



VIOLENCE EN CONTEXTE D'INTIMITÉ FAMILIALE DES PERSONNES ÂGÉES

LOUIS PLAMONDON

JURISTE ET SOCIOLOGUE, PRÉSIDENT DE RIFVEL - FACULTÉ DE L'ÉDUCATION PERMANENTE
RESPONSABLE DU PROGRAMME DE GÉRONTOLOGIE
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La sécurité des personnes âgées ayant des incapacités à domicile ne peut plus faire l'économie d'une harmonisation des mesures de protection pour tenir compte de leur vulnérabilité spécifique et de leur limite face à des risques présents dans les familles ou chez leurs proches. Entre les tâches de soins et le devoir de compassion pour le couple aidé-aidant peut se glisser chez les intervenants des jugements qui interrogent les limites de l'intimité par le fait même. La société civile est-elle étrangère à ce qui se passe derrière la façade familiale, l'intimité de la prise en charge serait-il un domaine de l'impunité ? L'outil ODIVA qui résulte d'une recherche action de plus de cinq ans entre la Suisse et le Québec permet de soutenir la volonté d'écoute des professionnels des services à domicile en vue d'entendre les victimes éventuelles et de mieux soutenir les aidants.

VIOLENCE AND ELDERLY PEOPLE'S INTIMACY WITHIN A FAMILY CONTEXT

Elderly disabled people's safety at home can no longer continue without harmonising protective measures which will take into account their specific vulnerabilities and their limits if at risk within the family or their close surroundings. Between the tasks of caring and the duty of compassion for the helper/helped couple judgement may be made by those involved which question the very limits of intimacy. Is the civil society unaware of what goes on behind the family façade? Could the intimacy of caring be within the field of impunity? The ODIVA tool which results from research and action over a period of more than five years between Switzerland and Quebec assists home care professionals in listening to potential victims and in supporting carers.

Cette étude a été entreprise sous la direction de :
- Louis Plamondon,
juriste et sociologue,
Université de Montréal
- Sylvie Lazon,
professeure,
Université d'Ottawa
- Pr Charles-Henri Rapin,
médecin-chef,
Université de Genève.
Avec la collaboration de :
- Marc Bourdeau,
statisticien, professeur,
Ecole polytechnique,
Université de Montréal
- Alexandre Saint-Jean et
Pascal Philippe Bélanger,
assistants de recherche,
Université de Montréal.

La recherche ODIVA¹ (Outil de Dépistage et d'Intervention des Victimes Aînées) est une recherche-action mise en place, suite à la demande de directions de services à domicile du canton de Vaud en Suisse, afin de mettre à la disposition de leurs collaborateurs un outil d'évaluation du niveau de danger et d'urgence d'intervention auprès des victimes aînées qui reçoivent des services. Elle n'est pas une étude de prévalence ni d'incidence des abus et négligences dans le milieu familial lorsqu'une personne âgée reçoit des services à domicile.

La recherche-action comporte deux volets :

– un volet permettant de valider la pertinence des critères retenus quant aux caractéristiques des victimes et des abuseurs de personnes âgées à domicile. Ces critères ont été sélectionnés à partir d'une revue de la littérature et de l'expertise de professionnels choisis par le groupe de pilotage, le critère de cette sélection étant leur pertinence en regard de l'élaboration d'un test de dépistage des situations de danger d'abus à domicile.

– L'autre volet de cette recherche a permis d'élaborer un programme d'interventions fondées sur les constats de danger établis avec les intervenants afin de mieux ajuster les pratiques des équipes et l'organisation des services².

2. Ce programme et toutes les données de l'étude ODIVA sont disponibles sur le site web du réseau internet francophone Vieillir en liberté www.rifvel.org.

Le groupe de pilotage a ciblé différents objectifs à cette démarche :

- avoir à disposition des moyens d'évaluation des dangers et pouvoir juger de la gravité de la situation ;
- résoudre la difficulté pour une auxiliaire santé ou de services ménagers de se faire entendre, d'être crue par l'infirmière ou les responsables ;
- devant des situations extrêmes de maltraitance comment informer les médecins des situations de façon efficace et standardisée ;
- dans un contexte de conflit exacerbé dans un couple ou une famille, où un client est très dépendant, de trouver une base pour intervenir bien au-delà de la demande ;
- de disposer de critères fiables pour juger du danger perçu sans détenir les plaintes des victimes ;
- de résoudre la difficulté d'avoir un portrait global de la situation et une coordination des membres de l'équipe qui interviennent ;
- de soutenir les directions de services devant une situation d'abus dans une scène familiale tenant compte des risques de la porte close et ainsi détenir une certaine objectivation du danger ;

– faire face de manière adéquate au déni de certains intervenants internes ou externes (justice, police, tutelle) devant des situations extrêmes.

