

Alzheimer Society

SOCIÉTÉ ALZHEIMER DU CANADA

**LA MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES
ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER
OU D'UNE AFFECTION CONNEXE :
*UNE ANALYSE DOCUMENTAIRE***

Préparé par
MaryLou Harrigan (Éd. D.)
Conseillère en recherche
Vancouver (Colombie-Britannique)
Le 21 décembre 2010

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	3
INTRODUCTION	4
DÉFINITIONS ET THÉORIES	12
LA MALTRAITANCE ET LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES AFFECTIONS CONNEXES	17
DÉPISTAGE DE LA MALTRAITANCE	29
QUESTIONS JURIDIQUES	34
POINTS DE VUE ÉTHIQUES	41
ENJEUX ET DÉFIS.....	43
ALLER DE L'AVANT	47
APPROCHES PROMETTEUSES.....	51
RECOMMANDATIONS	59
ANNEXE	61

REMERCIEMENTS

MEMBRES DU GROUPE CONSULTATIF DE SENSIBILISATION À LA MALTRAITANCE

Linda Bird

Directrices des programmes et services
Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse
Halifax (NS)

Susan Crichton

Analyste des politiques principale
Initiative fédérale de lutte contre les mauvais
traitements envers les aînés
Agence de la santé publique du Canada
Winnipeg (MB)

MaryLou Harrigan (Ph. D.)

Consultante et éducatrice en soins de santé
Harrigan Consulting
Vancouver (BC)

Norma J. Kirkby

Directrice de programme
Société Alzheimer du Manitoba
Winnipeg (MB)

Barbara Lindsay

Chef, Revendication et politiques publiques
Société Alzheimer de la Colombie-Britannique
Vancouver (BC)

Abbyann Lynch (Ph. D.)

Bioéthicienne
Ethics in Health Care Associates
Toronto (ON)

Kerstin Roger

Professeure adjointe, Sciences sociales familiales
Faculté d'écologie humaine
Université du Manitoba
Winnipeg (MB)

Mary Schulz

Directrice, Information, services d'appui et éducation
Société Alzheimer du Canada
Toronto (ON)

Delia Sinclair

Analyste des politiques publiques et des relations
des sections
Société Alzheimer de l'Ontario
Toronto (ON)

Michèle Turnbull

Agente de liaison et d'administration
Fédération québécoise des sociétés Alzheimer
Montréal (QC)

PERSONNES INTERVIEWÉES

Gerrit Clements

Avocat
Professeur et consultant en droit de la santé
Victoria (BC)

Margaret Hall

Avocate et conseillère en recherche
Droit des personnes âgées
Vancouver (BC)

Alison Leaney

Coordonnatrice de projets nationale
Elder Abuse Knowledge to Action Project
Initiative nationale pour le soin des personnes âgées

Barbara Metcalfe

Membre du personnel (Manitoba) et du
comité de planification
Forum canadien de formation et d'information sur
les mauvais traitements à l'égard des aînés
(octobre 2010)
Winnipeg (MB)

GROUPES DE DISCUSSION

Personnel de la société Alzheimer du Manitoba
Personnel de la Société Alzheimer de la Colombie-Britannique

La présente publication a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées sont celles des auteurs et chercheurs, et ne représentent pas nécessairement l'opinion officielle de l'Agence.

INTRODUCTION

VEILLISSEMENT ET ÂGISME

Deux grands thèmes servent de contexte aux discussions sur la maltraitance des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'affections connexes. Le premier se rapporte à une longévité accrue et à la proportion grandissante d'aînés au Canada. Le second se rapporte aux défis découlant de l'âgisme.

Au cours des 30 dernières années, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus est passée de 9 à 14 %, et on estime qu'elle atteindra plus d'un quart (27 %) de la population d'ici 2050.¹ « Le vieillissement de la population est [...] l'un des sujets dont on parle le plus au Canada ». ² D'un côté, on l'envisage comme une histoire à succès spectaculaire, du fait qu'un pourcentage accru de personnes vivent plus longtemps. D'un autre côté, on s'inquiète des conséquences de ce « phénomène social et démographique », telle l'augmentation des services nécessaires au bien-être physique, mental et social des gens âgés.

Notre culture occidentale valorise la raison, la cognition et la productivité financière. « Nous vivons dans une culture qui est, tout au moins dans de grands segments, dominée par des attentes élevées de rationalisme et de productivité économique, de sorte que la clarté d'esprit et la productivité influent inévitablement sur notre sens de la valeur de la vie humaine. ³ Par ailleurs, cette interprétation nous fait voir le vieillissement sous une optique toute particulière. Butler fut le premier à utiliser le terme « âgisme » en 1968, soutenant que, pour la société, la vieillesse était synonyme d'impuissance à cause des maladies, des déficiences ou de l'inutilité qu'elle lui associe. ⁴ L'âgisme donne lieu à des préjugés et des stéréotypes qu'on n'applique aux gens âgés qu'en raison de leur âge. Cette attitude négative à leur endroit se traduit par la conviction que les gens âgés ne peuvent ou ne devraient pas participer aux activités sociales ni bénéficier des mêmes possibilités que les autres. ⁵ L'âgisme et les stéréotypes sont à la source de nombreux mythes et malentendus au sujet des personnes âgées. Les stéréotypes ont pour effet de les marginaliser en fonction d'attributs prétendument typiques, bien que ces personnes forment le groupe d'âge le plus divers et le plus individualisé de la population. ⁶ Plus les gens vieillissent, plus les stéréotypes qui nourrissent la mentalité des jeunes, des gens d'âge moyen et des personnes âgées varient et gagnent en complexité. Autrement dit, plus une personne est âgée, plus elle est susceptible d'envisager la vieillesse comme un état complexe aux facettes beaucoup plus nombreuses. ⁷

Les conséquences des stéréotypes associés au vieillissement sont significatives : les services de réadaptation et de promotion de la santé des aînés pourraient être limités et les gens âgés risquent

¹ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada* 2010, consulté le 8 novembre 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/cphorsphc-respcacsp-06-fra.php>.

² Turcotte, M. et G. Schellenberg. *Un portrait des aînés au Canada : 2006*, Statistique Canada, Division de la statistique sociale et autochtone, ministre de l'Industrie, 2007, Ottawa (Ontario), p. 7.

³ Post, S. G. *The moral challenge of Alzheimer disease: Ethical issues from diagnosis to dying*, 2^e édition, Baltimore et London, Johns Hopkins University Press, 2000, p. 5.

⁴ Butler, R. N. « Dispelling ageism: The cross cutting intervention », *Annals of American Academy of Political and Social Science*, vol. 503, p.138-147, 1989, p. 138.

⁵ Wallace, M. *The Essentials of Gerontological Nursing*, Springer Publishing, New York, 2008, p. 10.

⁶ Eliopoulos, C. *Gerontological Nursing*, 7^e édition, Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphie, 2010, p. 34.

⁷ Ebersole, P. et P. Hess. *Geriatric Nursing and Healthy Aging*, Mosby, Inc., St. Louis (Missouri), 2001, p. 2.

d'être tenus en marge de la société.⁸ L'âgisme est tout aussi inacceptable que n'importe quel autre préjugé et se traduit souvent par un traitement qui prive les aînés de dignité et de respect.⁹

La **discrimination** se traduit par un traitement différent des gens parce qu'ils appartiennent à un groupe particulier ou qu'ils sont qualifiés de différents et d'inférieurs.¹⁰

L'**âgisme implicite**, qui se traduit par des pensées, des sentiments et des comportements envers les gens âgés dont la personne n'a pas nécessairement conscience, peut être la cause d'interactions négatives.¹¹

DÉMENCE : UN APERÇU

Le mot « démence » vient du terme latin « de mentis » qui signifie « hors d'esprit ». Il a été utilisé pour la première fois en 1801 par Philippe Pinel pour parler de la maladie mentale existant dans les asiles parisiens. Dans son appellation médicale, le terme « démence » revêt un sens très spécifique : il se rapporte à la défaillance mentale, à l'incapacité du cerveau de fonctionner normalement et à une perte des capacités intellectuelles suffisamment importante pour nuire aux activités quotidiennes de la personne et à sa vie sociale ou professionnelle.¹² [Traduction libre]

Le terme « démence » désigne un syndrome qui se caractérise par un déclin progressif et persistant des capacités cognitives et fonctionnelles, et s'applique à un groupe de signes et de symptômes propres à une variété de maladies affectant le cerveau. Pour la majeure partie, il s'agit d'une maladie chronique ou évolutive des personnes plus âgées qui entraîne une déficience des fonctions cérébrales supérieures (telles que la mémoire, la pensée, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage, le jugement et les fonctions exécutives) suffisante pour que les activités quotidiennes en soient affectées.¹³ La démence est au cœur de la peur de vieillir, surtout la peur de perdre son indépendance et sa dignité.

Les démences que l'on constate le plus souvent chez les adultes plus âgés sont mieux classées parmi les troubles neurodégénératifs, car elles causent la détérioration des tissus cérébraux. La courbe du déclin varie d'une personne à l'autre et d'une maladie à l'autre; cependant, dans son ensemble, le cours général de la maladie mène toujours vers une dégénérescence des fonctions et, en fin de compte, à la mort. La démence est la cause première des incapacités de longue durée des personnes âgées et la cinquième grande cause de décès.

Sur le plan mondial, la démence menace de prendre des proportions épidémiques; on estime que le nombre total de personnes à en être atteintes s'élève à 24,3 millions et que le nombre de nouveaux cas sera de 4,6 millions par année.¹⁴ Le Canada assiste au vieillissement d'une grande partie de sa population, et bien que la démence ne fasse pas partie du processus normal de vieillissement, le risque

⁸ Tabloski, P.A. *Clinical Handbook for Gerontological Nursing*, 2^e édition, Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River (New Jersey), 2010, p. 3.

⁹ British Medical Association. *The Ethics of Caring for Older People*, 2^e édition, John Wiley & Sons Ltd, Chichester (West Sussex, G.-B.), 2009, p. 8.

¹⁰ Kent-Wilkinson, A. « The context of mental health care: Cultural, socioeconomic, and legal ». dans W. Austin et M. A. Boyd (s. la dir. de), *Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice*, 2^e édition, p. 29-44, Lippincott, Williams, & Wilkins, Inc, Philadelphie (Pennsylvanie), 2010.

¹¹ Miller, C. A. *Nursing for Wellness in Older Adults*, 5^e édition, Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphie, 2009, p. 5.

¹² Molloy, W. et P. Caldwell. *Alzheimer's Disease*, Key Porter Books Limited, Toronto (Ontario), 1998, p. 5

¹³ Provincial Dementia Service Framework Working Group. *BC Dementia Service Framework*, 2007, p. 3, consulté le 18 août à http://www.alzheimerbc.org/getdoc/1f230200-0ee6-4aef-a056-1e3b9e6d4cb7/DementiaServiceFramework_PDF.aspx.

¹⁴ Ferri, C. P. et coll. « Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study », *The Lancet*, vol. 366, n° 9503, p. 2112-2117.

de développer la maladie d'Alzheimer ou une affection connexe augmente avec l'âge. Au cours des dix prochaines années, on s'attend à ce que le vieillissement général de la population s'accompagne d'une prévalence accrue de la maladie. La maladie d'Alzheimer, le type de démence le plus commun, affecte habituellement les personnes âgées de plus de 65 ans; cependant, elle peut aussi toucher celles qui sont dans la quarantaine et la cinquantaine.

COUP D'ŒIL SUR LA SITUATION CANADIENNE : *RAZ-DE-MARÉE*

- Au Canada, parmi les gens âgés de plus de 65 ans, 1 personne sur 11 a la maladie d'Alzheimer ou une affection connexe.
- Des 500 000 personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une affection connexe, plus de 71 000 ont moins de 65 ans et environ 50 000 ont moins de 60 ans.
- Dans cinq ans à peine, un pourcentage de Canadiens et de familles aussi élevé que 50 % pourrait être touché par la maladie d'Alzheimer ou une affection connexe.
- Vu la situation actuelle, le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe sera plus du double en l'espace d'une génération (25 ans).

- Société Alzheimer du Canada (2009).

Document consulté le 2 septembre 2010 à :

<http://www.alzheimer.ca/french/media/putyourmind09-adfacts.htm>

L'âge est le plus grand facteur de risque de maladie d'Alzheimer ou d'affection connexe :

- À tout moment, ces maladies frappent de cinq à dix pour cent de toute la population européenne et nord-américaine âgée de 65 ans et plus.
- À partir de 65 ans, le taux d'Alzheimer et d'affections connexes double tous les cinq ans.
- Environ un pour cent des personnes âgées de 60 ans ou plus témoignent d'un syndrome de démence, tandis que font de même deux pour cent des gens de 65 à 70 ans, quatre pour cent des gens de 71 à 74 ans, huit pour cent des gens de 75 à 79 ans, 16 pour cent des gens de 80 à 84 ans et 30 à 40 pour cent des gens de 85 ans et plus.

Les conséquences sociales et économiques de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes sont nombreuses :

- Les conséquences sociales et économiques sont énormes pour les personnes atteintes de l'Alzheimer ou d'une affection connexe, pour les proches aidants qui s'occupent d'elles et pour la société en général.
- Le caractère irréversible de la démence et la détérioration graduelle qu'elle entraîne peuvent avoir un effet dévastateur sur la personne qui en est atteinte ainsi que sur sa famille.¹⁵
- Les recherches révèlent une augmentation des problèmes de stress chez les aidants et de maltraitance des aînés.
- Au Canada, on estime que le fardeau économique de la maladie double tous les dix ans, de sorte qu'il passera des 15 milliards de dollars enregistrés en 2008 à 153 \$ milliards en 2038. L'augmentation des coûts annuels de renonciation des aidants naturels (salaires) ajoutera quelque 56 milliards de dollars au fardeau sociétal d'ici 2038.¹⁶

¹⁵ Eliopoulos, C. *Gerontological Nursing*, 7^e édition, Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphie (Pennsylvanie), 2010, p. 416.

