L'abus matériel ou l'exploitation économique est la plus répandue des formes d'abus ou de mauvais traitements à l'égard des personnes âgées, son taux de prévalence atteint 2,4 %. Le nombre de personnes âgées victimes de cette forme d'abus est estimée à 60 000 au Canada.

La manifestation la plus commune de l'abus matériel est la tentative de persuader la personne âgée de donner son argent. Ce genre de manifestation compte pour plus de la moitié des incidents d'abus matériel (Podnieks, Pillemer et al., 1990). Dans 40 % des cas d'abus, elle est le fait d'amis, de voisins ou de connaissances; dans 29 % des cas, des fils ou des filles et, dans 24 % des cas, des parents éloignés tels que cousins, des petits-enfants, des neveux et nièces. Seulement 2 % des incidents d'abus matériel sont reliés au conjoint de la victime.

Les données de l'enquête nationale indiquent que plusieurs abuseurs ont des problèmes physiques ou émotifs. Dans près de 25 % des incidents d'abus matériel, l'abuseur présente de sérieux problèmes physiques. Les problèmes émotifs ou mentaux touchent 20 % des abuseurs. Enfin, l'alcool et la drogue sont responsables respectivement d'un incident d'abus sur 7 et d'un incident d'abus sur 10.

La victime d'abus matériel est une personne qui n'est pas mariée (70 % dont 55 % de veufs), a des problèmes de santé (63 %) et qui est quelque peu isolée socialement (30 %). Près d'une victime sur 3 (30 %) a manifesté le désir de ne plus vivre. Les femmes sont plus susceptibles d'être victime. Elles comptent pour 62 % des incidents rapportés dans l'enquête nationale. Enfin, les victimes ont rarement rapporté l'incident à la police. Près de la moitié des victimes ont rapporté qu'elles ne considéraient pas l'incident assez sérieux pour le justifier. De même, près d'un tiers des victimes considèrent l'incident comme une affaire de famille. Notons que seulement 4 % des victimes ont rapporté l'incident à la police.

### 4.2 L'agression verbale chronique

L'agression verbale chronique est le deuxième type de mauvais traitements le plus courant, son taux de prévalence atteint 1,4 % de la population canadienne de personnes âgées. Le nombre de victimes au Canada est estimé à 34 000.

Les données de l'enquête nationale démontrent que près de 2 victimes sur 3 (62 %) sont des femmes. Les victimes sont majoritairement (85 %) mariées et l'auteur de l'agression verbale est principalement le conjoint. Les victimes mariées ont indiqué qu'elles étaient malheureuses dans leur mariage et que rarement ou jamais leur conjoint ne leur donnait de l'affection. De plus, la majorité des victimes (65 %) font l'objet de critiques de la part de leur conjoint. Enfin, le tiers des conjoints agresseurs sont dépendants financièrement de leurs victimes.

Pour les victimes, il est indéniable que ce genre d'abus verbal a des répercussions néfastes sur leur santé. Par rapport à la population canadienne de personnes âgées, les victimes d'agression verbale chronique sont plus nombreuses à considérer que leur état de santé limite leurs activités (62 % contre 39 %). Elles ont également tendance à être plus déprimées. Ainsi, par rapport à l'ensemble de la population canadienne de personnes âgées, les victimes

ont affirmé se sentir plus découragées (16 % contre 6 %), plus désespérées en regard de leur avenir (19 % contre 5 %) et elles sont plus nombreuses à souhaiter que leur vie se termine (27 % contre 8 %).

Un nombre élevé de victimes d'agression verbale ont tendance à se blâmer. En effet, près de 30 % des victimes ont l'impression que c'est de leur faute.

Le stress semble être un facteur important chez les auteurs d'agression verbale. C'est du moins l'opinion de leur victime. Ainsi, 45 % des agresseurs sont décrits par leur victime comme souffrant de beaucoup de stress. De même, un peu plus du tiers des agresseurs (35 %) ont été identifiés comme ayant des problèmes mentaux ou émotifs. Enfin, la présence d'alcool ne semble pas être un facteur majeur dans les incidents d'agression verbale. En fait, seulement 14 % des agresseurs ont des problèmes avec l'alcool.

### 4.3 La violence physique

Après l'abus matériel et l'agression verbale chronique, la violence physique vient au troisième rang quant aux causes d'abus et de mauvais traitements des personnes âgées au Canada. Avec un taux de prévalence de 0,5 %, c'est approximativement 12 000 personnes âgées qui souffrent de cette violence au Canada.

Les résultats obtenus par l'enquête nationale indiquent que les victimes sont le plus souvent mariées et que, dans la majorité des cas, l'abuseur est le conjoint de la victime. Parmi les circonstances entourant la violence physique, on retrouve les points suivants :

- dans 80 % des cas de violence, l'abuseur a lancé des objets à la victime;
- dans près de 75 % des incidents, la victime a été bousculée, agrippée ou poussée;
- dans près de 66 % des incidents, la victime a été giflée ou frappée avec un objet;
- dans plus de 33 % des incidents, la victime a été menacée avec un couteau ou un fusil au cours de la dernière année.

Les données sur le niveau de satisfaction des victimes dans leur mariage semblent être un bon indice pouvant expliquer le fait que la majorité des abuseurs soient les conjoints des victimes. Ainsi, par rapport à la population canadienne de personnes âgées, les victimes de violence physique sont en proportion plus nombreuses à déclarer que dans leur relation, elles ne sont «jamais heureuses» ou «heureuses à l'occasion» (78 % contre 11 %) et que leurs conjoints ne leur témoignent «jamais» ou «rarement» de l'affection (33 % contre 5 %). De même, les victimes sont plus sujettes aux critiques répétées de leur conjoint (78 % contre 10 %).