Ce sont les résultats du premier volet de cette recherche qui font l'objet du présent article.

LA SÉCURITÉ DES AÎNÉS À DOMICILE : UN ENJEU SUR LES LIMITES DE LA VIE PRIVÉE ET DE L'INTIMITÉ

Les services à domicile pour les aînés constituent depuis plus de deux décennies, dans les pays développés, un élément essentiel des interventions socio-sanitaires à l'égard des populations âgées fragilisées. Pourtant selon les études les plus récentes c'est encore la famille, particulièrement ses membres féminins, qui sont au centre du vieillir à domicile délivrant la majorité des aides et services auprès des aînés vulnérables (Mestheneos & Triantafillou, 2005 ; Ducharme, 2006) : ainsi par exemple, la famille fournit de 80 à 87 % des prestations de soins et services au Québec, de 70 % à 80 % en Suisse (Bluewin Infos, 21 juin 2006). De plus, selon les auteurs cités par Francine Ducharme, le virage ambulatoire et les orientations des politiques de santé des pays développés « font en sorte que dans le monde occidental les personnes reçoivent de plus en plus de soins par les membres de leur famille au sein de leur milieu de vie naturel ».

De 4,5 % à 24 % de la population des plus de 65 ans bénéficieraient de services à domicile selon les pays ; dans le Canton de Vaud, les Centres médicaux sociaux (CMS) interviennent auprès de 10,3 % des plus de 65 ans. (Paris, 2001 ; Blanc, 2007 ; Jacobzone, 2000)

Toutefois les familles tarderaient à demander de l'aide, les services proposés s'ajustant mal à leurs attentes, à celles des aidants en particulier (Ducharme 2006), et à cause de leur volonté de faire leur « devoir jusqu'au bout ». (Bonnet 2006). L'insertion des intervenants à domicile se fait donc dans l'intimité d'une famille qui a longtemps résisté à leur venue dans le « giron familial ». Les intervenants-témoins de la recherche ODIVA ont bien souligné les défis que pose aux familles leur insertion – ces étrangères – dans le

mode de vie et les façons de faire des familles qui ont toutes leur singularité, leur ordre et désordre, leur histoire de relations, leurs sentiments face à la situation de prise en charge d'un proche (gênes, anxiété, colère, culpabilité, regrets, etc.). Dans cet état de fait, la perception de situations problématiques soulève pour les intervenants des questions d'ordre éthique qui portent sur les valeurs et les limites que chacun de nous projetons dans la relation d'aide dans la famille. (Beaulieu, 2006). En effet, se crée avec les intervenants à domicile une relation de confiance qui se construit par cet accès à l'intimité familiale telle qu'elle se vit au jour le jour, face à une personne âgée fragilisée et souvent perturbée. D'où le souci des intervenantes de respecter cette confiance et ce droit à l'intimité que nous réclamons tous quand il s'agit de notre vie privée ; la volonté de préserver le lien ainsi créé par le service est prédominante. Cependant quand la condition de la personne âgée aidée apparaît inadéquate sur le plan des besoins fondamentaux, quand les soignants sont mis devant l'évidence de négligences sérieuses, de privations élémentaires, de comportements agressifs ou de brusqueries, leurs observations et leur témoignage requièrent des directions de services à domicile une écoute compétente et des consignes claires. S'inspirant des politiques d'intervention en matière de violences familiales aux enfants et aux conjoints, expressions de la reconnaissance par nos sociétés de leur devoir de porter secours aux victimes au-delà du respect du droit à la vie privée, les services à domicile se sont donné les moyens de soutenir leurs intervenants dans leur volonté de porter secours aux personnes vulnérables et aux familles en difficultés. Mais pour cela il fallait qu'ils puissent mettre à la disposition de leur personnel un outil, adapté à ses pratiques et aux réalités des clientèles, permettant de déceler les situations de maltraitance potentielle.

PROBLÉMATIQUE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES

La violence – physique, psychologique ou matérielle – faite aux aînés se manifeste parfois dans les établissements de soins qui les accueillent. Toutefois, elle s'inscrit pour une très large part à domicile, notamment dans le cadre familial. Elle est toujours le fait de personnes qui profitent de leur pouvoir et de la vulnérabilité d'un être humain pour le déposséder de ses biens, de sa dignité, de son autonomie, le privant ainsi de ses droits les plus fondamentaux.