¹⁶ Société Alzheimer du Canada. *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*, Société Alzheimer du Canada, Toronto (Ontario), 2010, p. 22.

La démence découle d'une variété de pathologies. La maladie d'Alzheimer (MA) est la forme la plus commune, comptant pour environ 64 % des cas de démence au Canada. La démence vasculaire arrive au deuxième rang des démences les plus répandues, étant responsable de 20 % de tous les cas. La démence à corps de Lewy peut se développer seule ou de concert avec la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson. Elle représente entre 5 et 15 % de tous les cas de démence. Enfin, les cas de démence frontotemporale compte pour 2 à 5 % de tous les cas de démence.¹⁷

La démence constitue un diagnostic clinique; par conséquent, une évaluation gériatrique aide à en garantir l'exactitude. Étant donné les difficultés à obtenir des preuves pathologiques de la MA, le diagnostic se fait donc à partir d'un historique et, bien sûr, après l'exclusion d'autres maladies susceptibles d'avoir causé le déclin cognitif.¹⁸ Le diagnostic repose non seulement sur l'historique des symptômes obtenu auprès de la personne et des membres de sa famille ou autres proches, mais aussi sur les gamma-encéphalographies qui peuvent révéler des changements dans la structure du cerveau qui correspondent à la maladie, sur les tests neurologiques qui évaluent les capacités cognitives, ainsi que sur les tests de laboratoire et les examens neurologiques.¹⁹

Une évaluation exacte de la maladie est d'importance vitale, de sorte que, dans la mesure du possible, il faut faire appel aux connaissances d'une équipe interdisciplinaire, tant pour l'évaluation que pour l'établissement d'un plan de traitement et de soins de plus longue durée. Cette équipe pourrait se composer de psychiatres, de gériatres, de neurologues, de médecins, de psychologues, d'infirmiers, de pharmaciens, de travailleurs sociaux, de diététiciens, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, de personnel de réadaptation et de guides spirituels.

La maladie d'Alzheimer et les affections connexes sont des maladies dégénératives mortelles; par conséquent, les personnes qui en sont atteintes passent d'un stade clinique à un autre tout au long de l'évolution de leur maladie. Plus la maladie s'aggrave, plus la personne aura besoin des soins d'un aidant. Les stades de la maladie d'Alzheimer sont habituellement décrits comme suit :²⁰

Léger : Le terme « *stade léger* » (aussi appelé stade initial ou précoce) s'applique aux personnes de tous les âges qui présentent des déficiences légères attribuables à la maladie d'Alzheimer. Au nombre des symptômes les plus courants, mentionnons les pertes de mémoire, les difficultés de communication et les changements d'humeur et de comportement. À ce stade, les personnes conservent la plupart de leurs capacités et ne requièrent qu'une aide minimale. Si elles sont conscientes des changements affectant leurs capacités, elles seront en mesure de renseigner leur entourage sur ce qu'elles vivent et d'aider à préparer et à orienter leurs soins futurs. Il ne faut pas confondre le « stade précoce » et l'« apparition précoce » de la maladie, ce dernier terme s'appliquant aux personnes qui développent la maladie avant l'âge habituel.

Modéré : À ce stade de la maladie, on observe un déclin plus marqué des facultés cognitives et fonctionnelles de la personne. Bien que la mémoire et les capacités cognitives continuent

¹⁷ Société Alzheimer du Canada. « La maladie d'Alzheimer : Affections connexes », consulté le 7 septembre 2010 à <http://www.alzheimer.ca/french/disease/dementias-intro.htm>.

¹⁸ Duffy, E. G. « The neurologic system », dans P. A. Tabloski, *Gerontological Nursing: The Essential Guide to Clinical Practice*, 2^e édition, p. 735-782, Pearson Prentice Hall, Saddle River (New Jersey), 2010, p. 746.

¹⁹ Eliopoulos, C. *Gerontological Nursing*, 7^e édition, Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphie (Pennsylvanie), 2010, p. 414.

²⁰ Société Alzheimer du Canada. « La maladie d'Alzheimer : L'évolution de la maladie d'Alzheimer », consulté le 17 novembre 2010 à <http://www.alzheimer.ca/french/disease/progression-intro.htm>.

de se détériorer, la personne peut encore avoir conscience de son état. Elle aura besoin d'assistance pour accomplir de nombreuses tâches quotidiennes.

Avancé : À cette étape, la personne en arrive à être incapable de communiquer verbalement ou de prendre soin d'elle-même. Elle a besoin de soins 24 heures sur 24. L'objectif des soins est alors de continuer à soutenir la personne pour lui donner la meilleure qualité de vie possible.

Fin de vie : À l'approche de la mort, les soins visent surtout à assurer le confort. Comme dans le cas de toute personne atteinte d'une maladie fatale, il faut voir à ses besoins physiques, mais aussi tenir compte de ses besoins affectifs et spirituels. À ce stade, les mesures de soutien visent la qualité de vie et le confort de la personne.

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : une vue d'ensemble

Par le passé, lorsque les gens étaient atteints d'Alzheimer ou d'une affection connexe, on faisait souvent allusion à leurs « problèmes de comportement » ou à leurs « troubles comportementaux ». Un groupe de consensus de l'International Psychogeriatric Association (IPA, 2002) a recommandé, cependant, qu'on utilise plutôt le terme « symptômes comportementaux et psychologiques de la démence » ou SCPD, en insistant sur le fait que ces symptômes découlent d'une maladie.²¹ [Traduction libre]

La fréquence des SCP de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes tend à atteindre son point culminant durant les stades modéré et avancé de la démence. Ces symptômes comprennent, entre autres, des idées délirantes, des hallucinations, des symptômes de dépression, de l'agitation et de l'hostilité.²² Certains types de SCP sont plus communs dans le cas de certains types de démence, telles les hallucinations visuelles accompagnant la démence à corps de Lewy et le manque d'inhibition sexuelle dans le cas de la démence frontotemporale. **Les gens qui s'occupent de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe ont besoin de formation sur les stratégies et approches à adopter selon les divers comportements et symptômes.**

Le risque d'avoir à vivre dans un foyer de soins de longue durée augmente énormément chez les personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une affection connexe. Les aidants naturels les aident certes à demeurer à la maison, mais leur capacité de s'acquitter des fonctions nécessaires varie énormément d'une personne à l'autre.^{23 24 25}

²¹ Schwartzkopf, C. E. et P. Twigg. « Nursing management of dementia », dans K. L. Mauk (s. la dir. de), *Gerontological Nursing: Competencies for Care*, 2^e édition, chapitre 15, p. 530-557, Jones and Bartlett Publishers Canada, Mississauga (Ontario), 2010, p. 544.

²² Schwartzkopf, C. E. et P. Twigg. « Nursing management of dementia », dans K. L. Mauk (s. la dir. de), *Gerontological Nursing: Competencies for Care*, 2^e édition, chapitre 15, p. 530-557, Jones and Bartlett Publishers Canada, Mississauga (Ontario), 2010, p. 545.

²³ Mittelman, M. S., W. E. Haley, O. J. Clay et D. L. Roth. « Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease », *Neurology*, vol. 67, p. 1592-1599, 2006, p. 1592.

²⁴ Eaker, E. D., R. A. Vierkant et S. F. Mickel. « Predictors of nursing home admission and/or death in incident Alzheimer's disease and other dementia cases compared to controls: A population-based study », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 55, p. 462-468, 2002.

²⁵ Stevens, A., J. Owen, D. Roth, O. Clay, A. Bartolucci et W. Haley. « Predictors of time to nursing home placement in White and African American individuals with dementia », *Journal of Aging and Health*, vol. 16, n° 3, p. 375-397, 2001.

PHILOSOPHIE DES SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

S'occuper d'une personne atteinte d'une maladie neurodégénérative est une tâche essentiellement difficile pour tous les aidants. Des cliniciens, chercheurs, philosophes et éthiciens ont contribué à la philosophie actuelle qui préconise d'envisager la maladie d'Alzheimer et les affections connexes de plusieurs points de vue : biologique, psychologique, sociologique, fonctionnel et culturel. Ces éléments sont liés intrinsèquement à l'expérience que vit la personne qui en est atteinte.²⁶

Kitwood a contribué énormément à cette optique élargie de la maladie. Une grande partie de son travail initial montre comment les aidants ont érodé, même involontairement, l'identité des personnes dont ils s'occupaient. Il décrit cette identité comme étant une position ou un statut que la société accorde à tout être humain dans un contexte relationnel et social. Cette identité implique reconnaissance, respect et confiance. Elle inclut les dimensions qui lui permettent de se sentir une personne à part entière, y compris l'histoire de sa vie et sa famille.²⁷

*Nous sommes amenés à reconnaître les histoires vécues par les gens et à en témoigner de manière appropriée. En fonction de leurs déficiences, de leurs vulnérabilités et de leurs dépendances, nous pouvons chercher à trouver des moyens d'aider les gens à reconstituer ces histoires dans des contextes nouveaux et malgré les défis qu'ils n'ont pas choisi d'affronter.*²⁸[Traduction libre]

Le processus narratif, auquel nous contribuons tous, est l'un des moyens de comprendre l'identité individuelle. Nous sommes tous des êtres narratifs^{29 30} et, simplement dit, nous sommes nos histoires. Dans cette perspective, nous pouvons mieux reconnaître l'importance d'apprendre l'histoire de la personne atteinte d'Alzheimer ou d'une affection connexe et de reconnaître plus intensément les « fragments » de cette histoire qu'elle est en mesure de communiquer.³¹ Le récit narratif comprend en fin de compte un contenu éthique parce qu'il a une incidence sur le corps et sur ce que ce corps doit endurer.³²

Parmi les menaces à l'identité individuelle qui se manifestent plus tard dans la vie figurent la maladie d'Alzheimer et les affections connexes, les problèmes en fin de vie, les maladies physiques, l'hospitalisation, les étiquettes et le langage, ainsi que les modèles institutionnels de soins en établissement.

Soins centrés sur la personne

Des soins centrés sur la personne se traduisent par des soins intégrés, dont la prestation se fait dans le respect de la personne atteinte de la maladie, de sa famille, de ses proches et de son réseau de soutien, et dans le souci de ses besoins, ses opinions, ses valeurs et ses choix. Cette approche accueille la personne ainsi que sa famille comme des partenaires dans le processus décisionnel, et garantit leur intégration dans l'équipe de soins de manière à assurer la prestation des soins les meilleurs et les mieux adaptés à la personne.

²⁶ Brooker, D. « Person-centred Care », Jessica Kingsley Publishers, London, 2007.

²⁷ Kitwood, T. M. *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*, Open University Press, Buckingham (G.-B.), 1997, p. 8.

²⁸ Harrigan, M. L. et G. Gillett. « Hunting good will in the wilderness », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 47-57, Jessica Kingsley Publishers, London, 2009, p. 52.

²⁹ MacIntyre, A. *After virtue: A study in moral theory*, 2^e édition, University of Notre Dame Press, Notre Dame (Indiana), 1984.

³⁰ Taylor, C. *The sources of self*, Harvard University Press (Cambridge, Massachusetts), 1989.

³¹ Baldwin, C. « Narrative and decision-making », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 25-36, Jessica Kingsley Publishers, Londres, 2009, p. 26.

³² Gillett, G. R. *Bioethics in the clinic: Hippocratic reflections*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2004, p. 26.

La Société Alzheimer du Canada résume comme suit les concepts de base des soins centrés sur la personne :

- **Dignité et respect** : Comme nous tous, les gens qui sont atteints d'Alzheimer et de maladies apparentées sont *d'abord* des personnes. Leurs aidants les écoutent et respectent leurs souhaits, leurs inquiétudes, leurs valeurs, leurs priorités, leurs opinions et leurs choix. La dignité, la valeur et l'identité qui leur sont propres, et qui persistent tout au long de l'évolution de la maladie, doivent en tout temps être respectées. Les valeurs, croyances et antécédents culturels des gens atteints d'Alzheimer ou d'une affection connexe et de leurs proches parents sont intégrés dans la planification et la prestation des soins.
- **Échange d'informations** : Les aidants et les professionnels de la santé communiquent aux personnes atteintes de la maladie et aux membres de leur famille des informations impartiales qui sont à la fois valorisantes et utiles. Toutes ces personnes bénéficient en temps opportun de renseignements complets et exacts leur permettant de participer efficacement aux soins et aux décisions.
- **Participation** : On donne aux personnes atteintes de la maladie et à leur famille la possibilité de faire des choix et de prendre des décisions. On les encourage et on les aide à participer au processus décisionnel et aux soins dans la mesure de leur désir d'y participer. Cette relation thérapeutique se fonde sur la participation de la personne atteinte de la maladie, quel que soit le degré de ses incapacités cognitives ou physiques. Le but est de mettre la personne au centre de toute décision, sans exclure les membres de sa famille.
- **Collaboration** : On incite aussi les aidants et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe à collaborer par un échange mutuel et à travailler ensemble dans le but commun d'améliorer la qualité des soins et de la vie de la personne atteinte de la maladie. Les aidants font preuve de souplesse par souci des préférences de la personne. Dans les établissements de soins, les chefs de service collaborent avec les personnes atteintes de la maladie et les familles à l'élaboration, l'application et l'évaluation des politiques et programmes, ainsi qu'à la prestation des soins. Le personnel se voit accorder les connaissances pertinentes et l'autorité décisionnelle lui permettant de modifier les tâches habituelles des employés afin qu'ils puissent tenir compte des besoins et préférences des différentes personnes.