Les victimes de violence sont 3 fois plus susceptibles que les non-victimes de souhaiter que leurs vies se terminent (27 % contre 8 %). Elles souffrent également de blessures causées par cette violence physique. En fait, plus d'un quart des victimes ont été soignées pour des blessures, coupures ou des os fracturés.

Au même titre que dans les situations d'agression verbale chronique, plusieurs victimes de violence physique ont tendance à en assumer la responsabilité :

- près d'une victime sur 5 trouve que c'est de sa faute;
- près des deux tiers des victimes croient que leur parenté pense qu'elles méritent le mauvais traitement qu'elles ont reçu.

Selon les données fournies par les victimes de violence physique lors de l'enquête nationale, près des deux tiers (60 %) des abuseurs ont de sérieux problèmes de santé. Près des trois quarts des abuseurs sont soit très dépendants (50 %) ou quelque peu dépendants (20 %) financièrement de leur victime. Enfin, la moitié des abuseurs ont un problème d'alcool.

#### 4.4 La négligence

Les résultats de l'enquête nationale indiquent que la négligence est la forme de mauvais traitements la moins courante, son taux de prévalence se limite à 0,4 % de la population canadienne de personnes âgées. Ce faible taux s'expliquerait en partie par la difficulté d'identifier la présence ou l'absence de cette catégorie de mauvais traitements. Au total, 10 000 personnes âgées seraient victimes de cette forme de mauvais traitements au Canada.

Les victimes identifiées dans l'enquête nationale sont très majoritairement des femmes. Près de 62 % de ces dernières sont veuves. L'ensemble des victimes sont limitées dans leurs activités quotidiennes en raison d'un état de santé déficient. Ainsi, par rapport à la population canadienne de personnes âgées, les victimes de négligence sont en proportion plus nombreuses à mentionner qu'elles ont besoin d'aide pour réaliser des activités quotidiennes tels les travaux domestiques (100 % contre 13 %) et prendre son bain ou sa douche (25 % contre 2 %). De plus, elles sont en proportion plus nombreuses à souhaiter que leur vie se termine (38 % contre 8 %).

Quant aux abuseurs, ils sont soit de la famille (conjoint, fille et belle-fille) ou extérieur à celle-ci; dans un tel cas, ils sont les pourvoyeurs de soins.

#### 4.5 En résumé

L'enquête nationale sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées a permis de découvrir que 4 % des personnes âgées de 65 ans et plus résidant dans un domicile privé canadien, soit environ 98 000 personnes âgées, sont victimes d'au moins un type d'abus ou de négligence.

Avec la moitié (50 %) du nombre d'incidents rapportés, l'abus matériel ou l'exploitation économique représentent le principal type d'abus. L'agression verbale chronique représente 30 % des incidents rapportés alors que la violence physique et la négligence comptent pour respectivement 10 % et 8 % des incidents.

Près de 19 % des victimes, soit environ 19 000 personnes âgées de 65 ans et plus, ont été soumises à plusieurs types de mauvais traitements, la violence verbale étant présente dans tous les incidents d'abus multiples. Plus de la moitié des victimes d'agression verbale sont également victimes d'autres types de mauvais traitements. Toutes les victimes d'abus physique ont été victimes d'agression verbale et près de 10 % des victimes d'abus matériel ou d'exploitation économique ont vécu de l'agression verbale.

Enfin, rappelons que les données sur la prévalence, obtenues lors de l'enquête nationale de 1989, restent en deçà des taux de violence réels, car les personnes âgées victimes de violence avaient tendance à taire les mauvais traitements et également en raison des contraintes méthodologiques de l'enquête.

## **5. La prévention des abus et de la négligence chez les personnes âgées**

Dans le cadre des travaux du Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, Marie-Josée Lévesque (1987b) a préparé un excellent document de travail où il est question de prévention, de détection et de protection des personnes âgées abusées. Il est à noter que pour l'essentiel, cette cinquième section a été tirée du document produit par Lévesque (1987b). De même, les recherches produites par Gnaedinger (1989) et Podnieks, Pillemer et al. (1990) complètent les informations pertinentes à cette section.

Parmi les éléments traités dans cette section, il y a, par rapport à l'abus et à la négligence envers les personnes âgées, une politique à élaborer. En réponse au problème des personnes âgées abusées, il y a des voies d'intervention possibles au niveau de la politique, du législatif et des services. Enfin, le dernier sujet traité dans cette section se rapporte au problème de l'efficacité des programmes de prévention déjà en place.

### **5.1 Une politique à élaborer**

En 1979, Block et Sinnott dans leur document «The Battered Elder Syndrome» ont proposé d'élaborer une politique spécifique, de manière à susciter l'attention des intervenants concernés et à stimuler les efforts entrepris pour structurer un système de réponses sociales et communautaires (Lévesque, 1987b). Ils ont déterminé trois niveaux pour cette politique : le nominal, le juridique et le matériel. Pour les chercheurs, le niveau nominal se rapporte uniquement à la connaissance du problème social. Le niveau juridique a trait au développement de procédures spéciales pour réagir adéquatement au problème en question. Enfin, le niveau matériel désigne les ressources financières qui doivent servir à des fins explicites, telles que des octrois pour la recherche et pour des programmes de prévention et d'intervention.

Pour Block et Sinnott (1979), une politique doit répondre aux critères suivants (Lévesque, 1987b) :

- détecter rapidement les personnes à risque, de façon à minimiser la victimisation dont elles sont l'objet;
- offrir une protection immédiate et efficace en cas de danger;
- offrir des solutions à long terme;
- établir des stratégies de prévention et d'intervention.

Enfin, Lévesque (1987b) note que plusieurs auteurs suggèrent également l'adoption d'une législation spécifique au problème des personnes âgées victimes d'abus et de négligence qui servirait d'appui à la politique. Toutefois, sur cette question l'unanimité est loin d'être faite. Pour un, le Comité québécois sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées a, dans son rapport final (1989), rejeté la voie législative en regard de la création d'une loi de protection des personnes âgées.