Ce problème social, inscrit dans le prolongement des préoccupations des gouvernements concernant l'évaluation et la prévention de la violence familiale, a fait l'objet de nombreuses études depuis le début des années 1980. En 1996, une recension des écrits portant sur la violence faite aux aînés, publiés au cours des cinq années précédentes seulement, rapportait 200 références, surtout américaines, anglaises et canadiennes (Martel, 1996). Depuis l'année 1992, le Conseil de l'Europe (Conseil de l'Europe, 1992), l'Organisation Mondiale de la Santé (Krug *et al.*, 2002) et le Gouvernement Français (Debout *et al.*, 2002) y ont consacré d'importants travaux et publications. Dans son document *Rapport mondial sur la violence et la santé*, l'Organisation Mondiale de la Santé a établi en 2002 la liste des indicateurs les plus souvent cités en matière de maltraitance (annexe 1). On y retrouve la plupart des variables retenues dans la recherche ODIVA.

Plusieurs études menées ont permis d'estimer la prévalence de la violence à l'endroit des aînés, d'établir la fréquence des différents types d'abus et certaines caractéristiques des victimes et des abuseurs. Les niveaux marquent une certaine constance.

- En utilisant une méthode reconnue et un échantillon de grande taille (N = 2000) Pillemer et Finkelhor (1988) ont révélé que 3,2 % des aînés étaient victimes de violence dans la région de Boston aux États-Unis.
- Au Canada, un sondage téléphonique mené auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée vivant dans la communauté (Podnieks & Pillemer, 1990) a conclu que 4 % des Canadiens auraient été victimes de violence depuis qu'ils avaient atteint l'âge de 65 ans.
- En Europe, c'est en France qu'a été produite la première étude de prévalence et les conclusions rejoignent les constats américains et canadiens. En effet, le laboratoire d'évaluation médicale de l'Université de Lille 2 (Durocher *et al.*, 2000) a consulté 2 668 dossiers médicaux de personnes de plus de 60 ans prises en charge dans différentes institutions et réseaux de soins et a trouvé que 5,9 % d'entre elles avaient été victimes de violence. La force de cette étude repose sur la méthode de calcul de la prévalence à partir de constats d'abus et sur la prise en compte à la fois de personnes vivant à domicile et en institution. Le réseau ALMA en France a mis en évidence (Busby, 2004) que 63 % des cas d'abus signalés au réseau proviennent de situation à domicile et 37 % en institution.

Dans *Violence et sentiments d'insécurité chez les personnes âgées : prévalence et conséquences*, Vandenberg et al. (1998) ont établi, par une méthodologie fondée sur des entretiens en face à face dans un échantillon représentatif de la population belge de 60 ans et plus (N = 523), une prévalence de 19,7 % pour toutes les formes d'abus. L'écart entre ces données et les études citées peut s'expliquer par le fait qu'on y propose des définitions plus exhaustives des différentes formes d'abus. De plus la technique d'enquête, effectuée au domicile du répondant par une entrevue réalisée en face à face, pourrait être plus performante globalement.

Ainsi, en considérant un taux de prévalence prudent de 5 %, le nombre absolu de personnes touchées donne au phénomène toute sa réalité : environ 600 000 aînés français, 60 000 aînés suisses et 50 000 québécois âgés subiraient les préjudices physiques, psychologiques ou matériels de la maltraitance !

Il ressort de ces études que les violences psychologiques (exclusion affective, humiliation et chantages, agressions verbales, etc.) sont les plus nombreuses, suivies par les violences financières et enfin les violences physiques (coups, sévices sexuels, abus de médicaments). « *La prévalence des négligences³ est un point de désaccord : dans certains cas elle est considérée comme la forme de maltraitance la plus fréquente, dans d'autres elle est considérée comme la forme la moins fréquente* » (Durocher, 2000). Les résultats indiquent clairement que les trois formes de violence coexistent souvent⁴.

3. Lacunes dans les soins de base, surtout au plan de l'hygiène et de l'alimentation.

4. Par exemple, Durocher en totalise en moyenne 2,17, NCEA 1,68 et ODIVA 2,1.

Selon McDonald et al. (1991) un nombre imposant d'études établissent un lien entre les mauvais traitements et les problèmes de santé mentale d'une part et les caractéristiques sociales des aidants d'autre part. Ainsi, les agresseurs sont plus susceptibles que les aidants non-agresseurs d'abuser d'alcool ou d'autres drogues. Le stress subi par l'aidant qui donne des soins de longue durée à un aîné conduit parfois aux mauvais traitements. Les enfants marqués par des antécédents de violence familiale peuvent agresser leur parent plus facilement. Les aînés maltraités sont moins susceptibles d'avoir des rapports avec leurs amis et parents que les autres aînés.