LA MALTRAITANCE ET LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES AFFECTIONS CONNEXES : UN PROBLÈME CACHÉ

*Les difficultés inhérentes à l'étude des mauvais traitements à l'endroit des aînés découlent du fait qu'il s'agit d'une infraction cachée et souvent perpétrée contre des personnes vulnérables, dont la mémoire est généralement déficiente, par les gens mêmes dont elles dépendent. Depuis que le concept de la maltraitance des personnes âgées a été abordé pour la première fois dans le document fondamental sur la violence envers les « grands-mères » (granny battering), de nombreuses études ont tenté de mesurer la prévalence du phénomène. Jusqu'à présent, les études ont fait appel à plusieurs méthodologies, y compris une variété de définitions de la maltraitance des aînés, de sorte qu'il est difficile d'en faire la comparaison. Par ailleurs, les estimations internationales de sa prévalence varient considérablement.*³³ [Traduction libre]

La maladie d'Alzheimer et les affections connexes et la maltraitance des aînés sont des syndromes gériatriques qui sont relativement communs et sous-diagnostiqués. Lorsqu'il y a coexistence des deux phénomènes, on observe une relation bien particulière. Des problèmes particuliers peuvent nuire à

³³ Selwood, A., C. Cooper, C. et G. Livingston. « What is elder abuse—who decides? », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 22, p. 1009-1012, 2007, p. 1009.

l'administration des soins au patient atteint d'Alzheimer ou d'une affection connexe qu'on soupçonne d'être maltraité. Des troubles de la parole ou des incapacités motrices empêchant la personne de signaler les mauvais traitements dont elle est victime à une tierce personne, l'incapacité de prendre les décisions nécessaires pour mettre un terme à la situation abusive, une perte d'inhibition entraînant des comportements susceptibles de contribuer au cycle de violence ou une dépression coïncidente de l'aîné maltraité ont pour effet de compliquer le diagnostic et la gestion de la maltraitance des aînés.³⁴

La maltraitance et la négligence envers les aînés est souvent décrite comme un « problème caché », du fait que les signes sont flous ou ambigus, et que les aînés ne peuvent ou ne veulent pas dévoiler qu'ils sont victimes de maltraitance ou de négligence. Tard dans la vie, ces phénomènes constituent un problème complexe à facettes multiples qui se manifeste de diverses façons : dans le contexte familial de la part d'un conjoint ou partenaire, ou encore de la part de parents proches ou d'autres connaissances de la personne âgée. Les mauvais traitements peuvent être causés par une ou plusieurs personnes. Il peut s'agir d'un phénomène récent ou être la continuation d'années de mauvais traitements d'ordre psychologique, physique ou sexuel, d'exploitation financière ou de négligence au sein d'une relation. La grande variété des situations et des auteurs de la maltraitance influe énormément sur le dépistage et l'évaluation, ainsi que sur le processus décisionnel et les interventions.³⁵ Il faut donc envisager la violence envers des aînés vulnérables atteints d'Alzheimer ou d'affection connexe dans des optiques différentes.

Impératif démographique

Le Rapport de 2010 de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada souligne que : « Un des principaux sujets de préoccupation qui concernent le bien-être des aînés, c'est le risque de négligence, de mauvais traitements physiques et psychologiques ou d'exploitation financière. Il est difficile de bien cerner l'étendue du problème au Canada, puisque les données sont très limitées et désuètes et que, en raison de leur nature, ces situations sont peu souvent déclarées. Les études à ce sujet permettent cependant d'estimer que de 4 à 10 % des aînés au Canada ont vécu une ou plusieurs formes de mauvais traitements ou de négligence commise par une personne sur laquelle ils comptent. [...] Puisque les mauvais traitements et la négligence prennent différentes formes, leurs effets peuvent toucher de nombreux aspects de la santé et du bien-être des aînés qui en sont victimes. »³⁶

L'« impératif démographique », qui a alimenté la sensibilisation aux besoins des aînés, a une incidence importante sur les questions relatives à l'aide sociale, à la justice et à l'économie. Tous les professionnels de la santé qui travaillent auprès des personnes âgées doivent se familiariser avec la reconnaissance, le traitement et la prévention de la maltraitance et de la négligence envers les personnes âgées.³⁷

Au cours des vingt dernières années, la violence envers les aînés est devenue un sujet de préoccupation. Les fournisseurs de soins de santé et autres intervenants canadiens souhaitent trouver des moyens

³⁴ Hansberry, M. R., E. Chen et M. J. Gorbien. « Dementia and elder abuse », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 21, n°2, p. 315-332, 2005.

³⁵ Edwards, P. « Violence à l'égard des aînés au Canada : une analyse comparative entre les sexes », Division du vieillissement et des aînés, Agence de la santé publique du Canada, 2009.

³⁶ Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administrateur de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada*, consulté le 8 novembre 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/cphorsphc-respcacsp-06-fra.php>.

³⁷ Gorbien, M. J. et A. R. Eisenstein. « Elder abuse and neglect: An overview », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 21, no 2, p. 279-292, 2005.

efficaces de cerner le problème et de satisfaire adéquatement aux besoins des aînés, ainsi qu'aux objectifs généraux de sécurité sociale et de bien-être communautaire auxquels aspire la société.³⁸

Protection et prévention

La protection peut être à la fois préventive et réactive. On peut la caractériser comme suit :³⁹

- La prévention primaire réfère aux politiques et mesures entreprises avant que la situation ne devienne problématique. Par exemple, la sécurité et le bien-être des aînés de la « zone grise » – encore capables, mais plus vulnérables – préoccupent plus particulièrement la plupart des praticiens et législateurs.⁴⁰ Les responsables des politiques s'inquiètent du fait que les proportions de plus en plus grandes de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'affections connexes obligent à ce qu'on se penche davantage sur la planification de l'âge avancé, l'évaluation des capacités et la délégation du pouvoir décisionnel.⁴¹ À ces préoccupations pourraient s'ajouter l'élaboration de règlements et de lois à l'échelon sociétal.
- La prévention secondaire s'applique aux personnes qui pourraient avoir besoin d'une protection. Cet état comprendrait des périodes de répit pour réduire le stress des aidants et ainsi prévenir les actes de violence.
- La prévention tertiaire réfère aux services et interventions survenant à la suite d'un incident nécessitant des mesures de protection. L'objectif est alors d'agir afin de réduire le risque de récurrence.

³⁸ Spencer, C. « Outils de dépistage des mauvais traitements envers les aînés, d'évaluation et d'intervention qui sont à la disposition des fournisseurs de soins du Canada », *Bulletin électronique sur les mauvais traitements envers les aînés*, février 2010, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), 2009, p. 5.

³⁹ Browne, K. et M. Herbert. *Preventing family violence*, John Wiley & Sons, Chichester (G.-B.), 1997.

⁴⁰ Hall, M. « Equitable fraud: Material exploitation in domestic settings », *Elder Law Review*, article n° 7, 2006.

⁴¹ Tilse, C., J. Wilson et D. Setterland. « Personhood, financial decision-making and dementia », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 133-143, Jessica Kingsley Publishers, Londres (G.-B.), 2009, p. 134.

DÉFINITIONS ET THÉORIES

Définitions de la maltraitance

La maltraitance à l'endroit des personnes âgées comprend les préjudices physiques, psychologiques ou sexuels, l'exploitation financière, ainsi que la négligence volontaire (active) ou involontaire (passive). Elle peut aussi se manifester sous d'autres formes, notamment de la violence spirituelle, des violations des droits et des préjudices systémiques généraux. « Quel que soit le mauvais traitement, il se traduira sûrement par des souffrances, des sévices ou des douleurs inutiles, par la perte ou la violation de droits humains et par la diminution de la qualité de vie de la personne âgée. »⁴² [Traduction libre]

Le terme « maltraitance », lorsqu'on l'applique aux personnes âgées, a été défini par l'Organisation mondiale de la santé en ces termes : « [I]l y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée ». "⁴³

L'Organisation mondiale de la santé définit comme suit les catégories de maltraitance envers les aînés :

- Violence physique – infliger des douleurs ou des sévices, user de contrainte physique ou recourir à des moyens de contention physiques ou médicamenteux
- Violence psychologique ou morale – infliger des souffrances morales
- Exploitation financière ou matérielle – exploiter ou utiliser de manière illégale ou improprie les fonds ou les ressources d'une personne âgée
- Violence sexuelle – contact sexuel non consensuel avec une personne âgée
- Négligence – refuser de s'acquitter d'une obligation de soin ou ne pas s'en acquitter. Cela peut résulter ou non d'un geste conscient et intentionnel d'infliger des souffrances physiques ou morales à la personne âgée.⁴⁴

La documentation témoigne de l'utilisation usuelle des termes « aînés », « personnes âgées » et « gens âgés ».

Aidants

Les proches aidants sont des personnes qui fournissent des soins et de l'aide à un membre de leur famille ou à un ami ayant des problèmes de santé physiques, cognitifs ou mentaux. Les études consultées portaient à la fois sur les enfants adultes et les conjoints agissant en tant qu'aidants. On possède en outre des preuves que les facteurs de risque de violence et de comportements abusifs

⁴² Hudson, M. F. « Elder mistreatment: A taxonomy with definitions by Delphi », *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 3, p. 1-20, 1991.

⁴³ Organisation mondiale de la santé. « Prevention of elder abuse », consulté le 30 août 2009 à www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/.

⁴⁴ Organisation mondiale de la santé. « La maltraitance des personnes âgées », dans E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi et R. Lozano (s. la dir. de), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, p. 137-159, 2002, p. 141, consulté le 3 septembre 2010 à http://www.who.int/violence_injury_prevention/world_report/en/full_fr.pdf.

diffèrent au sein de ces deux groupes de personnes.⁴⁵ Les études examinées dans le cadre du présent rapport ne donnaient habituellement pas de définition de l'aidant naturel ni ne faisaient de distinction entre l'administration de soins par des aidants et la cohabitation, de sorte que, dans bien des cas, les mauvais traitements pourraient avoir été infligés par une personne qui habitait sous le même toit mais n'assurait pas nécessairement le rôle d'aidant.

Bénéficiaires de soins

Dans les écrits consultés, les personnes bénéficiant de soins étaient tour à tour qualifiées de « bénéficiaires de soins », de « patients » ou de « victimes ».

THÉORIES SUR LA MALTRAITANCE DES ÂÎNÉS

*On croit que, dans certains cas, la maltraitance ou la négligence des personnes âgées est la continuation de mauvais traitements infligés antérieurement et depuis longtemps à l'endroit d'une personne maintenant âgée. On l'entend parfois comme une manifestation des conséquences du stress de l'aidant. La maltraitance peut également constituer un transfert à un parent des mauvais traitements dont l'aidant a lui-même été victime durant son enfance aux mains du parent devenu âgé; ou il pourrait indiquer des conflits intergénérationnels.*⁴⁶ [Traduction libre]

Les théories sur la maltraitance des aînés font référence aux aînés en général et non pas à ceux qui ont la maladie d'Alzheimer ou une affection connexe. D'ailleurs, on a qualifié d'athéoriques la plupart des recherches dans le domaine de la maltraitance des aînés;⁴⁷ les points de vue ne sont étayés que par un nombre limité d'études empiriques.⁴⁸ Plus récemment, des écrits rédigés dans une perspective théorique féministe ont présenté de nouvelles façons de conceptualiser la dynamique des mauvais traitements, c'est-à-dire sous deux aspects différents : en fonction du sexe et du pouvoir;⁴⁹ on y défendait que la maltraitance découle généralement des inégalités présentes dans les relations et au sein de la société dans son ensemble. L'optique féministe suggère en outre qu'il se peut que les hommes et les femmes perçoivent de façon considérablement différente le sens et l'interprétation de ce qui constitue de la maltraitance.⁵⁰

La complexité de la maltraitance des aînés, de par ses divers domaines et formes, accroît la difficulté de construire une théorie expliquant de façon décisive les causes de la maltraitance des aînés ou, plus particulièrement, celle dont sont victimes les personnes atteintes d'Alzheimer ou d'affection connexe. Par ailleurs, les différentes communautés, notamment médicale, judiciaire et sociale, envisagent dans

⁴⁵ Peri, K., J. Fanslow et J. Parsons. *Elder Abuse and Neglect: Exploration of Risk and Protective Factors*, Families Commission, New Zealand, 2008, p. 15, consulté le 11 novembre 2010 à <http://www.inpea.net/images/abuseneglect.pdf>.

⁴⁶ Roger, K. S. et J. Ursel. « Public opinion on mandatory reporting of abuse and/or neglect of older adults in Manitoba, Canada », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 21, p. 115-140, 2009, p. 117.

⁴⁷ Biggs, S. « Negotiating aging identity surface, depth, and masquerade », dans J. Hendricks (dir. de la série) et S. Biggs, A. Lowenstein et J. Hendricks (dir. du vol.), *The Need for Theory: Critical Approaches to Social Gerontology*, Baywood Publishing, Amityville (New York), 2003.

⁴⁸ Lachs, M. S. et K. Pillemer. « Elder Abuse », *The Lancet*, vol. 364, n° 9441, p. 1263-1272, 2004; Penhale, B. « Older women, domestic violence and elder abuse: A review of commonalities, differences and shared approaches », *Journal of Elder Abuse and Neglect: An International Journal*, vol. 15, n° 3-4, p. 163-183, 2003.

⁴⁹ Yllo, K. A. « Through a feminist lens: Gender diversity and violence. Extending the feminist framework », dans D. Loseke, R. J. Gelles et M. M. Cavanaugh (s. la dir. de), *Current Controversies on Family Violence*, 2^e édition, p. 19-34, Sage, Thousand Oaks (Californie), 2005, p. 20.