## 5.2 Des voies d'intervention possibles

Les suggestions avancées pour répondre au problème des personnes âgées abusées recouvrent un vaste champ d'action (Lévesque, 1987b). Les voies d'intervention possibles peuvent être classées en trois catégories, non nécessairement exclusives : les stratégies politique, législative et de services (Callahan, 1982).

### **La stratégie politique**

Cette stratégie est essentiellement orientée vers la remise en cause de certaines valeurs et certaines normes de la société; elle vise les «causes profondes» de la violence et de l'abus (Lévesque, 1987b).

### **La stratégie législative**

Cette stratégie touche davantage la protection que la prévention, car les mesures législatives ne solutionnent pas vraiment le problème à sa base.

«L'intervention juridique dans les cas d'abus et de négligence peut cependant entraîner toutes sortes de réactions et de sentiments négatifs chez la victime.

Beaucoup de personnes et en particulier les personnes âgées, craignent le pouvoir de la justice et les procédures qui s'y rattachent» (Lévesque, 1987b).

Au Québec, la législation ne reconnaît pas de droits juridiques spécifiques aux personnes âgées. Toutefois, notons qu'elles sont couvertes par la Charte des droits et des libertés de la personne au même titre que tout autre citoyen.

Aux États-Unis, la situation est différente. Lévesque (1987b) rapporte que depuis le mois de juin 1980, les personnes âgées bénéficient d'une législation fédérale. Ayant pour titre «The Prevention, Identification, and Treatment of Adult Bill», cette législation permet de supporter financièrement les programmes de prévention et de protection pour les adultes abusés, négligés ou exploités. Cette loi devait, de plus, permettre l'établissement d'un Centre national pour les adultes maltraités (Lévesque, 1987b).

«Certains états américains se sont également dotés de lois et de services de protection pour les personnes âgées maltraitées. Ainsi plusieurs (états) ont adopté des lois mandataires (mandatory reporting laws) qui stipulent l'obligation de rapporter les cas d'abus rencontrés. Dans les faits cependant, peu de cas sont rapportés aux autorités compétentes, soit parce que la victime ne veut pas d'assistance légale ou qu'elle n'a pas accès aux services offerts, soit parce qu'elle est incapable ou mal disposée pour connaître ou admettre les abus exercés contre elle» (Lévesque, 1987b).

En fait, la nature, l'étendue, la complexité et l'efficacité des mesures législatives et juridiques varient d'un état américain à l'autre. Mais, somme toute, le bilan est plutôt négatif, selon le «House Select Committee on Aging» (Lévesque, 1987b).

### **La stratégie de services**

Cette stratégie repose sur un ensemble de services d'aide et de support aux personnes âgées abusées ou à risque, aux abuseurs ou aux personnes susceptibles de l'être (Lévesque, 1987b).

Lévesque (1987b) rapporte qu'idéalement les programmes d'intervention et les services devraient combiner prévention et protection. En pratique, il semble que peu d'efforts aient été faits jusqu'à maintenant pour prévenir les situations d'abus (Shell, 1982; Hooyman,

1983; Kinderknecht, 1986). Enfin, pour être pleinement efficaces, les services devraient également être coordonnés de manière à en faciliter l'accès, à éviter la duplication et à assurer un suivi approprié (Lévesque, 1987b).

### 5.2.1 Une première initiative à envisager : l'information

Dans leur rapport final, les auteurs de «l'Enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada» (Podnieks, Pillemer et al., 1990) ont fait des recommandations qui portent à la fois sur l'éducation, les services, la législation et la recherche. À titre d'exemple, il peut être intéressant pour une communauté d'initier une première initiative à partir des recommandations spécifiques à l'éducation, soit de :

- sensibiliser les personnes âgées au sujet des éléments de risques et des services disponibles :

Les personnes âgées devraient être «informé au sujet des éléments de risque associés avec l'abus et la négligence, tel que les risques à considérer lorsqu'une personne délègue ses responsabilités financières à quelqu'un d'autre, même à un membre de sa famille. Un besoin important serait de sensibiliser les personnes âgées au sujet des services communautaires qui sont disponibles, particulièrement au sujet de leurs droits, des services d'appui financier et sociaux. Ceci peut également comprendre l'accès à ces genres de services» (Podnieks, Pillemer et al., 1990).

- Cibler les programmes de formation de certaines professions ou occupations clés :

«Plusieurs personnes qui occupent des postes clés sont dans des situations où elles peuvent rencontrer des personnes âgées qui risquent d'être abusées et négligées. Ces postes sont les suivants : la police, les avocats, (les notaires), les employés d'institutions bancaires et le clergé. Une attention toute particulière doit être portée à ces regroupements de professions afin de les informer au sujet des éléments de risques et des services qui sont disponibles dans leur communauté» (Podnieks, Pillemer et al., 1990).

## 5.3 Le problème de l'efficacité des mesures de prévention déjà en place

Au Québec, les initiatives de prévention en regard des abus et de la négligence chez les personnes âgées en sont encore à leur début. Il en est de même au Canada même si la

moitié des provinces canadiennes (la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard) ont adopté une forme de loi spéciale concernant les mauvais traitements envers les personnes âgées (Gnaedinger, 1989). Aux États-Unis, plusieurs états ont déjà mis sur pied des programmes de prévention et de services d'aide pour les personnes âgées victimes de mauvais traitements. Tout comme au Canada, des états américains ont même adopté des mesures législatives.