La mise à disposition d'un test d'évaluation de danger n'est pas une idée nouvelle : Reis et Nahmiash (1998) ont établi avec la grille LISA une liste de 22 critères pour déterminer la présence ou l'absence de situation abusive (voir annexe 2). Ces critères de situation

d'abus sont énumérés par ordre d'importance. À la suite d'une évaluation à domicile, d'une durée d'environ deux ou trois heures, il est possible d'établir si la situation est abusive. Pour ces auteurs, les critères relatifs à l'aidant ont plus d'importance que ceux relatifs à la personne aidée, et la situation relationnelle passée et actuelle est centrale dans leur évaluation, ce qui n'est pas une donnée facilement accessible à tous les intervenants des services à domicile. Cependant, c'est la prise en compte de l'ensemble de ces indices qui permet de signaler l'existence d'une situation abusive. L'équipe de la Poliger à Genève a fait une démarche exploratoire semblable en 1998 (Olmari-Ebbing *et al.*, 1999) afin d'établir une mesure de facteurs de risques dans le contexte d'un service gériatrique lié aux médecins de ville et aux services à domicile.

MÉTHODOLOGIE DE LA COLLECTE DE DONNÉES ODIVA

Notre étude est constituée d'un relevé, sous forme écrite, d'histoires de cas d'abus et négligences (N=360) dans trois sous-régions de services à domicile du Canton de Vaud en Suisse, entre 2000 et 2005. Ces récits ont été recueillis lors de formations, les témoins représentant toute la diversité des personnels intervenant à domicile : infirmières, soignantes, auxiliaires de santé, auxiliaires familiales, préposés aux repas à domicile. Notons que les histoires de cas proviennent autant de zones urbaines que de zones rurales du canton. L'échantillon ainsi regroupé est réputé accidentel ou de convenance. Ont été ainsi analysées et traitées 360 situations d'abus, dont les victimes ont toutes plus de 60 ans.

La collecte des histoires de cas a été effectuée sous la direction de l'un des responsables de l'étude. Dans un premier temps, il s'est agi de retracer ces histoires, en appliquant des consignes précises concernant la description des situations, les caractéristiques des victimes et de leur environnement. Ces histoires, codées et anonymes, ont été intégrées au dossier de recherche. Dans un deuxième temps, toujours sous supervision, pour chacun des cas référencés, les participants ont répondu aux questions concernant les caractéristiques des abuseurs et des victimes établies dans le test ODIVA.

Ainsi nous avons réalisé une étude dite d'analyse rétrospective de situations d'abus visant à identifier la prévalence de caractéristiques sélectionnées et regroupées sous quatre catégories (voir

tableaux 3, 4, 5, 6) : profil des victimes (15 critères), profil d'abuseur (12 critères), comportement des victimes (16 critères), comportement des abuseurs (16 critères). L'étude avait deux objectifs : identifier la pertinence des critères retenus et rechercher les corrélations possibles entre certaines caractéristiques.

L'ÉCHANTILLON DE CONVENANCE ODIVA ET LA POPULATION SOUS ÉTUDE

L'étude a été menée dans les structures de services à domicile du Canton de Vaud en Suisse. La population des 60 ans et plus dans les services à domicile représente 10 027 clients en 2005 ; les Centres médicaux sociaux (CMS) impliqués dans l'étude ODIVA sont regroupés dans trois sous régions et desservent 3 741 clients, soit 37 % de la population de plus de 60 ans desservie par des services. Il y a peu de différences quant à la répartition hommes/ femmes et quant à la moyenne d'âge⁵ entre l'ensemble de la population du canton de Vaud bénéficiant de services à domicile et celle dépendant des CMS impliqués dans l'étude ODIVA (cf. tableau 1).

5. Seuls critères sociodémographiques disponibles.

Tableau 1
Nombre, proportion et âge moyen des personnes âgées de 60 ans et bénéficiant de services à domicile dans l'ensemble des CMS du canton de Vaud et dans ceux impliqués dans l'étude ODIVA : Fondation La Côte, Nord-Vaudois et Renens

	Ensemble des CMS*	CMS impliqués dans Echantillon ODIVA
<i>Nombre de clients</i>		
F	7 161	2 624
H	2 866	1 117
Ensemble	10 027	3 741
<i>Proportion des clients dans ensemble des 60 ans et +</i>		
F	71,4 %	70,2 %
H	28,6 %	29,8 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %
<i>Age moyen des clients</i>		
F	81,3	81,1
H	79,8	79,5
Ensemble	80,9	80,6

* Source : Office Médico-social Vaudois (OMSV 2007).

...

...