⁵⁰ O'Connor, D. et M. Donnelly. « Confronting the challenges of assessing capacity: Dementia in the context of abuse », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 106-118, Jessica Kingsley Publishers, Londres (G.-B.), 2009, p. 109.

leur propre optique les évaluations et les interventions faites auprès de la victime et de l'agresseur, ce qui ajoute à la difficulté de délimiter un cadre théorique commun.^{51 52 53}

Les écrits décrivent un ensemble d'hypothèses sur la maltraitance des aînés^{54 55} et les regroupent dans les catégories suivantes :

Psychopathologie de l'agresseur : Envisage les maladies mentales ou la dépendance de type alcoolique comme des facteurs de maltraitance des aînés.⁵⁶

Violence transgénérationnelle : Envisage les mauvais traitements comme faisant partie du continuum de violence familiale. Il existe peu de preuves empiriques, mais des études de cas laissent entendre qu'il serait utile d'effectuer des recherches plus poussées à ce sujet (relatives aux théories sur l'apprentissage social).

Théorie de la situation ou du stress de l'aidant : Soutient que le fardeau de l'aidant se multiplie et dépasse sa capacité de satisfaire aux besoins de la personne âgée, et que le stress de l'aidant finit par prendre le dessus sur la situation.

Théorie de l'isolement : Position selon laquelle la réduction du filet social peut en fin de compte résulter en des mauvais traitements à l'endroit des aînés.⁵⁷

Théorie de l'économie politique : Porte sur les difficultés qu'affrontent les personnes âgées quand elles perdent leur rôle dans la société, y compris les questions d'âgisme.

Wolf soutient que le problème clé réside dans le manque d'études rigoureuses visant à mettre les théories à l'épreuve.⁵⁸ Par ailleurs, dans un rapport de l'American Psychological Association, on déclare que le manque de clarté témoigne d'une incertitude générale au sujet de la maltraitance envers les personnes âgées, et plus particulièrement lorsqu'elles sont atteintes d'Alzheimer ou d'affections connexes, et s'inscrit dans les cadres théoriques relatifs à la violence. On a établi des parallèles entre les mauvais traitements envers les aînés et ceux qui sont infligés aux enfants, et entre les mauvais traitements envers les aînés et la violence conjugale. De nombreux cas de maltraitance de personnes âgées correspondent au paradigme de la violence familiale, c'est-à-dire des actes violents ou des abus de pouvoir qui risquent de causer des préjudices à un membre de la famille.⁵⁹ Cependant, les cas n'impliquent pas tous des conjoints ou des membres de la famille. Les praticiens insistent sur

⁵¹ Centre for Substance Abuse Prevention Pathways. « The basics of elder abuse », *Out of the Shadows: Uncovering Substance Use and Elder Abuse*, module 2, 2010, consulté le 13 décembre 2010 à http://pathwayscourses.kitsolutions.net/elab/elab_2_pg12.htm.

⁵² Alberta Elder Abuse Network. 2010, consulté le 13 décembre 2010 à <http://www.albertaelderabuse.ca/>.

⁵³ Aging and Senior Health Issues. « Elder Abuse and Neglect », 2010, consulté le 13 décembre 2010 à <http://www.easylifesas.com/elder-abuse-and-neglect/>.

⁵⁴ Fulmer, T. « Screening for mistreatment of older adults », *American Journal of Nursing*, vol. 108, n° 12, 2008, p. 52-59.

⁵⁵ Fulmer, T., L. Guadagno, C. Dyer et J. D. Connolly. « Progress in elder abuse screening and assessment instruments », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, p. 297-304, 2004.

⁵⁶ Lachs, M. S. et K. Pillemer. « Elder Abuse », *The Lancet*, vol. 364, n° 9441, p. 1263-1272.

⁵⁷ Tabloski, P. A. « Violence and elder mistreatment », dans P. A. Tabloski. *Clinical Handbook for Gerontological Nursing*, 2^e édition, p. 287-307, Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River (New Jersey), 2010, p. 292.

⁵⁸ Wolf, R. S. « Elder abuse and neglect: Causes and consequences », *Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 30, n° 11, p. 155-159, 1997.

⁵⁹ American Psychological Association. « Violence and the family », *Report of the American Psychological Association Task Force on Violence and the Family*, Washington (DC), 1996.

l'importance de comprendre toute la gamme des mauvais traitements envers les personnes âgées et leurs causes sous-jacentes, y compris l'auto-négligence.⁶⁰

Certains auteurs, tels VandeWeerd, Paveza et Fulmer, font état d'une *vulnérabilité* découlant de la maladie d'Alzheimer : problèmes cognitifs relatifs à la mémoire, au langage, à l'attention, à la perception et aux capacités motrices, notamment la perte d'attention, d'habiletés de la communication et des capacités perceptives, ce qui peut gêner la conduite automobile, la lecture et l'habillement; ces problèmes comprennent souvent de la dépression, de l'agitation, de la méfiance, des idées délirantes et des hallucinations.⁶¹

⁶⁰ Centre for Substance Abuse Prevention Pathways. « The basics of elder abuse », *Out of the Shadows: Uncovering Substance Use and Elder Abuse*, module 2, 2010, consulté le 11 novembre 2010 à http://pathwayscourses.kitsolutions.net/elab/elab_2_pg12.htm.

⁶¹ VandeWeerd, C., G. J. Paveza et T. Fulmer. « Abuse and neglect in older adults with Alzheimer's disease », *Nursing Clinics of North America*, vol. 41, p.43-55, 2005, p. 44.

LA MALTRAITANCE ET LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES AFFECTIONS CONNEXES

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe sont plus vulnérables à la maltraitance et à la négligence. D'un côté, elles sont plus isolées à mesure qu'elles deviennent plus dépendantes et que leurs réseaux sociaux se détériorent, ce qui crée un contexte propice à la maltraitance. En même temps, des problèmes cognitifs les empêchent d'agir : par exemple, elles peuvent éprouver des difficultés à organiser leur déménagement ou à demander de l'aide.⁶² [Traduction libre]

Les recherches soulignent que la violence faite aux personnes âgées est une question sociale, légale et éthique complexe à multiples facettes. Au sein de la communauté, les agresseurs peuvent être le conjoint ou un membre de la famille, un aidant rémunéré ou de simples connaissances. La maltraitance peut être récente ou durer depuis plus longtemps. Une approche juridique ou sociale d'un seul type ne saurait suffire à prévenir la maltraitance ou la négligence envers les personnes âgées ou à y remédier.⁶³

Prévalence

La violence envers les personnes âgées est liée à la détresse et à une augmentation de la mortalité chez les aînés et de la morbidité psychologique des aidants. De toute évidence, il est difficile de découvrir la prévalence des mauvais traitements envers les personnes vulnérables qui sont perpétrés par les gens mêmes sur qui elles doivent compter.⁶⁴

Au terme d'une recension internationale des écrits sur le sujet, Lysne a conclu que le taux de prévalence de la violence est considérablement plus élevé envers les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe que le taux de la violence faite aux personnes âgées en général⁶⁵, lequel se situe, au Canada, entre 4 et 10 %.⁶⁶ Au Royaume-Uni, par exemple, une étude récente a révélé que la violence faite aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'affections connexes par les aidants naturels est chose courante, un tiers d'entre elles ayant signalé des mauvais traitements d'une grande gravité, tandis que la moitié ont témoigné de quelque comportement violent.⁶⁷

⁶² O'Connor, D. et M. Donnelly. « Confronting the challenges of assessing capacity: Dementia in the context of abuse », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 106-118, Jessica Kingsley Publishers, Londres (G.-B.), 2009, p. 107.

⁶³ Spencer, C. et A. Soden. « A softly greying nation: Law, Ageing and Policy in Canada », *The Journal of International Aging, Law and Policy*, vol. 2 (été), p. 1-32, 2007, p. 18.

⁶⁴ Cooper, C., A. Selwood et G. Livingston. « The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review », *Age and Ageing*, vol. 37, p. 151-160, 2008, p. 151.

⁶⁵ Lysne, L. « How elder care can become elder abuse and neglect: A review of the international literature », Division du vieillissement et des aînés, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), 2010, p. 16.

⁶⁶ Bain, P. et C. Spencer. *What is Abuse of Older Adults?*, feuillet d'information n°2 rédigé pour les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés du Canada, 2009, p. 2, consulté le 11 novembre 2010 à http://www.cnpea.ca/Fact2_WEAD-EN_2009.pdf.

⁶⁷ Cooper, C., A. Selwood, M. Blanchard, Z. Walker et R. Blizard. « Abuse of people with dementia by family carers: Representative cross sectional survey », *British Medical Journal*, vol. 338 (b155), 2009, consulté le 2 septembre 2010 à <http://www.bmj.com/content/338/bmj.b155.full.pdf>.

Une étude basée sur les données d'entrevues structurées de 142 aidants naturels (98 épouses et 144 époux) a indiqué que plus les aidants sont déprimés, plus ils risquent de traiter leur conjoint d'une manière qui pourrait leur causer préjudice. Toutefois, on a constaté, conformément aux hypothèses tirées des théories sur les relations entretenues au sein des communautés, que lorsque la relation qui existait avant l'apparition de la maladie se caractérisait par une sollicitude mutuelle (c'est-à-dire que la relation était plus étroite), l'aidant était moins déprimé et moins enclin à un comportement néfaste envers son conjoint.⁶⁸ L'expérience vécue avec l'aidant avant la maladie permet donc de prévoir comment il réagira aux changements de circonstances entourant les soins.⁶⁹

Un sondage sur la violence familiale au Canada a révélé que 7 % des aînés avaient été victimes d'une forme ou d'une autre de violence psychologique, 1 % d'exploitation financière et 1 % de violence physique ou sexuelle, aux mains de leurs enfants, d'aidants ou de partenaires durant les cinq années précédentes.⁷⁰ Les hommes (9 %) étaient moins enclins à signaler les actes de violence psychologique et d'exploitation financière que les femmes (6 %). Cependant, en raison de différences dans les questions et les périodes de temps sur lesquelles ont porté les recherches, on ne peut comparer ces résultats à ceux d'une étude canadienne antérieure, par laquelle on avait constaté une tendance bien moindre à la violence psychologique (1,4 %) et un taux plus élevé d'exploitation financière (2,5 %).^{71 72}

Selon un rapport de Statistique Canada (2005), la police a révélé qu'en 2003, on lui avait signalé 4 000 cas de violence envers des aînés. Il s'agissait le plus souvent de voies de fait simples, mais on considérait ces cas comme étant sérieux vu la fragilité physique des personnes âgées et le danger accru qu'elles se blessent. Roger et Ursel soulignent que les autres formes de violence ou de négligence sont encore moins documentées. On a trouvé que, lorsqu'un jeune membre de la famille dépend financièrement d'une personne âgée, cela peut mener à de la violence.⁷³

Il n'est pas toujours facile de reconnaître les différentes formes de maltraitance :⁷⁴

- La violence physique ou psychologique peut passer pour des problèmes de santé;
- La négligence physique risque d'être plus difficile à reconnaître que la violence physique;
- La violence psychologique peut être difficile à distinguer des tensions familiales ordinaires;⁷⁵
- Il est possible que certains fournisseurs de soins de santé ne relèvent même pas les cas de violence sexuelle.

⁶⁸ Williamson, G. M., D. R. Shaffer et le Family Relationships in Late Life Project (University of Georgia). « Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: How we were then, how we are now », *Psychology and Aging*, vol. 16, n° 2, p. 217-226, 2001, p. 217.

⁶⁹ Williamson, G. M., D. R. Shaffer et le Family Relationships in Late Life Project (University of Georgia). « Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: How we were then, how we are now », *Psychology and Aging*, vol. 16, n° 2, p. 217-226, 2001, p. 224.

⁷⁰ Centre canadien de la statistique juridique. *La violence familiale au Canada : un portrait statistique*, Santé Canada, 2000.

⁷¹ Podnieks, E. « National survey on abuse of the elderly in Canada », *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 4, n° 5, 1992, p. 58.

⁷² Organisation mondiale de la santé. « Abuse of the elderly », dans E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi et R. Lozano (s. la. dir. de), *World Report on Violence and Health*, p. 123-146, 2002, p. 129, consulté le 3 septembre 2010 à http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf.

⁷³ Roger, K. S. et J. Ursel. « Public opinion on mandatory reporting of abuse and/or neglect of older adults in Manitoba, Canada », *Journal of Elder Abuse et Neglect*, vol. 21, p. 115-140, 2009, p. 117.

⁷⁴ Banerjee, A. K. « The abuse of older people: The English scenario », *Indian Journal of Gerontology* (p. 405-410), vol. 22, n° 3-4, 2008, p. 408.

⁷⁵ Spencer, C. *Environmental Scan and Critical Analysis of Elder Abuse Screening, Assessment and Intervention Tools for Canadian Health Care Providers*, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), 2009, p. 5.

Impact de la maltraitance

[...] parce que les aînés maltraités bénéficient souvent moins de systèmes d'appui et de réserves – physiques, psychologiques et économiques – les conséquences de la maltraitance et de la négligence prennent de l'ampleur, de sorte qu'un simple incident risque davantage de déclencher une descente en spirale menant à une perte d'indépendance, à des complications médicales graves et même à la mort.⁷⁶[traduction libre]

Le mauvais traitement peut constituer un danger de mort immédiat et influencer aussi sur la survie à long terme. Une étude pionnière de Lachs et coll., qui s'est déroulée sur une période de 13 ans, a révélé que le taux de survie des aînés maltraités était de 9 % comparé à 17 % pour les personnes victimes de négligence et à 40 % pour celles qui n'avaient pas été maltraitées.⁷⁷

La maltraitance et la négligence des aînés sont des facteurs qui ont une incidence importante sur leur bien-être psychologique et social :⁷⁸

- Chez les gens âgés, tant les hommes que les femmes victimes de maltraitance témoignent de taux de dépression et d'anxiété plus élevés que ceux et celles qui ne sont pas maltraités.
- La dépression qui résulte de la maltraitance peut mener à un plus grand isolement des personnes âgées.
- La maltraitance et la négligence causées par un membre de la famille ou un autre proche peuvent provoquer un sentiment de honte, de culpabilité ou d'embarras.
- L'exploitation financière des personnes âgées peut avoir des conséquences néfastes sur leur santé et leur bien-être en réduisant les ressources dont elles ont besoin pour rester en bonne santé (p. ex. alimentation nutritive, activité physique, médicaments et soins).
- Avoir à vivre avec les conséquences de la maltraitance et de la négligence peut mener certaines victimes à des abus d'alcool ou d'autres drogues.