«Toutefois, plusieurs écrits sur le sujet font état de l'inefficacité des mesures mises de l'avant dans ce domaine, de sorte que le phénomène des personnes âgées maltraitées est loin d'être enrayé. Les raisons sont là à la fois nombreuses et diverses. Elles tiennent en partie à la nature même du problème, à son caractère secret et caché, c'est-à-dire à la difficulté de détecter les cas d'abus. Elles peuvent également découler de la nature des stratégies adoptées ou encore être imputées à la structure du système de services en place» (Lévesque, 1987b).

En regard du signalement obligatoire des cas de mauvais traitements aux personnes âgées, Gnaedinger (1989) souligne que le principal obstacle vient de la réticence des personnes âgées à les rapporter ou à reconnaître qu'elles en sont victimes :

«Nombre de parents âgés, maltraités par leurs propres enfants, par exemple, nient ou ne rapportent pas les mauvais traitements qui leur ont été infligés pour plusieurs raisons : par peur de subir des représailles ou d'être abandonnés dans un établissement, parce qu'ils ont honte d'avoir élevé des enfants qui leur font volontairement du mal, parce que la violence familiale constitue pour eux un comportement normal, ou parce qu'ils n'arrivent pas à s'exprimer en raison des barrières linguistiques ou de leurs facultés intellectuelles affaiblies» (Gnaedinger, 1989).

Dans sa revue de littérature, Lévesque (1987b) rapporte que pour Callahan (1982), le problème de l'efficacité des mesures mises sur pied tient à la nature temporaire des stratégies adoptées. Quant à Douglass et Hickey (1983), ils mettent plutôt en évidence le manque de coordination et de communication entre les divers services. Et, selon Hooyman, Rathbone-McCuan et Klingbeil (1982), les efforts pour détecter, traiter et prévenir les abus envers les personnes âgées rencontrent trois obstacles majeurs :

- le refus des professionnels de reconnaître l'existence de ce problème chez leurs clients/bénéficiaires;

- le manque de procédures claires et systématiques pour détecter les cas d'abus;
- l'absence ou l'insuffisance de services d'aide et de support pour les victimes et les abuseurs.

«Plusieurs auteurs ont également souligné que le manque de données scientifiques est à la base des difficultés liées à l'élaboration d'un système de réponses approprié. Les intervenants et les chercheurs s'entendent généralement sur la nécessité de la recherche pour orienter l'élaboration de nouvelles méthodes et stratégies d'intervention et pour concevoir des programmes adaptés. En outre, certains déplorent l'inefficacité des mesures mises de l'avant jusqu'ici et suggèrent l'élaboration d'une politique spécifique sur la question, en vue de favoriser un climat propice à la mise en place d'un système de réponses cohérent et efficace» (Lévesque, 1987a).

## Conclusion

Cette recherche sur l'abus et la négligence envers les personnes âgées vivant en milieu naturel présente un bref état de la situation des personnes âgées au Québec. On y retrouve également les différents concepts utilisés et les définitions proposées. De même, une section a été consacrée aux résultats de recherches sur la problématique de l'abus et de la négligence envers les personnes âgées. Les principaux résultats de l'enquête nationale sur les mauvais traitements des personnes âgées au Canada font aussi l'objet d'une présentation. Enfin, une dernière section est consacrée à la prévention.

Pour les fins de cette recherche, l'âge de 65 ans est le seuil minimum qui a été retenu pour être considéré une «personne âgée». C'est l'âge fixé dans la majorité des études et des recherches sur l'abus et la négligence envers les personnes âgées et cela autant au Québec que dans l'ensemble du Canada et des États-Unis.

Sur l'état de la situation des personnes âgées, on a relevé les faits suivants. Une proportion importante de personnes âgées vivant seules ou chefs de famille ont des revenus très faibles. Ainsi, en 1986, la moitié des personnes âgées seules avaient un revenu annuel inférieur à 10 000 \$. Quant au chef de famille âgé de 65 ans et plus, 45 % d'entre eux avaient un revenu annuel inférieur à 20 000 \$. De plus, les deux principales sources de revenu des personnes âgées sont la pension de retraite et le supplément de revenu garanti. En regard du taux d'hébergement, il est de 2 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et de 14,4 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

En termes d'évolution démographique, le poids relatif de la population de personnes âgées de 65 ans et plus dans l'ensemble de la population québécoise a plus que doublé depuis le début de XXe siècle. De 4,8 % en 1901, la population de personnes âgées représente en 1986, 9,9 % de la population totale du Québec. Elle devrait atteindre 14 % en l'an 2001. Notons que l'accentuation du vieillissement de la population québécoise, qui est prévue dans les prochaines décennies, et qui paraît inéluctable, n'est pas exceptionnelle. Le Québec participe à un mouvement qui frappe l'ensemble des pays industrialisés. En analysant la population de personnes âgées, on constate un certain vieillissement à l'intérieur même du groupe. En fait, la proportion dans les groupes 65—69 ans et 70—74

ans diminue pendant que celle des groupes de 75 ans et plus augmente. Enfin, le changement le plus important dans la composition démographique des personnes âgées réside dans la répartition selon le sexe. Ainsi, en 1901 il y avait autant d'hommes que de femmes. Par contre en 1985, les femmes surpassent les hommes de presque 120 000 personnes. La féminisation du troisième âge a pris de l'ampleur en 1951 et c'est d'ailleurs à cette époque que le fossé commence à se creuser entre la mortalité féminine et la mortalité masculine.

Cette recherche s'est aussi attardée sur l'état de santé de la population de personnes âgées. Notons que cet état de santé est probablement l'élément majeur dont dépend la qualité de vie des individus, quel que soit leur âge. Un état de santé précaire est certes une source de vulnérabilité qui, dans bien des cas, a une incidence directe sur l'autonomie de la personne. La connaissance de l'état de santé des personnes âgées permet de fournir des éléments explicatifs de leur vulnérabilité vis-à-vis entre autres de la violence dont elles peuvent être victimes. En aucun moment, le lecteur ne doit associer le vieillissement à une maladie. De même, il faut rappeler que la très grande majorité des personnes âgées ne sont pas limitées dans leurs activités.