Tableau 2

Résultats comparés d'études sur des populations de victimes âgées

Types d'abus (Études sur des populations victimes)	Alma France (selon des appels de ligne d'écoute dossiers à domicile) 2004 N = 2910*	Durocher <i>et al.</i> ** (selon dossiers médicaux, toutes structures)* 1996 N = 159***	ODIVA 360 (dossiers clients de services à domicile) 2005 N = 360***	NCEA/USA** (Selon les dossiers d'agence sociale âgés) 1996 N = 70942
Violences psychologiques	27 %	85 %	39 %	35 %
Violences financières	24 %	62 %	19 %	30 %
Violences physiques	14 %	28 %	14 %	25 %
Violences civiques ou des droits	14 %	17 %	7 %	30 % (abandon)
Violences médicales	5 %	Nd	Nd	Nd
Négligences	17 %	25 %****	17 %	48 %
Âges des victimes	77 ans environ	81 ans	79 ans	+ 80 ans
% femmes	71 %	76 %	78 %	70 %
% hommes	23 %	24 %	22 %	30 %
	(6 % de couples)			
Auteur des violences familiales				
Enfants abuseurs	58 %	50 %	47 %	47 %
Conjoints abuseurs	15 %	17 %	31 %	19 %

Sources :

- Busby F., 2004, Rapport d'activités de ALMA France et des Centres d'Écoute ALMA.

- Durocher A.M. *et al.*, 2000, La Maltraitance des personnes âgées dans un cadre familial élargie : Enquête dans le département du Nord. La Presse Médicales, vol. 29, n° 16, mai 2000.

- The National Elder Abuse Incidence Study, Final Report, Sep. 1998.

* 2 668 dossiers ont été examinés.

** Pour Durocher et NCEA, les pourcentages sont calculés sur les répondants, dans ODIVA et Alma sur les réponses, leur comparaison nécessite donc une certaine prudence. Par ailleurs certaines études incluent des victimes hébergées.

*** Les pourcentages issus des 159 cas de maltraitance repérés sont entachés d'une incertitude de ± 7 ou 8 % selon les cases, ceux sur 360 cas de $\pm 3,5$ ou 4%.

**** Dans l'article, Durocher met les privations de sortie 13,1%/38,3 % avec les négligences, ce qui est peu commun ; je propose de les soustraire de cette catégorie qui reviendrait à 25,2 % ; ensuite les ajouter aux violations des droits et violences civiques 13,1 % + 3,6 %, ce qui donnera 16,7 % pour cette catégorie.

•••

•••

VALIDITÉ DES RÉSULTATS

Un élément de validité externe de l'étude ODIVA 360 se trouve dans la distribution des types d'abus inventoriés et des caractéristiques générales des victimes et des abuseurs obtenues à l'occasion de la collecte des données. En effet, la distribution de la population, pour ce qui est des caractéristiques de sexe, d'âge, de types d'abus, correspond globalement à celles généralement établies dans la plupart des études de prévalence ou des études descriptives de victimisation des personnes âgées (voir tableau 2). Les victimes sont environ 3,5 fois plus souvent des femmes, le ratio femmes/hommes étant un peu moins fort dans l'enquête américaine. Cela conforte la validité de notre recherche et montre que la distribution des scores de l'ensemble des caractéristiques mises en évidence peut servir à établir un test de repères de danger. Notons cependant, dans l'étude ODIVA, une singularité au niveau du lien entre la victime et ses abuseurs : ODIVA présente une proportion deux fois plus importante de victimes de conjoints.

SOMMAIRE DES RÉSULTATS : LA PERFORMANCE DES INDICATEURS ODIVA

L'étude ODIVA permet d'identifier les caractéristiques les plus fréquemment associées au profil et comportement des victimes d'une part et des abuseurs d'autre part (voir tableaux 3, 4, 5, 6).

Tableau 3
Fréquences des différentes caractéristiques associées aux victimes

PROFIL DE LA VICTIME POTENTIELLE	
<i>La personne que je soupçonne être une victime...</i>	%
Est très dépendante pour les soins de base (alimentation et hygiène)	66,5
Reçoit l'aide d'une même personne depuis longtemps	61,8
Souffre d'un handicap physique exigeant de l'aide quotidienne	58,5
N'a pas le contrôle de ses avoirs financiers ou de son argent au quotidien	53,8
Une personne qui vit seule et a plus de 75 ans	39,3
Présente des troubles de comportement (déambulation, agressivité élevée, cris et plaintes)	37,6
Souffre d'une maladie mentale ou dégénérative (ex. : Alzheimer)	36,0