Valeurs

Nombre de documents sur le domaine explorent la raison pour laquelle les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe risquent de se faire maltraiter. Dans une optique particulière, on s'est penché sur la valeur qu'on leur accorde. Dans les écrits sur l'identité individuelle⁷⁹⁸⁰⁸¹⁸²⁸³, on avance que les aînés atteints d'Alzheimer ou d'une affection connexe sont sous-valorisés en

⁷⁶ Dyer, C. B., M.-T. Connolly, et P. McFeeley. « The clinical and medical forensics of elder abuse and neglect », dans R. J. Bonnie et R. B. Wallace (s. la dir. de), *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*, p. 339-380, National Academy of Sciences, Washington (DC), 2003, p. 340.

⁷⁷ Lachs, M. S., C. S. Williams, S. O'Brien, K. A. Pillemer et M. E. Charlson. « The mortality of elder mistreatment », *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, n° 5, p. 428-432, 1998.

⁷⁸ Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2010, 2010, consulté le 11 novembre 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/cphorsphc-respcacsp-06-fra.php>.

⁷⁹ Jaworska, A. « Respecting the margins of agency: Alzheimer's patients and the capacity to value », *Philosophy and Public Affairs*, vol. 28, n° 2, p. 105-138, 1999.

⁸⁰ Kitwood, T. *Dementia reconsidered: The person comes first*, Open University Press, Buckingham (G.-B.), 1997.

⁸¹ Post, S. G. *The moral challenge of Alzheimer disease: Ethical issues from diagnosis to dying*, 2^e édition, Johns Hopkins University Press, Baltimore et Londres, 2000.

⁸² Sabat, S. « Capacity for decision-making in Alzheimer's disease: Selfhood, positioning and semiotic people », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 19, n° 11-12, p. 1030-1035, 2005.

⁸³ O'Connor, D. et B. Purves (s. la dir. de). *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, Jessica Kingsley Publishers, Londres (G.-B.), 2009, p. 11-21.

tant qu'êtres humains.⁸⁴ Kitwood décrit un paradigme de la maladie, y compris une « psychologie sociale maligne » qui dépersonnalise les gens atteints d'Alzheimer ou d'une affection connexe en les étiquetant, en les infantilisant et en les bannissant.⁸⁵ Des recherches actuelles menées en Australie fournissent un exemple, en soulignant que les attitudes communément admises envers les personnes âgées ayant besoin d'aide pour gérer leurs biens portent des gens à croire qu'ils ont le droit de s'approprier leurs biens, même à leur détriment.⁸⁶

On reconnaît qu'il reste encore beaucoup de recherches à faire en matière d'information et de formation. Le personnel des soins de santé n'est généralement pas conscient des vulnérabilités propres aux patients atteints d'Alzheimer ou d'une affection connexe et ne reconnaît pas les signes de maltraitance envers les aînés. Il est extrêmement important d'informer les aidants de la progression clinique de la maladie et des besoins anticipés des personnes qui en souffrent afin qu'ils soient en mesure de leur prodiguer des soins efficaces et de reconnaître les déclencheurs possibles de maltraitance. De plus, des mesures de soutien pour les aidants, y compris des possibilités de traitement en cas de dépression et l'accès à des ressources communautaires, peuvent prévenir ou même endiguer la violence.⁸⁷

Considérations d'ordre culturel

Les marqueurs de différence culturelle – normes, valeurs, croyances, traditions et pratiques qui signalent l'appartenance à un groupe social en particulier – façonnent subtilement nos gestes quotidiens et influent profondément sur les interactions entre les fournisseurs et les bénéficiaires des services de soins propres à la maladie d'Alzheimer et aux affections connexes, comme sur toute autre forme de service social ou de soins de santé.⁸⁸ [Traduction libre]

Les recherches explorent les questions de sensibilisation aux cultures et de savoir-faire culturel. En Grande-Bretagne, avancement Mackenzie et coll., les professionnels œuvrant auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe qui appartiennent à divers groupes ethniques et culturels disposent de très peu de connaissances fondées sur des preuves, et que les croyances concernant les démences et le type de traitement et d'appui nécessaire ont reçu très peu d'attention. Cette situation crée par conséquent des problèmes pour ceux qui doivent fournir des services d'appui aux personnes atteintes de la maladie et à leur famille.⁸⁹ Les chercheurs se sont penchés également sur un sujet connexe : la sécurité culturelle. L'utilisation de l'expression « sécurité culturelle » remonte aux années 1980 en Nouvelle-Zélande suite au mécontentement du peuple maori par rapport à la qualité des soins infirmiers. La sécurité culturelle va au-delà du concept de sensibilité

⁸⁴ Kitwood, T. *Dementia reconsidered: The person comes first*, Open University Press, Buckingham (G.-B.), 1997.

⁸⁵ Kitwood, T. « The dialectics of dementia: With particular reference to Alzheimer's disease », dans C. Baldwin et A. Capstick (s. la dir. de), *Tom Kitwood on Dementia: A Reader and Critical Commentary*, p. 34-51, Open University Press, Maidenhead (G.-B.), 2007.

⁸⁶ Tilse, C., Wilson, J. et D. Setterland. « Personhood, financial decision-making and dementia », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface* (p. 133-143), Jessica Kingsley Publishers, Londres (G.-B.), 2009, p. 138.

⁸⁷ Hansberry, M., E. Chen et M. J. Gorbien. « Dementia and elder abuse », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 21, p. 315-332, 2005.

⁸⁸ Hulko, W. et L. Stern. « Cultural safety, decision-making and dementia: Troubling notions of autonomy and personhood », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 70-87, Jessica Kingsley Publishers, Londres (G.-B.), 2009, p. 70.

⁸⁹ Mackenzie, J., R. Bartlett. et M. Downs. « Moving towards culturally competent dementia care: Have we been barking up the wrong tree? », *Reviews in Clinical Gerontology*, vol. 15, n° 1, p. 39-46, 2005, p. 39.

culturelle et fait ressortir encore plus clairement les rapports de force inégaux, la discrimination institutionnelle, la colonisation et les relations coloniales existant dans le système de santé. »⁹⁰

Hulko et Stern explorent la sécurité culturelle dans le contexte de la prise de décisions et de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes. Ils font remarquer que l'inclusion des aînés ayant des pertes de mémoire dans le processus de prise de décisions fait partie de la culture des Premières nations et nécessite, d'une part, que la population considère que les aînés font partie intégrante d'un collectif, lequel constitue un tout, et, d'autre part, qu'elle s'occupe de leur bien-être et de leur santé physique, spirituelle, mentale et psychologique.⁹¹

Le guide *Being Least Intrusive* vise à aider les professionnels de la santé de première ligne et les fournisseurs de services qui doivent intervenir et enquêter lors de situations de maltraitance et de négligence envers des adultes vulnérables des Premières nations. Il vise à les conseiller sur le « terrain » complexe des vulnérabilités, de la maltraitance et de la négligence des adultes, de manière à ce qu'ils respectent la diversité culturelle et spirituelle, et veillent à la sécurité des individus, des familles et des communautés.⁹²

Questions de compétence et de capacité

On reconnaît de plus en plus les dimensions morales, éthiques, sociales et cliniques de l'évaluation des capacités et des compétences. Par exemple, les jugements concernant les compétences sont en fait des jugements moraux dans la mesure où le clinicien ou le juge agit au nom de la société lorsqu'il détermine si un individu devrait continuer de s'adonner en toute autonomie à un ensemble d'activités.⁹³ Prendre des décisions avec ou pour des gens atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'affections connexes n'est pas un geste neutre, mais un geste chargé de questions d'éthique.⁹⁴

Selon Donovan et Regehr, les professionnels œuvrant auprès d'une clientèle âgée victime de violence et de négligence ont pour défi de trouver un équilibre entre le devoir de protéger la sécurité des aînés vulnérables et le droit des clients à la confidentialité et à l'autodétermination. Comme nombre de dilemmes éthiques, le but est essentiellement de parvenir respectueusement à une conclusion qui fasse le moins de mal possible au client vulnérable. »⁹⁵

O'Connor et Purves insistent sur la nécessité d'examiner la prise de décisions dans l'optique de l'identité individuelle.⁹⁶ Il peut être difficile d'essayer de comprendre les comportements et les gestes d'une

⁹⁰ National Aboriginal Health Organization (NAHO). *Fact Sheet: Cultural Safety*, 2006, consulté le 26 novembre 2010 à <http://www.naho.ca/english/documents/Culturalsafetyfactsheet.pdf>.

⁹¹ Hulko, W. et L. Stern. « Cultural safety, decision-making and dementia: Troubling notions of autonomy and personhood », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 70-87, Jessica Kingsley Publishers, Londres (G.-B.), 2009, p. 75.

⁹² Struthers, A. et L. Neufeld. *Being Least Intrusive: An Orientation to Practice for Front Line Workers Offering Services to First Nations Communities*, ébauche, WiT Works Ltd., BC Community Response Network, Vancouver Island Health Authority, Victoria (C.-B.), 2010, p. 4.

⁹³ Tilse, C., J. Wilson, et D. Setterland. « Personhood, financial decision-making and dementia », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 133-143, Jessica Kingsley Publishers, Londres (G.-B.), 2009, p. 137.

⁹⁴ Baldwin, C. « Narrative and decision-making », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 25-36, Jessica Kingsley Publishers, Londres (G.-B.), 2009, p. 34.

⁹⁵ Donovan, K. et C. Regehr, C. « Elder abuse: Clinical, ethical, and legal considerations in social work practice », *Clinical Social Work Journal*, vol. 38, p. 174-182, 2010, p. 181.

⁹⁶ O'Connor, D. et B. Purves. « Decision-making, personhood and dementia: Mapping the terrain », dans D. O'Connor et B. (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 11-21, Jessica Kingsley Publishers, Londres, (G.-B.), 2009, p. 15.

personne dans le contexte de la maltraitance.⁹⁷ Des questions émergent invariablement au sujet de la capacité de la personne de prendre des décisions. Quand la personne est atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe, il peut être encore plus facile d'accepter son incapacité que de chercher à en déterminer les facteurs distinctifs. O'Connor et Donnelly montrent comment divers tests sur les capacités reposent sur des normes qui varient selon les provinces. Ils vont même plus loin en suggérant qu'il existe une incompatibilité entre les pratiques actuelles et les normes.⁹⁸

Obstacles à la divulgation

Les aînés maltraités, surtout ceux qui souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe, se heurtent à de nombreux obstacles à la divulgation de leurs problèmes :⁹⁹

- Diminution de la faculté de comprendre
- Ignorance de la loi
- Différences culturelles
- Honte et peur dans le cas où l'agresseur est un aidant naturel
- Peur d'avoir à déménager dans un établissement de soins de santé
- Norme socioculturelle qui décourage les étrangers de se mêler des affaires d'une famille
- Croyance que la police ou les organismes sociaux ne peuvent pas faire grand-chose pour aider.

Facteurs de risque

Les premières recherches sur la violence et la négligence envers les aînés ont porté plus particulièrement sur la personne bénéficiant des soins, car on pensait que sa relation de dépendance avec l'aidant, associée au stress de ce dernier, menait à la maltraitance ou à la négligence. La solution était souvent de retirer la victime de son domicile. Les recherches plus récentes portent plutôt sur les facteurs de risque chez l'aidant ainsi que sur la vulnérabilité des aînés due à des déficiences fonctionnelles ou cognitives.¹⁰⁰

Les professionnels de la santé et du bien-être qui œuvrent auprès des aînés ont souvent l'occasion de rencontrer des gens qui ont été maltraités, que ces derniers en soient conscients ou non. Pour le moment, seule une faible proportion de ces mauvais traitements est signalée.¹⁰¹ La maladie chronique et un déclin progressif des activités de la vie quotidienne et des fonctions cognitives augmentent le risque de maltraitance des personnes âgées. La diminution des fonctions cognitives a un impact important puisqu'elle peut mener à un comportement perturbateur de la part de la personne qui bénéficie des soins.¹⁰²

⁹⁷ O'Connor, D. et M. Donnelly. « Confronting the challenges of assessing capacity: Dementia in the context of abuse », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 106-118, Jessica Kingsley Publishers, Londres (G.-B.), 2009, p. 116.

⁹⁸ O'Connor, D. et M. Donnelly. « Confronting the challenges of assessing capacity: Dementia in the context of abuse », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 106-118, Jessica Kingsley Publishers, Londres (G.-B.), 2009, p. 116.

⁹⁹ Donovan, K. et C. Regehr. « Elder abuse: Clinical, ethical, and legal considerations in social work practice », *Clinical Social Work Journal*, vol. 38, p. 174-182, 2010, p. 175.

¹⁰⁰ Lysne, L. « How elder care can become elder abuse and neglect: A review of the international literature », Division du vieillissement et des aînés, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), 2010, p. 10.

¹⁰¹ Cooper, C., A. Selwood et G. Livingston. « Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: A systematic review », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 17, n° 10, p. 826-838, 2009, p. 827.