Les données sur l'état de santé des personnes âgées ont été tirées de l'enquête Santé Québec 1987. En regard de la santé physique, on remarque que la détérioration de la santé est régulière entre les différents groupes d'âge, chaque groupe présentant un état de santé meilleur que ses aînés et moins bon que ses puînés. Dans l'ensemble de la population, la prévalence des problèmes de santé tend à croître avec l'âge et, en règle générale, les femmes déclarent plus de problèmes de santé que les hommes. Ces constatations sont aussi valides chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ainsi, les femmes du troisième âge déclarent presque 3 problèmes de santé par personne, comparativement à 2 problèmes chez les hommes. Chez la population âgée, les problèmes les plus communs sont souvent associés à une certaine restriction d'activité. Les problèmes du système ostéo-articulaire touchent principalement les personnes âgées de 65 ans et plus : 49 % des personnes en sont atteintes. En regard des problèmes d'audition et de vision, seulement 22 % de la population âgée a déclaré souffrir de problème d'audition et 25 % a signalé des problèmes de vision. Toutefois, on constate chez les personnes âgées une augmentation marquée des problèmes d'audition et de vision avec l'âge.

---

Par rapport aux données de l'enquête Santé Québec (1987) sur la santé mentale, la majorité des personnes âgées de 65 ans et plus se déclarent plutôt ou très heureuses. En fait, seulement une personne âgée sur 10 se dit pas très heureuse. Le quart des personnes âgées considèrent leur vie comme plutôt ou très stressante. De même, 21,6 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et 27,9 % des 75 ans et plus présentent un niveau élevé de détresse psychologique. En règle générale, les femmes âgées ont un indice de détresse psychologique plus élevé que les hommes âgés.

Parmi les constats observés dans l'enquête Santé Québec (1987), il y a ceux plus spécifiques à l'état de santé perçu. Les résultats sont à l'effet que plus on est jeune, plus on estime être en meilleure santé que les autres personnes de son âge; par contre, plus on est âgé, plus on juge son état de santé déficient comparativement à ses pairs. Les hommes âgés de 65 ans et plus ont tendance à s'estimer en meilleure santé que les femmes du même âge.

Des constats ont aussi été faits sur les conséquences reliées à l'état de santé. Ainsi, par rapport à l'ensemble de la population, les personnes âgées connaissent de plus longues périodes d'incapacité de courte et de longue durée. Les données sur l'incapacité à court terme exprimées en journée d'alitement indiquent que pour les personnes âgées de 65 ans et plus, cela représente un mois dans un année, comparativement à deux semaines pour l'ensemble de la population. De plus, notons que les femmes, particulièrement celles âgées de 75 ans et plus, constituent le groupe dans la population le plus touché par l'incapacité. Enfin, concernant l'espérance de vie totale, elle atteint 79,5 ans chez les femmes et 72,1 ans chez les hommes. Toutefois, les femmes peuvent espérer vivre 68,7 ans sans aucune forme de contrainte d'institutionnalisation ou de restriction d'activité. Quant aux hommes, ils ont une espérance de vie en bonne santé de 64 ans.

Les concepts utilisés pour rendre compte des mauvais traitements exercés à l'endroit des personnes âgées sont nombreux et leur définition varie d'un auteur à l'autre. Notons qu'à l'heure actuelle, dans la littérature scientifique, il n'y a pas de consensus sur une définition de mauvais traitements envers les personnes âgées. Toutefois, dans l'ensemble des recherches, il se dégage un consensus ou un quasi-consensus sur des aspects propres aux mauvais traitements. Dans un premier temps, quand on parle d'abus infligés aux personnes

---

âgées, il est toujours question de violence physique. Dans un deuxième temps, la plupart des études font mention d'une catégorie qui inclut l'abus psychologique, émotif ou mental. Dans un troisième temps, l'abus matériel est utilisé couramment. Et finalement, la négligence apparaît dans plusieurs études malgré le fait qu'il n'existe aucun accord par rapport à une définition précise.

Il y a une distinction à faire entre l'abus et la négligence. La notion de négligence suppose l'omission d'un acte essentiel qui cause du tort ou du mal à la personne âgée. La notion d'abus renvoie quant à elle à la commission d'un acte qui affecte la personne âgée sur les mêmes plans que la négligence. L'abus est un concept qui semble se rapporter à des actes plus sérieux, plus graves que la négligence, étant donné que l'abus suppose un acte délibéré ou prémédité. Toutefois, certains chercheurs ont fait remarquer que la négligence peut, elle aussi, être délibérée et malicieuse. C'est ainsi que Douglass, Hickey et Noël (1980) ont proposé de faire une distinction entre la négligence active et la négligence passive. La négligence active suppose l'omission d'un acte en sachant que ce laisser-aller peut causer du tort à la personne âgée, alors que la négligence passive comporte l'omission d'un acte provoqué, par exemple, par ignorance ou incapacité. Enfin, des chercheurs tels que Giordano et Giordano (1984) ont inclus également une autre forme de négligence : l'auto-négligence. Notons que cette dernière est loin de faire l'unanimité chez les chercheurs. Enfin, la plupart des études sont fragiles à cause du manque de précision entre l'abus et la négligence.