Suite du tableau 

Ne peut communiquer ses expériences ou ses émotions	36,0
Est désorientée dans le temps	35,4
A peu de contact avec sa famille	32,4
Souffre de douleur chronique peu ou pas soulagée	32,4
Traitée pour des symptômes de dépression	20,6
Entretient des relations avec un seul membre de sa famille qui, lui, vit des difficultés économiques	20,3
Vit chez un membre de sa famille avec une contribution économique	19,5
Est une femme mariée, qui a déjà vécu des problèmes de violence	16,2

Tableau 4
Fréquences des différentes caractéristiques associées aux abuseurs

PROFIL DE L'ABUSEUR POTENTIEL	
<i>La personne que je soupçonne être un abuseur...</i>	%
N'est pas préparée à s'occuper d'une personne malade	59,3
Vit avec la victime et s'occupe d'elle depuis longtemps	50,8
Accepte mal cette charge de soignant	44,2
Vit un <i>burn-out</i> , une surcharge de travail ou des problèmes familiaux	44,0
Ne reçoit aucune gratification pour cette charge	39,6
Souffre elle-même de problèmes de santé	39,3
Dépend financièrement de la victime	26,4
A des problèmes financiers	25,0
Est isolée socialement	22,3
Ne reçoit pas ou refuse l'apport de service communautaire	21,4
Est alcoolique ou toxicomane ou consomme régulièrement des psychotropes	19,0
Est une salariée qui ne reçoit aucun soutien ou supervision pour cette charge	13,5

Concernant le profil des victimes ou des abuseurs, et leur comportement, les quatre premières caractéristiques sont présentes dans plus de 40 % des cas. On notera, de plus, que tant dans les profils que dans les comportements, chacune des caractéristiques est présente au moins dans 12 % des 360 situations prises en compte. Ce résultat confirme la pertinence des variables sélectionnées pour

établir un portrait de situations problématiques dans les clientèles desservies à domicile. Précisons que la fréquence ne permet pas d'établir la dangerosité des caractéristiques prises isolément; en effet des profils et comportements peu fréquents peuvent être porteurs d'un risque très élevé, tel un historique de violence familiale chez la victime (12 %) ou la toxicomanie d'un membre de la famille chez un abuseur (15,8 %).

Par ailleurs, les données révèlent que dans plus de 60 % des situations, les profils ou comportements tant des abuseurs que des victimes présentaient au moins quatre des caractéristiques répertoriées (tableau 7). Cela suggère que nous pourrions établir que la présence de quatre variables dans chaque catégorie dans une situation donnée pourrait constituer un seuil de danger.

Tableau 5
Fréquences des différents comportements associés aux victimes

COMPORTEMENT DE LA VICTIME POTENTIELLE	
<i>La personne que je soupçonne être une victime...</i>	%
Présente des symptômes de dépression : insomnie, perte d'appétit, perte d'intérêt, pleurs fréquents	46,7
Vit en réclusion évidente	43,1
A l'air calme à l'excès	41,8
Apparaît effrayée, méfiante	40,1
Manifeste un changement brusque d'humeur	36,3
Pleure facilement	33,2
Apparaît négligée dans son apparence.	31,9
Menace de se suicider ou souhaite mourir	27,5
Requiert la permission d'un tiers pour répondre à des questions	22,3
Dit qu'on la maltraite	18,4
Est incapable ou embarrassée d'expliquer ses blessures	18,1
Dit qu'on lui doit de l'argent, qu'il manque de l'argent	17,3
Exprime son intention de se séparer (de son conjoint) ou de déménager	13,5
Subit une perte de poids inexplicable médicalement.	12,9
Présente des histoires répétitives de chutes inexplicables	12,9
Se plaint d'un manque de chauffage, de ventilation de sa chambre	12,4

...

...

Tableau 6
Fréquences des différents comportements associés aux abuseurs

COMPOTEMENT DE L'ABUSEUR POTENTIEL	
<i>La personne que je soupçonne être un agresseur ou abuseur</i>	%
Se plaint du comportement de la personne âgée	55,5
Réprimande la victime	52,7
Déprécie la victime	52,2
Harcèle la victime	41,2
Montre un comportement agressif (ex. : bris d'objet, colère)	40,9
Isole la victime	39,3
Critique constamment la victime	37,9
Se montre inutilement exigeant	36,5
Apparaît méfiante et soupçonneuse face aux étrangers	36,0
Insulte la victime	31,6
Menace la victime	26,9
Dépense plus d'argent qu'à l'habitude	26,1
Répond systématiquement à la place de la personne âgée	23,1
Prive la personne de nourriture et de soins requis	17,9
Menace d'interrompre le service à domicile	14,8
Refuse de laisser la victime seule avec un tiers	12,6

Tableau 7
Distribution du nombre de caractéristiques répertoriées
dans le profil ou le comportement de chaque victime ou abuseur