¹⁰² Lachs, M. S. et coll. « Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observational study », *The Gerontologist*, vol. 37, n° 4, p. 469-477, 1997; Coyne, A. C., M. D. Reichman et L. J. Berbig. « The relationship between dementia and elder abuse », *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, n° 4, p. 643-646, 1993; Coyne, A. C. « The relationship between dementia

Bien que l'on croie que la violence physique est la forme la moins commune de maltraitance envers les aînés, elle est chose courante parmi ceux qui ont la maladie d'Alzheimer ou une affection connexe. Lachs et Pillemer suggèrent que le comportement perturbateur de ces personnes en est la cause.¹⁰³ Par ailleurs, habiter seul augmente le risque d'exploitation financière et diminue le risque de maltraitance physique.¹⁰⁴

Une étude longitudinale américaine de neuf ans sur les facteurs de risque de cas de violence signalés et vérifiés a révélé qu'une incapacité fonctionnelle, une déficience cognitive existante et une déficience cognitive nouvelle ou qui empire étaient autant de facteurs exposant les aînés à la maltraitance.¹⁰⁵

Une étude du lien entre une situation de violence familiale grave et la maladie d'Alzheimer, qui a permis d'observer 184 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur aidant principal, a révélé que deux variables étaient fortement associées à la violence dans la dyade aidant-personne bénéficiant de ses soins : quand la personne vivait avec de la parenté autre que son conjoint et quand l'aidant souffrait de dépression. Les aidants violents et ceux qui étaient eux-mêmes victimes de violence fournissaient plus d'heures de soin, prenaient soin de personnes ayant une plus grande déficience fonctionnelle et risquaient davantage de souffrir de dépression.¹⁰⁶

En proposant un modèle de risque et de vulnérabilité, Fulmer et coll. avancent que la maltraitance des aînés peut résulter d'une combinaison d'éléments : facteurs de risque dans les antécédents de l'aidant, vulnérabilité de la personne dont il s'occupe et dynamique de la relation entre les deux.¹⁰⁷ Parmi les facteurs pertinents, relevons la personnalité de la personne bénéficiant de soins, ses capacités cognitives et fonctionnelles, son réseau d'appui social et les traumatismes vécus dans son enfance; chez l'aidant, ses capacités fonctionnelles, un traumatisme de son enfance et sa personnalité. Talley et Crews ont proposé un modèle semblable, une relation triadique entre l'aidant naturel, la personne bénéficiant de soins et l'aidant ou les aidants professionnels, cette relation existant dans un cadre plus étendu de variables susceptibles d'affecter la santé et le bien-être des trois participants à la relation.¹⁰⁸

Selon Krug et coll., il faut faire davantage de recherches sur le rôle du stress des aidants, ce facteur ayant initialement été qualifié de cause primaire de la maltraitance envers les aînés. Avec l'augmentation de la prévalence de la maladie d'Alzheimer dans le monde et la hausse du niveau de violence dans les familles dont un membre souffre de la maladie, il faudrait prêter plus d'attention à la relation entre l'aidant et la personne bénéficiant de ses soins. Même s'il est peut-être évident que l'isolement social ou le manque d'appui peut contribuer à la maltraitance et à la négligence, la victime dans ces situations n'est généralement pas prête à suivre un programme visant à encourager les interactions sociales, comme ceux qu'on offre dans les centres pour aînés ou les centres d'activités de

and elder abuse », *Geriatric Times*, vol. II, n° 4, p. 643-646, consulté le 28 octobre 2010 à <http://www.cmellc.com/geriatrictimes/g010715.html>.

¹⁰³ Lachs, M. S. et K. Pillemer. « Elder abuse », *The Lancet*, vol. 364, p. 1263-1272, 2004.

¹⁰⁴ Levine, J. M. « Elder neglect and abuse: A primer for primary care physicians », *Geriatrics*, p. 37-44, vol. 58, 2003.

¹⁰⁵ Lachs, M. S. et coll. « Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observational study », *The Gerontologist*, vol. 37, n° 4, p. 469-477, 1997.

¹⁰⁶ Paveza, G. J. et coll. « Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors », *The Gerontologist*, vol. 32, n° 4, p. 493-497, 1992.

¹⁰⁷ Fulmer, T. T. et coll. « Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect », *The Gerontologist*, vol. 45, n° 4, p. 525-534, 2005.

¹⁰⁸ Talley, R. C. et J. E. Crews. « Framing the public health of caregiving », *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 2, p. 224-228, 2007.

jour. Des recherches pour savoir qui sont ces victimes et quelles sont leurs situations pourraient peut-être produire de meilleures solutions.¹⁰⁹

Le rapport de recherche sur la maltraitance et la négligence des aînés de la Families Commission de la Nouvelle-Zélande a relevé les facteurs de risque et de protection pour les personnes âgées et les familles. Pour les personnes âgées, les facteurs de risque étaient les suivants : isolement, mauvaise santé physique, compétences mentales, conditions de logement, violence conjugale, traits de caractère et honte ou culpabilité personnelle. Pour les familles, les facteurs de risque étaient les suivants : membre de la famille ayant un problème de santé mentale ou d'abus d'alcool ou de drogue, familles dysfonctionnelles (violence conjugale habituelle; mauvais traitement des parents par les enfants), familles surchargées (manque de temps, manque d'argent, inaptitude à prodiguer les soins nécessaires), familles dominatrices qui prennent le contrôle, familles motivées par le gain, familles éloignées géographiquement, et soupçons de violence sexuelle du mari envers sa femme qui n'a pas toutes ses facultés mentales.¹¹⁰

Perspectives sur les soins

Le stress de l'aidant a énormément de répercussions sur les personnes bénéficiant de ses soins et les familles, entraînant notamment le placement prématuré de ces personnes en établissement, des soins inférieurs aux normes et de la négligence ou de la maltraitance. Des symptômes comme la dépression, l'anxiété, l'irritabilité et une mauvaise santé physique peuvent indiquer que l'aidant a besoin d'une évaluation et d'un appui psychosocial.¹¹¹ [Traduction libre]

« De plus, les aînés qui prennent soin d'autres aînés sont plus susceptibles de déclarer des troubles de santé psychologiques plutôt que des troubles physiques. Les femmes, en particulier, sont plus portées que les hommes du même groupe d'âge à signaler qu'elles se sentent, parfois ou presque toujours, déchirées entre aider les autres, s'occuper de leurs responsabilités et prendre du temps pour elles-mêmes (31 % des femmes comparativement à 19 % des hommes). »¹¹²

Cooper et coll. ont relevé des facteurs déterminants dans les comportements violents des aidants naturels envers les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe. Ils ont trouvé que, plus les aidants étaient anxieux et déprimés, plus ils signalaient de cas de violence; et que ce lien était médié par des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles et une charge accrue. On compensait la violence en passant davantage d'heures à prodiguer des soins. Les aidants qui s'occupent de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe ressentent plus de stress, d'anxiété et de dépression que les aidants qui s'occupent de personnes atteintes d'une autre maladie. La nature particulièrement pénible des soins à fournir aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe n'est pas surprenante, étant donné l'inévitabilité de la dépendance qui va en

¹⁰⁹ Organisation mondiale de la santé. « La maltraitance des personnes âgées », dans E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi et R. Lozano (s. la dir. de), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, p. 123-146, 2002, p. 141, consulté le 3 septembre 2010 à http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf.

¹¹⁰ Peri, K., J. Fanslow et J. Parsons. *Elder Abuse and Neglect: Exploration of Risk and Protective Factors*, Families Commission, New Zealand, 2008, p. 64, consulté le 11 novembre 2010 à <http://www.inpea.net/images/abuseneglect.pdf>.

¹¹¹ Kalapatapu, R. K. et J. A. Neugrosch. « Update on neuropsychiatric symptoms of dementia: Evaluation and management », *Geriatrics*, vol. 64, n° 4, p. 20-26, 2009, p. 25.

¹¹² Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada*, 2010, consulté le 8 novembre 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/cphorsphc-respcacsp-06-fra.php>.

s'accroissant, et la grande fréquence des changements de personnalité, de la perte de compréhension et des problèmes comportementaux, y compris les agressions.¹¹³

Dans le cadre d'une étude canadienne antérieure, Jutras et Lavoie ont comparé les indicateurs de santé des co-résidents-aidants naturels (n = 292) âgés de 55 ans et plus ayant une déficience physique ou cognitive, avec ceux de deux groupes de non-aidants. D'après leurs recherches, prodiguer des soins nuit à la santé psychologique, comme en a témoigné le nombre élevé de cas de dépression, d'anxiété et de problèmes relationnels avec les membres de la famille, et diminue la qualité de vie. Les recherches ont suggéré que les aidants « informels » devraient être considérés comme une population cible nécessitant des services de santé et sociaux soigneusement planifiés.¹¹⁴

Prendre soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe peut s'avérer physiquement et psychologiquement très ardu pour l'aidant, en plus de demander énormément de temps, à cause de la dépendance de cette personne envers son aidant, ainsi que des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Les recherches se poursuivent afin d'examiner le bien-être des aidants.

Plus du tiers des aidants naturels ont dit endurer des sévices considérables de la part des personnes dont ils s'occupent. Les aidants qui ont fait état d'une plus grande détérioration de leur relation avec la personne ont en outre rapporté le plus grand nombre d'incidents violents. Ce fait s'explique en partie par l'utilisation de stratégies d'adaptation dysfonctionnelles, ce qui suggère que des interventions pour modifier leurs stratégies d'adaptation pourraient réduire l'impact de la maltraitance.¹¹⁵

Une équipe de recherche canadienne a récemment étudié les conséquences sur la santé d'aidantes naturelles s'occupant d'un membre de la famille qui avait déjà été violent envers elles ou sur la santé des femmes qui ont accepté ces responsabilités uniquement par devoir filial. On en a déduit que la santé de ces femmes serait bien moins bonne que celle des aidantes ayant accepté leurs responsabilités par amour ou affection. Parmi les facteurs qui nuisent à leur santé, notons la fatigue, l'épuisement, la dépression, le manque de sommeil, l'hostilité, les troubles émotionnels, l'hypertension, les douleurs dorsales et des douleurs arthritiques accrues. Une analyse des données tirées d'un sondage de 236 aidantes (âge moyen : 54 ans), 64 % de filles et 16 % de conjointes s'occupant d'un membre de la famille dont la moyenne d'âge est de 77 ans, confirme l'incidence de la qualité de la relation avant la maladie et du sens du devoir de l'aidant sur la santé et sur les activités de promotion de la santé entreprises par l'aidante.¹¹⁶

Une étude de Macneil et coll. a examiné comment la colère peut accroître ou modérer la relation entre la dépression, le ressentiment et l'anxiété, et le comportement potentiellement nuisible des personnes qui s'occupent des gens âgés et cohabitent avec eux dans la communauté. On a trouvé que la colère influait effectivement sur le lien entre l'anxiété et le comportement potentiellement nuisible, ce qui laisse entendre qu'il y aurait lieu de déterminer le degré de colère chez les aidants qui signalent des symptômes de dépression. Réduire la dépression des aidants qui signalent des niveaux élevés de colère pourrait réduire les comportements potentiellement nuisibles. Il faudrait en outre dépister les

¹¹³ Cooper, C., A. Selwood, M. Blanchard et G. Livingston. « Abusive behaviour experienced by family carers from people with dementia: The CARD (caring for relatives with dementia) study », *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, vol. 81, n° 6, p. 592-596, 2010, p. 592.

¹¹⁴ Jutras, S. et J.-P. Lavoie. « Living with an impaired elderly person: The informal caregiver's physical and mental health », *Journal of Aging and Health*, vol. 7, n° 1, p. 46-73, 1995, p. 46.

¹¹⁵ Cooper, C., A. Selwood, M. Blanchard et G. Livingston « Abusive behaviour experienced by family carers from people with dementia: The CARD (caring for relatives with dementia) study », *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, vol. 81, n° 6, p. 592-596, 2010, p. 596.

¹¹⁶ Wuest, J., M. J. Hodgins, J. Malcolm, M. Merrit-Gray et P. Seaman. « Effects of past relationship and obligation on health and health promotion in women caregivers of adult family members », *Advances in Nursing Science*, vol. 30, no 3, p. 206-220, 2007.

sentiments de ressentiment, puisque la relation entre le ressentiment et la colère ressemble à celle qui existe entre la dépression et la colère.¹¹⁷

Cooney, Howard et Lawlor ont exploré les associations qui peuvent exister entre les traits de caractère de l'aidant et ceux de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe, le contexte de la prestation des soins et la présence de maltraitance signalée par les aidants. À l'aide d'un questionnaire structuré, on a interrogé 82 aidants à leur domicile sur trois types de maltraitance (violence verbale, violence physique et négligence). En tout, 52 % des aidants (n = 43) ont admis avoir commis une forme ou une autre de maltraitance. La violence verbale était la plus courante. On a relevé des liens importants entre la violence verbale et la mauvaise santé psychologique de l'aidant et des problèmes comportementaux chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe. La violence physique était notablement présente quand l'aidant se disait en bonne santé. Les chercheurs en ont conclu qu'il est possible de reconnaître les situations dans lesquelles les gens atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe risquent d'être maltraités par leur aidant. Pour être efficace, toute stratégie d'intervention devrait tenir compte des problèmes de santé psychologique de l'aidant et des problèmes comportementaux de la personne bénéficiant de ses soins, et comporter des mesures de gestion des niveaux élevés d'émotion qui existent dans ces situations.¹¹⁸

Gainey et Payne ont rapporté que les documents sur le sujet indiquent que le fardeau des responsabilités de l'aidant est l'une des excuses les plus souvent implorées dans les cas de maltraitance envers les aînés, mais que, malgré sa popularité, cette explication a rarement fait l'objet d'essais empiriques. Ils ont examiné le rôle de la charge de l'aidant dans 751 cas où l'on avait soupçonné la maltraitance d'un aîné. Leurs résultats indiquent des erreurs dans les recherches antérieures sur le rôle que jouerait le poids des responsabilités.¹¹⁹ La charge de travail n'est pas plus une cause de maltraitance envers les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qu'elle ne l'est dans d'autres cas de maltraitance des aînés. En fait, ce n'est pas nécessairement la situation qui cause le fardeau des responsabilités (p. ex., fournir des soins à une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe), mais autre chose. En effet, l'explication que le stress est la cause du problème peut en fait découler d'une trop grande simplification des choses, c'est-à-dire que maintes personnes éprouvent du stress, mais qu'elles ne commettent pas toutes des actes violents à cause du stress.¹²⁰

Modèles d'intervention

Podnieks fournit des modèles d'intervention détaillés par rapport à la maltraitance envers les aînés :

Programmes contre la violence familiale

Ces programmes sont modélisés sur ceux qui ciblent la violence faite aux femmes. Ce modèle ne transgresse pas les droits civils ni ne discrimine en fonction de l'âge. Les programmes de ce modèle comprennent des services d'intervention immédiate dont des lignes téléphoniques d'urgence, un rôle solide pour la police, des ordonnances de protection d'un tribunal, l'utilisation de cliniques d'aide juridique, des refuges d'accueil d'urgence et des maisons de transition, des groupes d'appui et des

¹¹⁷ Macneil, G., J. I. Kosberg, D. W. Durkin, W. K. Dooley, J. Decoster et G. M. Williamson. « Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: The central role of caregiver anger », *Gerontologist*, vol. 50, no 1, p. 76-86, 2009, p. 76.