Les résultats de recherches sur la problématique de l'abus et de la négligence envers les personnes âgées ne peuvent être comparés efficacement et semblent être très souvent contradictoires parce que les paramètres ne sont pas définis de façon uniforme et que les tests relatifs à plusieurs genres d'abus et de négligence ne sont pas fiables. En fait, la majorité des études sur les mauvais traitements comportent des lacunes méthodologiques qui font en sorte qu'il n'est pas possible d'accorder aux résultats obtenus une entière confiance. Parmi les lacunes méthodologiques rencontrées, il y a le fait que les études sont principalement fondées sur les cas découverts au cours d'enquêtes auprès des professionnels des services communautaires. Or, nous savons d'après d'autres études sur la violence familiale dans des populations de gens qui ne sont pas malades, qu'un très petit

nombre de cas de ce genre sont découverts et que ceux-ci ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble du problème.

Plusieurs théories ont été avancées pour expliquer les causes spécifiques des mauvais traitements exercés en milieu familial à l'endroit des personnes âgées. Différentes hypothèses ou explications peut être classées en trois grandes catégories. Premièrement, nous avons les explications qui font ressortir les attitudes négatives et discriminatoires de la société envers les personnes âgées. Deuxièmement, nous retrouvons les explications qui mettent l'accent sur la dynamique familiale. Enfin, nous avons les explications qui mettent en évidence les conditions sociales et environnementales.

La victime type de mauvais traitements présente les caractéristiques suivantes : il s'agit d'une femme, veuve, vivant avec un membre de sa famille ou de sa parenté, âgée de plus de 75 ans, souvent plus de 80 ans, disposant de peu de moyens financiers, présentant souvent une incapacité physique ou mentale ou les deux, qui la rendent physiquement et émotionnellement dépendante de l'abuseur. Les traits dominants de sa situation sont l'isolement et la dépendance.

Les personnes qui ont davantage tendance à devenir des abuseurs sont celles qui ont vécu elles-mêmes une situation de violence ou d'abus dans leur vie, qui ont un problème d'alcoolisme ou de drogue, des problèmes de santé mentale, qui souffrent d'une démence ou d'un état de confusion, qui ont de la difficulté à contrôler leurs émotions quand leur niveau de stress est élevé. C'est aussi la personne qui a des attentes irréalistes et qui économiquement dépendante.

En regard des estimations de mauvais traitements dans la population de personnes âgées, celles-ci peuvent aller de 1 à 12 % selon que l'on utilise une définition plus ou moins large, mais également selon l'approche utilisée — échantillon aléatoire ou estimation à partir de groupes cliniques. Il faut également noter le faible taux de réponse observé dans la majorité des enquêtes.

Les résultats de la première «Enquête nationale sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées au Canada» ont aussi été présentés dans cette recherche. Réalisée au

---

printemps 1989 par le «Ryerson Polytechnical Institute» de Toronto, les résultats sont à l'effet que l'abus matériel ou l'exploitation économique est la plus répandue des formes d'abus à l'égard des personnes âgées, son taux de prévalence atteint 2,4 % ou 60 000 personnes âgées. L'agression verbale chronique est le deuxième type de mauvais traitements le plus courant, son taux de prévalence atteint 1,4 % de la population canadienne de personnes âgées ou 34 000 personnes. Après l'abus matériel et l'agression verbale chronique, la violence physique vient au troisième rang quant aux causes d'abus et de mauvais traitements. Avec un taux de prévalence de 0,5 %, c'est approximativement 12 000 personnes âgées qui souffrent de cette violence au Canada. De plus, les résultats de l'enquête nationale indiquent que la négligence est la forme de mauvais traitements la moins courante, son taux de prévalence se limite à 0,4 % de la population canadienne de personnes âgées. Au total, 10 000 personnes âgées seraient victimes de cette forme de mauvais traitements au Canada. Enfin, il est à noter que les données sur la prévalence obtenue par l'enquête nationale restent en deçà des taux de violence réels, car les personnes âgées victimes de violence auraient tendance à taire les mauvais traitements. Les contraintes méthodologiques ont également fait en sorte de sous-estimer les taux de prévalence.

En regard de la prévention de l'abus et de la négligence chez les personnes âgées, il y a une politique de prévention à élaborer. Parmi les voies d'intervention possibles, il y a les stratégies politique, législative et de services. Et finalement, cette recherche se termine en notant que l'information serait une première initiative à envisager au niveau d'une communauté.

Enfin, étant donné le peu de connaissances que nous avons actuellement du problème des personnes âgées abusées, Douglass et Hickey (1983) suggèrent que toutes initiatives dans le domaine des mauvais traitements envers les personnes âgées devraient se donner comme objectif de base de mesurer l'incidence (nombre de nouveaux cas sur une période de temps donné) et la prévalence (nombre de cas à un moment donné) du phénomène; de concevoir et de tester des voies alternatives pour le repérage; d'élaborer et de tester des formes d'intervention et des procédures de déclaration des cas et de déterminer des mesures de prévention appropriées aux cas d'abus.