Nombre de caractéristiques	Profil victime		Comportement victime		Profil abuseur		Comportement abuseur	
	Nb de cas	%	Nb de cas	%	Nb de cas	%	Nb de cas	%
1 à 3	68	18,8	130	37,1	136	39,8	98	28,5
4 à 6	156	43,2	156	44,6	150	43,9	115	33,4
7 à 9	116	32,1	56	16,0	47	13,7	85	24,7
10 et +	21	5,8	8	2,3	9	2,6	46	13,4
4 ou +	293	81,2	220	62,9	206	60,2	246	71,5

Note de lecture : dans 81,2% des cas on retrouve dans le profil des victimes au moins 4 des 15 caractéristiques énumérées.

PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Reste à valider l'outil ODIVA pour lui octroyer une force prédictive et pour donner une valeur discriminante aux caractéristiques victimes-abuseurs; nous cherchons à établir des collaborations pour mener une enquête auprès de toute une population bénéficiant de services à domicile. Elle nous permettrait de vérifier quels critères mis en évidence par ODIVA sont significativement plus présents chez les personnes en situation de maltraitance que dans l'ensemble de la population desservie à domicile.

■

ANNEXE 1

Indicateur de maltraitance des personnes âgées selon l'OMS

Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation Mondiale de la Santé. Sous la direction d'Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio. Genève, 2002 (chapitre 5, tableau 5,1)

INDICATEURS RELATIFS À LA PERSONNE ÂGÉE

Physiques

- Se plaint d'agressions physiques
- Chutes et blessures inexplicables
- Brûlures et ecchymoses à des endroits inhabituels ou d'un type inhabituel
- Coupures, marques de doigts ou autres preuves de contention
- Trop de prescriptions à répétition ou pas assez de médicaments
- Malnutrition ou déshydratation sans cause médicale
- Preuve de soins insuffisants ou de mauvaise hygiène
- La personne se fait soigner chez différents médecins et dans différents centres médicaux

Comportementaux ou psychologiques

- Changement dans les habitudes alimentaires ou troubles du sommeil
- Peur, confusion ou air de résignation
- Passivité, repli sur soi-même ou dépression de plus en plus marquée
- Sentiment d'impuissance, de désespoir ou angoisse
- Déclarations contradictoires ou autre ambivalence ne résultant pas d'une confusion mentale
- Hésitation à parler franchement
- Évite les contacts physiques, oculaires ou verbaux avec le soignant
- La personne âgée est tenue isolée par d'autres

Sexuels

- Se plaint d'agressions sexuelles
- Comportement sexuel ne correspondant pas aux relations habituelles ou à la personnalité antérieure de la personne âgée
- Changements inexplicables dans le comportement, par exemple, agressivité, repli sur soi-même ou automutilation
- Se plaint fréquemment de douleurs abdominales ou présente des saignements vaginaux ou anaux inexplicables
- Infections génitales récidivantes, ou ecchymoses autour des seins ou de la zone génitale
- Sous-vêtements déchirés ou tâchés, notamment de sang

INDICATEURS RELATIFS AU SOIGNANT

- Le soignant semble fatigué ou stressé
- Le soignant semble trop intéressé ou pas assez
- Le soignant fait des reproches à la personne âgée pour des actes tels que l'incontinence
- Le soignant se montre agressif
- Le soignant traite la personne âgée comme un enfant ou de manière déshumanisante
- Le soignant a un passé de toxicomane ou de violence à l'égard d'autrui
- Le soignant ne veut pas que la personne âgée ait un entretien avec quiconque seule
- Le soignant est sur la défensive quand on l'interroge, il se montre peut-être hostile ou évasif
- Le soignant s'occupe depuis longtemps de la personne âgée

ANNEXE 2

Liste des indices de situations abusives (Grille LISA)

Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées. Un manuel d'intervention par Myrna Reis et Daphne Nahmiash.

Pour commander le livre : Les Presses de l'Université Laval, 1998.

Pour déterminer la présence ou l'absence de situation abusive

Ces indices de situation d'abus sont énumérés par ordre d'importance.

À la suite d'une évaluation à domicile d'une durée d'environ 2 à 3 heures (ou de tout autre échange intensif avec l'aidant et la personne aidée), veuillez évaluer le degré de présence de ces indices, selon une échelle de 0 à 4 (comme décrite dans l'encadré). Ne laissez aucun espace libre et basez-vous sur votre opinion actuelle.