¹¹⁸ Cooney, C., R. Howard et B. Lawlor. « Abuse of vulnerable people with dementia by their careers: Can we identify those most at risk? », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 21, no 6, p. 564-571, 2006, p. 564.

¹¹⁹ Gainey, R. R. et B. K. Payne. « Caregiver burden, elder abuse and Alzheimer's disease: Testing the relationship », *Journal of Health and Human Services Administration*, vol. 29, no 2, p. 245-259, 2006, p. 245.

¹²⁰ Gainey, R. R. et B. K. Payne. « Caregiver burden, elder abuse and Alzheimer's disease: Testing the relationship », *Journal of Health and Human Services Administration*, vol. 29, no 2, p. 245-259, 2006, p. 254.

services de santé. Jusqu'à présent, toutefois, la prestation des services a été faible et sporadique, et l'efficacité de ce modèle d'intervention en cas de maltraitance faite aux aînés reste douteuse.¹²¹

Programmes de défense des droits

Des programmes officiels et informels de défense des droits existent dans certaines provinces canadiennes et fonctionnent dans la communauté ou au sein d'établissements. Mentionnons, par exemple, l'Advocacy Centre for the Elderly, clinique d'aide juridique communautaire servant les personnes âgées de Toronto à faible revenu, et le British Columbia Centre for Elder Advocacy and Support qui offre notamment des programmes pour les personnes âgées victimes de maltraitance.¹²² Certains spécialistes en sciences sociales objectent que, dans la pratique, ces programmes peuvent être intrusifs, bien qu'ils ne semblent pas l'être au premier abord. Les gens âgés demandent qu'on change la façon dont on traite la maltraitance faite aux aînés, pour passer des lois de protection à un modèle qui veillerait à leurs droits et impliquerait une collaboration entre l'aîné et ceux qui offrent des services ou du soutien.¹²³

L'approche multidisciplinaire : un modèle intégré

Le modèle intégré est une approche communautaire coordonnée. On en trouve des exemples dans les communautés qui ont formé des réseaux d'intervention communautaire : la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba et les communautés des Premières Nations. L'équipe de consultation sur la maltraitance faite aux aînés qu'a élaborée la Service Association of Metropolitan Toronto est un autre exemple de modèle interdisciplinaire.¹²⁴

La justice réparatrice

Selon l'approche de la justice réparatrice, la maltraitance faite aux aînés est surtout envisagée comme violation des gens et des relations, plutôt que comme transgression de la loi. L'objectif de cette approche est d'appuyer les aînés dont les droits ont été violés par une personne en position de confiance, d'élaborer des processus de résolution des conflits et de travailler respectueusement en vue de restaurer les relations, tout en tenant compte des droits de toutes les parties concernées. Cette approche comprend la médiation, la réunion des membres des familles et la résolution des différends. Elle fait actuellement l'objet d'essais pilotes à plusieurs endroits. Toutefois, on s'inquiète du fait qu'il est facile de victimiser de nouveau les victimes, et le processus pourrait être une autre façon de déterminer que la maltraitance des aînés constitue quelque chose de moins grave qu'un crime.¹²⁵

Réseautage

Le réseautage est un autre cadre d'élaboration de multiples mesures de prévention et d'intervention. Des réseaux régionaux de certains territoires de compétence, ainsi que des réseaux nationaux, se sont formés au Canada pour aider les communautés à travailler ensemble à mieux comprendre les causes sous-jacentes à la maltraitance et à la négligence envers les aînés, et à y remédier. Mentionnons par exemple le Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées

¹²¹ Podnieks, E. « Elder abuse: The Canadian experience », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 20, no 2, p. 126-150, 2008, p. 132.

¹²² BC Centre for Elder Advocacy and Support. 2010, consulté le 15 novembre 2010 à <http://site.bcceas.ca/>

¹²³ Podnieks, E. « Elder abuse: The Canadian experience », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 20, no 2, p. 126-150, 2008, p. 133.

¹²⁴ Podnieks, E. « Elder abuse: The Canadian experience », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 20, no 2, p. 126-150, 2008, p. 134.

¹²⁵ Podnieks, E. « Elder abuse: The Canadian experience », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 20, no 2, p. 126-150, 2008, p. 135.

(ONPEA),¹²⁶ le Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s (RCPMTA)¹²⁷ et l'International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA).¹²⁸ Créé en 1989, l'ONPEA a été, au fil des années, le fer-de-lance de nombreux projets novateurs et créatifs que l'on a dupliqué dans d'autres domaines au Canada. Le RCPMTA est un réseau national non gouvernemental dont le but est d'aider les communautés à augmenter leur capacité de prévenir la violence et la négligence envers les aînés, et d'y remédier. En 1997, l'INPEA a été formé avec des représentants de six continents, et comprend des membres actifs du Canada.¹²⁹

¹²⁶ Consulté à <http://www.onpea.org/french/index.html>.

¹²⁷ Consulté à http://www.cnpea.ca/Ressources_francais.htm.

¹²⁸ Consulté à <http://www.inpea.net/>.

¹²⁹ Podnieks, E. « Elder abuse: The Canadian experience », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 20, no 2, p. 126-150, 2008, p. 144-145.

DÉPISTAGE DE LA MALTRAITANCE

Il est important de ne pas perdre de vue que le dépistage n'est qu'une première étape et non une fin en soi, et que tous les professionnels concernés doivent en comprendre le langage.¹³⁰ [Traduction libre]

Au terme d'une analyse documentaire approfondie sur le dépistage et l'évaluation, Spencer avance que le dépistage peut être envisagé sous trois optiques bien différentes :¹³¹

- Enquête : processus informel par lequel on est à l'affût de certains indicateurs communs et on sait comment questionner les patients ou clients au sujet du problème
- Questions : une ou plusieurs questions posées systématiquement à toutes les personnes ou à des groupes particuliers que le fournisseur de soins de santé rencontre
- Procédure : procédure systématique d'enquête auprès de la personne et des autres personnes concernées.

On pourrait qualifier les deuxième et troisième méthodes de dépistage officiel. L'enquête et le « dépistage de la maltraitance » sont tous les deux importants, mais différents.

Sensibilisation, communication et confiance

L'enquête consiste à questionner des gens âgés afin de savoir comment ils se portent en général et, plus précisément, s'ils se sentent en sécurité, s'ils ont le contrôle de leur vie ou s'ils ont subi des préjudices. On travaille à familiariser les fournisseurs de soins de santé et autres professionnels œuvrant auprès des gens âgés avec le processus d'enquête afin qu'ils soient mieux capables de reconnaître les signes de maltraitance ou de négligence actuels ou potentiels, et plus enclins à « poser la question ».¹³²

Dans certains cas, les outils d'évaluation se sont transformés pour devenir des moyens d'aider à communiquer et à acquérir de l'assurance sur un terrain peu connu. En ce moment, nombre des personnes travaillant auprès des aînés ont eu peu ou pas d'occasions d'apprendre à reconnaître la maltraitance et la négligence, ainsi que leur dynamique.

Le Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, par exemple, recommande dans son guide de formation d'utiliser des questions ouvertes afin de donner à la personne l'occasion de parler et de donner des détails sur ses préoccupations.¹³³

¹³⁰ Perel-Levin, S. *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*, Organisation mondiale de la santé, Londres, 2008, p. 19.

¹³¹ Spencer, C. « Outils de dépistage des mauvais traitements envers les aînés, d'évaluation et d'intervention qui sont à la disposition des fournisseurs de soins du Canada », *Bulletin électronique sur les mauvais traitements envers les aînés*, février 2010, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), 2009.

¹³² Spencer, C. « Outils de dépistage des mauvais traitements envers les aînés, d'évaluation et d'intervention qui sont à la disposition des fournisseurs de soins du Canada », *Bulletin électronique sur les mauvais traitements envers les aînés*, février 2010, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), 2009.

¹³³ Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse. *Core Curriculum and Guide*, chapitre 4, consulté le 15 novembre 2010 à www.onpea.org/english/download.php?name=CoreCurriculum.pdf.

Le Réseau insiste également sur le besoin d'agir dans le respect des trois points suivants lorsqu'une personne âgée admet qu'il y a un problème :

- écouter activement et rassurer la personne
- demander à la personne ce qu'elle veut
- agir en fonction de ses souhaits et faire le suivi.¹³⁴

Évaluation

Le dépistage et l'évaluation sont souvent liés, mais la ligne qui les démarque n'est pas toujours claire. En gros, le but de l'évaluation est de cerner ou d'éclaircir la situation, d'établir si les circonstances suspectes pourraient indiquer qu'il y a maltraitance ou négligence et de déterminer la gravité des préjudices et le contexte de manière à favoriser la sécurité et le bien-être de la personne.¹³⁵ Le dépistage et l'évaluation servent à guider les fournisseurs de soins de santé et autres professionnels au travers d'un processus systématique d'observation et de documentation afin que les signes et symptômes de maltraitance ne passent pas inaperçus et que les mesures d'aide appropriées soient offertes.

La Family Services Association of Toronto, dont les membres ont acquis une expérience considérable sur les questions de maltraitance au contact des personnes âgées, souligne l'importance d'effectuer une évaluation globale selon une approche reposant sur les points forts, qui s'attarde à découvrir comment la personne se débrouille dans les circonstances et à déterminer le degré de risque dans lequel elle se trouve. Par exemple, l'étude chinoise de Dong et Simon a montré que les personnes âgées bénéficiant d'un système d'appui social solide semblent présenter un risque de maltraitance considérablement moindre.¹³⁶

Outils d'évaluation

Les outils d'évaluation ont plusieurs utilités. Fulmer et coll. font ressortir l'importance d'un consensus sur les divers outils. Certains instruments dépistent les mauvais traitements existants.¹³⁷ D'autres évaluent les « risques de maltraitance future » et ont été conçus pour déterminer la probabilité qu'une personne devienne violente ou la probabilité qu'une personne soit plus tard victime de violence.¹³⁸ L'objectif du dépistage de risques futurs est de réduire l'incidence de maltraitance ou de négligence en dépistant les formes précliniques tôt dans le processus lorsqu'un traitement ou l'offre d'aide est plus facile et plus efficace qu'après l'apparition des symptômes dans les cas avancés. Les deux types de dépistage s'intègrent à l'élaboration de stratégies d'intervention et de plans de gestion tant pour la victime que pour l'agresseur.^{139 140}

^{134 134} Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées. *Core Curriculum and Guide*, chapitre 5, p. 75.

¹³⁵ Spencer, C. « Outils de dépistage des mauvais traitements envers les aînés, d'évaluation et d'intervention qui sont à la disposition des fournisseurs de soins du Canada », *Bulletin électronique sur les mauvais traitements envers les aînés*, février 2010, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), 2009.

¹³⁶ Dong, X. Q. et M. A. Simon. « Is greater social support a protective factor against elder mistreatment? », *Gerontology*, vol. 54, p. 381-388, 2008.

¹³⁷ Fulmer, T., L. Guadagno, C. Bitondo-Dyer et M. T. Connolly. « Progress in elder abuse screening and assessment instruments », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, no 2, p. 297-304, 2004.

¹³⁸ Goodrich, C. S. « Results of a national survey of state protective services programs: Assessing risk and defining victim outcomes », *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 9, p. 69-86, 1997.

¹³⁹ Fulmer, T., L. Guadagno, C. Bitondo-Dyer et M. T. Connolly. « Progress in elder abuse screening and assessment instruments », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, no 2, p. 297-304, 2004.