---

## Références

- ANETZBERGER, Georgia J. (1986). The Etiology of Elder Abuse by Adult Off-spring : an Exploratory Study, Cleveland, Ohio, Case Western Reserve University, 352 p.
- BÉLANGER, Lise (1981). The Types of Violence the Elderly are Victims of : Results of a Survey Done with Personnel Working with the Elderly, Etude présentée lors de la 34e rencontre annuelle scientifique de la «Gerontological Society of America», novembre 1981.
- BLOCK, Marilyn R. (1983). «Special Problems and Vulnerability of Elderly Women», Abuse and Maltreatment of the Elderly, Jordan I. Kosberg (Ed.), Littleton, Massachusetts, John Wright, PSG Inc., pp. 220-233.
- BLOCK, Marilyn R., SINNOTT, Jan D. (1979). The Battered Elder Syndrome : an Exploratory Study, University of Maryland : Center on Aging, College Park.
- BOLDUC, Mario, GARANT, Louise (1990). L'aide par les proches : mythes et réalités, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, Collection Études et Analyses, numéro 8, Québec, pp. 68-77.
- BRISTOWE, E., COLLINS, J. (1989). «Family Mediated Abuse of Non-Institutionalized Men and Women Living in British Columbia», Journal of Elder Abuse and Neglect, 1, pp. 45-64.
- BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1986). Les personnes âgées au Québec, Les Publications du Québec, 3e trimestre 1986, pp. 21-22, 27-53, 202.
- CALLAHAN, J. J. (1982). «Elder Abuse Programming : Will it Help the Elderly?» The Urban and Social Change Review, 15(2), pp. 15-16.
- CHEN, P.N. et al. (1983). «Elderly Abuse in Domestic Setting — A Pilot Study», Journal of Gerontological Social Work, (July), 32 (3), pp. 3-17.
- CLARKSON, May (1988). Problématique de l'abus exercé à l'endroit des personnes âgées : Document de travail, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, janvier 1988, 37 p.
- COMITÉ SUR LES ABUS EXERCÉS À L'ENDROIT DES PERSONNES ÂGÉES (1989). Vieillir... en toute liberté — Rapport du Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, Québec, 3e trimestre 1989, 131 p.
- DOUGLASS, Richard L. (1983). «Opportunities for Prevention of Domestic Neglect and Abuse of the Elderly», Preventive Human Services, 3(1) Autumn 1983, pp. 135-150.
- DOUGLASS, R. L., HICKEY, T. (1983). «Domestic Neglect and Abuse of the Elderly : Research Findings and a Systems Perspective for Service Delivery Planning», Abuse and Maltreatment of the Elderly — Causes and Interventions. Jordan I. Kosberg (Ed.), Boston, Massachusetts : John Wright, pp. 115-133.

- 
- DOUGLASS, Richard L., HICKEY, Thomas, NOEL, Catherine (1980). A Study of Maltreatment of the Elderly and Other Vulnerable Adults, Ann Arbor : Institute of Gerontology, University of Michigan.
- DOUGLASS, Richard L., HICKEY, Tom (1981). «Mistreatment of the Elderly in the Domestic Setting : An Exploratory Study», American Journal of Public Health, 71(5), pp. 500-507.
- DUPUIS, Jacqueline, VANDAL, Aline (1989). «Abus envers les personnes âgées», Nursing Québec, vol. 9, no. 6, pp. 18-23.
- ÉMOND, Aline et al. (1988a). Rapport de l'enquête Santé Québec 1987 : tome 1, Les Publications du Québec, 4e trimestre 1988, pp. 94-105, 112-119, 134, 152-157, 175-192.
- ÉMOND, Aline et al. (1988b). Rapport de l'enquête Santé Québec 1987 : tome 2, Les Publications du Québec, 4e trimestre 1988, pp. 60-63, 73.
- FINKELHOR, David, PILLEMER, Karl (1987). Correlates of Elder Abuse : A Case Control Study, texte distribué à la National Conference for Family Violence Researchers, Durham, New Hampshire, U.S.A., July 1987.
- FULMER, T., ASHLEY, J. (1986). Neglect : What part of Abuse? Pride Institute of Long Term Home Health Care, 5, pp. 18-24.
- GALBRAITH, M.W. (1988). «A Critical Examination of the Definitional, Methodological and Theoretical Problems of Elder Abuse», in FILINSON, R., INGMAN, S.R., Elder Abuse — Practice and Policy, New York, Human Science Press Inc., pp. 33-50.
- GIORDANO, Nan Herving, GIORDANO, Jeffrey A. (1984). «Elder Abuse : A Review of the Literature», Social Work, 29(3), pp. 232-236.
- GNAEDINGER, Nancy (1989). Les mauvais traitements infligés aux personnes âgées, Document de travail rédigé à l'intention de la Division de la prévention de la violence familiale du ministère de la Santé et du Bien-être social Canada, The DPA Group Inc., Ottawa, 58 p.
- GOUVERNEMENT DU CANADA (1990). Les aîné(e)s du Canada : une force dynamique, Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1990, pp. 14-15.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Marc-Yvan Côté (1990). Une réforme axée sur le citoyen, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 7 décembre 1990, pp. 24-27.
- HIRST, Sandra, MILLER, Jean (1986). «The Abused Elderly», Journal of Psychosocial Nursing, 24(10), pp. 28-34.
- HOOYMAN, Nancy R. (1983). «Elderly Abuse and Neglect : Community Interventions, Abuse and Maltreatment of the Elderly — Causes and Interventions. Jordan I. Kosberg (Ed.) Littleton, Massachusetts : John Wright, PSG Inc., pp. 376-389.
-