1. L'aidant a des problèmes de comportement.
2. L'aidant est peu disposé à assumer son rôle
(il veut un placement ou veut tout abandonner).
3. L'aidant fait sans cesse des reproches.
4. L'aidant éprouve des difficultés émotionnelles et mentales/psychologiques.
5. L'aidant est inexpérimenté (nouveau rôle d'aidant).
6. L'aidant a une faible compréhension de la condition de la personne aidée.
7. L'aidant a un problème d'alcool ou de surmédication.
8. L'aidant n'a pas une bonne relation avec la personne aidée.
9. La personne aidée a des conflits conjugaux et familiaux.
10. La personne aidée a déjà subi ou infligé des sévices.
11. L'aidant est dépendant du point de vue financier.
12. L'aidant a des attentes irréalistes.
13. L'aidant a des conflits conjugaux et familiaux.
14. La personne aidée n'a pas une bonne relation avec l'aidant.
15. La personne aidée n'a pas suffisamment de soutien social.
16. La personne aidée est isolée socialement.
17. La personne aidée est émotionnellement dépendante.
18. La personne aidée a des problèmes financiers.
19. La personne aidée est dépendante du point de vue financier.
20. La personne aidée a des problèmes de comportement.
21. La personne aidée éprouve des difficultés mentales/émotives (par exemple, des problèmes psychiatriques).
22. La personne aidée a eu de mauvaises relations avec l'aidant dans le passé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Administration for children and families and the Administration on Aging in the US Department of Health and Human Services. The National center on elder abuse (1998). *The national elder abuse incidence study, final report.*
- BEAULIEU M. (2006). *Intervention psychosociale auprès des familles-soutien violentes ou négligentes, sous la direction de Guillaumot, P., Le sujet âgé, ses proches et ses soignants, ERES.*
- BLANC J.-Y. (2007). *OMSV, Vaud, Suisse, données publiques non publiées.*
- BONNET M. (2006). *Contexte de vie des personnes âgées et représentation de la relation d'aide professionnelle sous la direction de Guillaumot P., Le sujet âgé, ses proches et ses soignants, ERES.*
- BUSSY F. (2004). *Rapport d'activités de ALMA France et des Centres d'Écoute ALMA*
- CONSEIL DE L'EUROPE (1992). *La violence envers les personnes âgées, Comité directeur sur la politique sociale, Strasbourg.*
- DEBOUT M. (prés.) ALBERT H. (collab.) ANGHELOU D. (collab.) et al. (2002). *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Paris, 81 p.*
- DUCHARME F. (2006). *Famille et soins aux personnes âgées, Enjeux, défis et stratégies. Beauchemin.*
- DUROCHER A.-M. et al. (2000). *La Maltraitance des personnes âgées dans un cadre familial élargie: Enquête dans le département du Nord. La Presse Médicale, vol. 29, n° 16, mai.*
- JACOBZONE S. (2000). *Santé et vieillissement: Les perspectives de prise en charge de la dépendance Revue canadienne de recherche sur les politiques isma Volume 1 n° 2, ISSN 1492-0611.*
- KRUG E.G., DAHLBERG L.L., MERCY J.A., ZWI A. & LOZANO-ASCENCIO R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la Santé, Genève, (chapitre 5).*
- MCDONALD, P.L., HORNICK J.P., ROBERTSON G.B. & WALLACE J.E. (1991). *Elder Abuse and Neglect in Canada, Toronto, Butterworths, p. 27-33.*
- MARTEL D. (1996). *La violence envers les gens âgés, recension des écrits. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, Canada.*
- MESTHENEOS E., TRIANTAFILLOU J. DÖHNER H & KOFAHL C. (2005). *Supporting family carers of older people in Europe: the pan-european background report.*
- OLMARI-EBBING M., POLIGER, PLAMONDON L., RAPIN C.-H. et al. (1999). *Mesure de facteurs des risques de maltraitance présents dans la clientèle de la Polyclinique de gériatrie des hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Congrès ASG.*
- PARIS A. (2001). *Les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans six pays de l'OCDE (Allemagne, Angleterre, Australie, Danemark, France, Suède), Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation Santé et services sociaux, Gouvernement du Québec, 143 p.*
- PILLEMER K. & FINKELHOR D. (1988). *The Prevalence of Elder Abuse: A random sample survey. The Gerontologist, 28, 1, 51-57.*
- PODNIKES E. & PILLEMER K. (1990). *Une enquête nationale sur les mauvais traitements des personnes âgées. Institut polytechnique Ryerson, Toronto, Canada,*
- REIS M. & NAHMIASH D. (1998). *Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées. Un manuel d'intervention. Ste Foy: 133 p.*
- VANDENBERK A. et al. (1998). *La violence et les sentiments d'insécurité chez les personnes âgées: prévalence et conséquences, Ministère de l'emploi et du Travail, Liège.*