- 
- HOOYMAN, Nancy R., RATHBONE-McCUAN, Eloise, KLINGBEIL, Karil (1982). «Serving the vulnerable elderly — The detection, intervention and prevention of familial abuse», The Urban Social Change Review, Summer, 15 (2) : 9-13.
- HUDSON, Margaret, JOHNSON, Tanya (1986). «Elder Neglect and Abuse : A Review of the Literature», Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 6, pp. 81-133.
- JOHNSON, T. (1986). Critical Issues in the Definition of Elder Mistreatment, Elder Abuse : Conflict in the Family, Edited by K. Pillemer and R. Wolfe, Dover, Massachusetts, Auburn House.
- JOHNSON, Tanya, O'BRIEN, James, HUDSON, Margaret F. (1985). Elder Neglect and Abuse : An Annotated Bibliography, Connecticut : Greenwood Press, 223 p.
- KINDERKNECHT, Cheryl H. (1986). «In Home Social Work with Abused on Neglect Elderly : An Experimental Guide to Assessment and Treatment». Journal of Gerontological Social Work. Spring, 9 (3) : 29-42.
- KOSBERG, J.I. (1988). «Preventing Elder Abuse : Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions», The Gerontologist, 28,1 : 43-50.
- LANGLEY, Ann (1981). Abuse of the Elderly, Human Service, Monograph Series, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, September, 29 p.
- LAPIERRE, Louise, ADAMS, Owen B. (1989). Les personnes âgées et la santé, ça va? Les Publications du Québec, 2e trimestre 1989, 82 p.
- LAU, Elizabeth E., KOSBERG, Jordan I. (1979). «Abuse of the Elderly by Informal Care Providers», Aging, September-October, pp. 10-15.
- LÉVESQUE, Marie-Josée (1987a). Les personnes âgées maltraitées : éléments de problématique et bibliographie sélective (1980-1987), Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, Québec, 21 p.
- LÉVESQUE, Marie-Josée (1987b). Prévention, détection et protection des personnes âgées abusées : éléments pour une stratégie d'intervention, document de travail, Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, Québec, 31 p.
- MICHOT, Y.A (1973). La violence, P.U.F., Paris.
- NAHMIASH, Daphné (1990). «L'intervention en situation de risque d'abus en milieu naturel» dans Vieillir sans violence, Presses de l'Université du Québec, pp. 87-95.
- O'MALLEY, H. C., SEGARS, H., PEREZ, R., MITCHELL, V., KNUEPEL, G. M. (1979). Elder abuse in Massachusetts : A Survey of Professionals and Paraprofessionals, Boston : Legal Research and Services for the Elderly.
- O'ROURKE, M. (1981). Elder Abuse : the State of Art, Paper prepared for the National Conference on the Abuse of Older Person. Boston, Massachusetts, March, pp. 23-25.
-

- 
- ONTARIO ADVISORY COUNCIL ON SENIOR CITIZENS (1986). A Report on Elder Abuse, February, 1986.
- PEDRICK-CORNELL, Claire, GELLES, Richard J. (1982). «Elder Abuse : The Status of Current Knowledge», Family Relations, 31(3), pp. 457-465.
- PHILLIPS, L.R. (1983). «Abuse and Neglect of the Frail Elderly at Home : an Exploration of Theoretical Relationships», Journal of Advanced Nursing, 8(5), pp. 379-392.
- PIERCE, Robert Lee, TROTTA, Rosilee (1986). «Abused Parents : A Hidden Family Problem», Journal of Family Violence, 1(1) : 99-110.
- PILLEMER, Karl A. (1985). The Dangers of Dependency : New Findings on Domestic Violence Against the Elderly, Annual Meeting of the American Sociological Association, August.
- PILLEMER, Karl A., SUITOR, J. Jill (1988). Elder Abuse, V. Van Hassett et al.(Ed.), Handbook of Family Violence, Plenum Press, New York, pp. 247-270.
- PILLEMER, Karl, FINKELHOR, David (1988). «The Prevalence of Elder Abuse : A Random Sample Survey», The Gerontologist, 28, pp. 51-57.
- PODNIIEKS, Elizabeth, PILLEMER, Karl A., NICHOLSON, J. Phillip, SHILLINGTON, Thomas, FRIZZEL, Alan (1990). Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada : L'étude Ryerson, Ryerson Polytechnical Institute, Toronto, Ontario, 121 p.
- PODNIIEKS, Elizabeth, PILLEMER, Karl A., NICHOLSON, J. Phillip, FRIZZEL, Alan (1989). Enquête nationale sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées au Canada, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 19 p.
- POERTNER, John (1986). «Estimating the Incidence of Abused Older Persons», Journal of Gerontological Social Work, 9(3), Spring 1986, pp. 3-15.
- RAAB, Diane (1986). «Assessing and Correcting Elder Abuse and Neglect» Health Care, novembre 1986, pp. 22-24.
- RATHBONE-McCUAN, Eloise (1980). «Elderly Victims of Family Violence and Neglect», Social Casework, 61(4), pp. 296-304.
- SENGSTOCK, Mary C., BARRETT, Sara (1986). «Elderly Victims of Family Abuse, Neglect and Maltreatment : Can Legal Assistance Help?» Journal of Gerontological Social Work, Spring, 9 (3) : 43-61.
- SHELL, Donna J. (1982). Protection of the Elderly : A Study of Elder Abuse, Winnipeg : Manitoba Association on Gerontology, Subcommittee on Protection of the Elderly, 1982, 61 p.
-

- 
- SOLOMON, Kenneth (1983). «Intervention for the Victimized Elderly and Sensitization of Health Professionals : Therapeutic and Educational Efforts», Abuse and Maltreatment of the Elderly, Jordan I. Kosberg (Ed.), Littleton, Massachusetts, John Wright, PSG Inc., pp. 404-421.
- STEINMETZ, Suzanne K. (1981). «Elder Abuse», Aging, no 315-316, pp. 6-10.
- STEINMETZ, Suzanne K. (1983). «Dependency, Stress and Violence Between Middle-Aged Caregivers and their Elderly Parents», Abuse and Maltreatment of the Elderly — Causes and Interventions, Jordan I. Kosberg (Ed.), Littleton, Massachusetts, John Wright, PSG Inc., pp. 134-149.
- STEVENSON, Carol (1985). Family Abuse of the Elderly in Alberta, Senior Citizens Bureau, Alberta Social Services and Community Health, october 1985.
- TREMBLAY, Lucie (1990). «La violence faite aux personnes âgées en institution» dans Vieillir sans violence, Presses de l'Université du Québec, pp. 97-107.
- VALENTINE, Deborah, CASH, Tim (1986). A Definitional Discussion of Elder Maltreatment, Journal of Gerontological Social Work, Spring 1986, 9 (3) : 17-29.

B 8730 ex.2

E-4650

L'abus et la négligence envers les personnes âgées vivant en milieu naturel: une recension d'écrits

DATE	NOM
20-07-03	Clément

B 8730  
Ex.2