Types d'outils

Les outils de dépistage se divisent en trois types :

- ceux qui utilisent des questions directes (« Est-ce que quelqu'un vous a frappé, vous a menacé? »)
- ceux qui reposent sur des indicateurs de maltraitance (identification de signes évidents de mauvais traitements)
- ceux qui reposent sur des facteurs de risque.¹⁴¹

« L'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (INSPA) est un réseau international de chercheurs, praticiens, étudiants et aînés qui se consacrent à l'amélioration des soins des gens âgés, tant au Canada qu'à l'étranger. Le Réseau a reçu des fonds du programme Nouveaux Horizons pour les aînés pour lancer « L'équipe de lutte à la violence faite aux aînés : savoir pour agir ». Cette initiative favorise la distribution d'outils reposant sur des données probantes à des fins de dépistage, de prise en charge et de prévention de la violence à l'égard des aînés. »¹⁴² Voici les outils élaborés à ce jour :

- Indice de suspicion des mauvais traitements envers les aînés (EASI) – élaboré par le D^r Yaffe de l'Université McGill, et ses collègues, à l'intention des médecins de famille pour juger des soupçons concernant le risque de maltraitance des patients âgés. Yaffe et coll. avancent que les médecins de famille sont bien placés pour déceler et rapporter les cas de maltraitance, et qu'ils ont besoin d'outils de dépistage rapide pour les soutenir dans leur évaluation. Ils ont élaboré et validé cet outil convivial pour les médecins qu'ils peuvent utiliser dans le cadre d'une visite à leur bureau pour éveiller leurs soupçons de maltraitance envers des personnes âgées intactes sur le plan cognitif.¹⁴³ Cet outil fait présentement l'objet d'un essai auprès de travailleurs sociaux et d'infirmiers qui l'ont accueilli d'emblée. Des recherches supplémentaires se feront dans les établissements de soins de longue durée, y compris auprès des personnes qui en sont aux premiers stades de la maladie.
- Questionnaire sur les indicateurs de maltraitance et questionnaire de dépistage pour les aidants – ces outils ont été créés par les professeures Myrna Reis et Daphne Nahmiash à l'intention de divers professionnels paramédicaux pour déterminer les risques et travailler à la prévention.
- *Elder Abuse Assessment and Intervention Reference Guide* – élaboré par des organisations communautaires et les services de police de Hamilton, d'Ottawa et de Toronto à l'intention des forces policières qui doivent intervenir dans les situations de violence à l'égard des aînés.
- *En Mains* – élaboré par la professeure Marie Beaulieu de l'Université de Sherbrooke, il s'agit d'un outil de prise de décisions éthiques visant à aider une grande variété de professionnels à réfléchir sur leurs propres valeurs et déclencheurs dans le cadre de leur travail d'intervention dans les situations les plus complexes.

¹⁴⁰ Spencer, C. « Outils de dépistage des mauvais traitements envers les aînés, d'évaluation et d'intervention qui sont à la disposition des fournisseurs de soins du Canada », *Bulletin électronique sur les mauvais traitements envers les aînés*, février 2010, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), 2009.

¹⁴¹ Cohen, M., S. L. Halevy Levin, R. Gagin et G. Friedman, G. « Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 55, n° 8, p. 1224-1230, 2007.

¹⁴² Agence de la santé publique du Canada. « Dépistage et évaluation de la violence à l'égard des aînés », *Bulletin électronique sur les mauvais traitements envers les aînés*, février 2010, consulté le 12 novembre 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ema/EB/eb-fra.php>.

¹⁴³ Yaffee, M. J., C. Wolfson et M. Lithwick. « Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: Implications for training and interprofessional care », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 23, n° 6, p. 646-654, 2009.

Perel-Levin résume en quoi consistent les autres publications validées :

- Le *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HSEAST)* porte sur les divers types de maltraitance des aînés et constitue une mesure d'auto-évaluation. Cet instrument se compose de 15 éléments répartis sur trois domaines : la violation des droits de la personne ou la maltraitance indirecte, les caractéristiques de la vulnérabilité et les situations potentiellement violentes.
- Le *Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)* est un simple outil comprenant cinq questions courtes auxquelles le praticien répond à la suite de son évaluation du patient.

Perel-Levin souligne que la maltraitance des aînés se produit dans un contexte donné et que, sans une évaluation globale du contexte bio-psycho-social de la maltraitance des aînés, tout instrument de dépistage ou d'évaluation se heurte à d'importantes limites. Elle soutient que plus il y aura de disciplines et de personnes âgées pour participer à l'élaboration et au raffinement d'un outil donné, plus l'outil sera accepté tant par les professionnels que par les patients. Elle ajoute qu'une telle participation aura pour effet d'améliorer les pratiques interprofessionnelles en ce qui a trait aux recommandations et aux interventions."¹⁴⁴

Dans un rapport de recherche, Spencer mentionne des questions soulevées dans ce domaine qui portent plus particulièrement sur les personnes âgées et les fournisseurs de soins de santé, notamment : Devons-nous nous engager dans un processus actif de dépistage de la maltraitance et de la négligence (par opposition à rester à l'affût des signes) et, si oui, pourquoi? Possédons-nous les formations, compétences et outils nécessaires pour nous acquitter correctement de cette tâche?¹⁴⁵

Cooper et coll. insistent sur le besoin d'un outil de dépistage afin de pouvoir déceler efficacement les cas où la maltraitance a causé ou risque de causer des préjudices, afin qu'on puisse les gérer de toute urgence. Selon ces chercheurs, les outils de dépistage de la maltraitance ne sont pas assez précis pour servir dans ces cas et sont, par conséquent, de peu d'utilité pour les professionnels de la santé.¹⁴⁶ Ils ont trouvé dans le cadre de leur étude que le Modified Conflict Tactics Scale (MCTS) est un instrument bref, sensible et précis en cas de maltraitance d'intérêt clinique. Ils proposent dans leur rapport l'utilisation usuelle de cet outil en pratique clinique auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe pour dépister les cas de maltraitance d'intérêt clinique, dont bon nombre sont présentement omis.¹⁴⁷

Dans le rapport intitulé *Aging in America Elder Mistreatment*, on souligne que l'utilité des instruments de dépistage est un domaine de recherche important et on recommande d'effectuer des études de suivi d'un échantillon de personnes.¹⁴⁸ Dans des études récentes, on a examiné les caractéristiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe et de leurs aidants afin d'aider les cliniciens à mieux dépister la maltraitance. On a ainsi découvert des caractéristiques de ces

¹⁴⁴ Perel-Levin, S. *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*, Organisation mondiale de la santé, Londres, 2008, p. 15.

¹⁴⁵ Agence de la santé publique du Canada. « Dépistage et évaluation de la violence à l'égard des aînés », *Bulletin électronique sur les mauvais traitements envers les aînés*, février 2010, consulté le 12 novembre 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ea-ma/EB/eb-fra.php>.

¹⁴⁶ Cooper, C., K. Maxmin, A. Selwood, M. Blanchard et G. Livingston. « The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse », *International Psychogeriatrics*, vol. 21, no 4, p. 774-778, 2009, p. 775.

¹⁴⁷ Cooper, C., K. Maxmin, A. Selwood, M. Blanchard et G. Livingston. « The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse », *International Psychogeriatrics*, vol. 21, no 4, p. 774-778, 2009, p. 778.

¹⁴⁸ Bonnie, R. J. et R. B. Wallace (s. la dir. de). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*, p. 339-380, National Academy of Sciences, Washington (DC), 2003, p. 124.

personnes et de leurs aidants qui pourraient potentiellement servir à l'élaboration d'un outil de dépistage de la maltraitance des aînés et à la rédaction de questions de dépistage à poser aux aidants qui s'occupent de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe.¹⁴⁹

¹⁴⁹ Wigglesworth, A., L. Mosqueda, R. Mulnard, S. Liao et W. Fitzgerald. « Screening for abuse and neglect of people with dementia », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 58, n° 3, p. 493-500, 2010, p. 493.

QUESTIONS JURIDIQUES

UNE INTRODUCTION

Au Canada, il existe un certain nombre de recours juridiques en cas de maltraitance et de négligence à l'égard des aînés. Le *Code criminel* interdit certaines des catégories de maltraitance, tandis que des lois des provinces et territoires prévoient des procédures d'enquête et d'intervention en cas d'autres genres de mauvais traitements et de négligence.

Dans la plupart des territoires de compétence canadiens, on intègre la protection et les interventions juridiques à l'intention des personnes âgées maltraitées ou négligées au moyen de :

- lois sur la protection contre la violence familiale (p. ex., ordonnances préventives, injonctions, engagements à ne pas troubler l'ordre public);
- lois sur la santé mentale, la tutelle des adultes et la prise de décision au nom d'autrui (dans les cas d'exploitation financière et d'incapacité mentale [de prendre des décisions]);
- au Québec, la Charte des droits et libertés de la personne.

Les provinces et territoires sont responsables de l'information publique, de l'aide juridique, du droit des pauvres et des services de représentation ou d'aide aux victimes.

Législation fédérale

Les dispositions du *Code criminel* s'appliquent à diverses formes de maltraitance des personnes âgées :¹⁵⁰

- certaines peuvent s'appliquer dans des cas d'**exploitation financière**, par exemple, le vol par une personne détenant une procuration, le détournement d'argent, l'extorsion, la falsification ou la fraude;
- certaines peuvent s'appliquer dans des cas de **violence physique et sexuelle**, notamment les lésions corporelles infligées illégalement, l'homicide involontaire coupable, le meurtre, les voies de fait, les agressions sexuelles et la séquestration;
- certaines peuvent s'appliquer dans des cas de **maltraitance psychologique ou émotionnelle**, notamment le harcèlement criminel, la profération de menaces, les appels téléphoniques indésirables, l'intimidation et le fait de conseiller le suicide;
- certaines peuvent s'appliquer dans les cas de **négligence**, notamment le manquement au devoir de fournir les nécessités de la vie et la négligence criminelle causant la mort ou des lésions corporelles.

Les lois sont constamment révisées. Les organisations et fournisseurs de services devraient donc consulter les textes législatifs pour obtenir des renseignements détaillés et à jour. Par ailleurs, le droit pénal est rarement utilisé en cas de maltraitance et de négligence à un âge avancé. En comparaison de la violence en milieu familial à l'endroit des personnes d'autres tranches d'âge, on porte un nombre

¹⁵⁰ Ministère de la Justice du Canada. *Violence à l'égard des aînés : Aperçu du ministère de la Justice du Canada*, 2010, consulté le 13 décembre 2010 à <http://canada.justice.gc.ca/eng/pi/fv-vf/facts-info/old-age/index.html>.

moins d'accusations criminelles en raison de maltraitance à l'égard de femmes et d'hommes âgés et il peut s'avérer difficile d'entamer des poursuites.¹⁵¹ Parmi les problèmes, mentionnons que :

- les gens âgés peuvent hésiter à faire intervenir le système judiciaire s'ils pensent qu'un parent proche (souvent un enfant adulte) sera déclaré coupable et puni,
- dans certaines causes criminelles, la santé de l'aîné risque de se détériorer entre le moment de l'accusation et le procès, et l'empêcher de témoigner. Dans d'autres, le témoin principal (la victime) peut avoir perdu ses capacités mentales.¹⁵²

Lois provinciales et territoriales

Les cadres juridiques provinciaux et territoriaux comprennent parfois des lois sur la protection des adultes, la tutelle des adultes, la violence familiale et les droits de la personne, et des règlements sur les établissements de soins de longue durée. Les provinces et territoires sont en outre compétents dans de nombreux domaines qui touchent les personnes âgées tels que le droit de la famille, la protection du consommateur et le logement. Par exemple, certains d'entre eux possèdent des lois sur la protection des adultes, mais ils n'ont pas tous des dispositions exigeant le signalement obligatoire des mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Par conséquent, les pouvoirs et responsabilités varient d'une province à l'autre.

Le tableau suivant¹⁵³ résume les lois de chaque province et territoire.

¹⁵¹ Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées. *Canadian Laws on Abuse and Neglect*, 2010, consulté le 14 octobre 2010 à http://www.cnpea.ca/canadian_laws_on_abuse_and_negle.htm.

¹⁵² Gordon, R. M. et S. N. Verdun-Jones. *Adult Guardianship Law in Canada*, Carswell, Toronto (Ontario), 2010.

¹⁵³ Canadian Centre for Elder Law Studies. *The Counterpoint Project Discussion Paper: Moving from Scrutiny to Strategy*, 2010.

En réponse à la maltraitance et à la négligence des aînés

Sommaire des lois de chaque province et territoire

	Loi	Où	Quand	Qui
BC	<i>Adult Guardianship Act</i> , R.S.B.C., 1996, c. 6.	L'adulte habite n'importe où (sauf en prison).	Un adulte subit des mauvais traitements ou de la négligence, et se trouve dans l'incapacité de solliciter du soutien ou de l'aide. Des mauvais traitements ou une négligence ont été signalés, il existe des raisons de penser qu'un adulte subit des mauvais traitements ou est négligé, ou quelqu'un empêche un représentant, un mandataire, un tuteur ou une personne exerçant quelque surveillance de rendre visite ou de parler à la personne âgée.	Toute personne peut le signaler à un organisme désigné. Un employé d'un organisme désigné doit : avertir les services de soins de santé, sociaux ou juridiques ou autres; porter assistance à la personne âgée en obtenant pour elle les services pertinents; informer le tuteur et le curateur public; enquêter sur la maltraitance ou la négligence; ou signaler l'infraction criminelle à la police.
	<i>Community Care and Assisted Living Act</i> , R.S.B.C. 2002, c. 75.	L'adulte habite dans un établissement de soins communautaire ou une résidence-services.	Une personne dans l'établissement de soins est témoin ou victime de mauvais traitements ou de négligence.	Le titulaire de permis de l'établissement doit informer : le parent, le représentant ou la personne-contact du bénéficiaire de soins; le médecin ou l'infirmier praticien responsable des soins administrés à la personne; le médecin chef du service de santé; et la personne responsable du programme de financement.
AB	<i>Protection for Persons in Care Act</i> , S.A. 2009, c. P-29.1.	L'adulte bénéficie de soins ou de services d'appui dans une résidence, un hôpital, un établissement psychiatrique, une maison de soins infirmiers, un centre de services sociaux, ou de services d'un autre fournisseur.	Un adulte qui bénéficie des services de soins ou de soutien est ou a été victime de mauvais traitements.	Toute personne doit le signaler au responsable des plaintes, à un service de police, ou à un comité, un organisme ou une personne titulaire d'une autorisation en vertu de quelque autre disposition législative prévoyant l'enquête des mauvais traitements.
SK	<i>Victims of Domestic Violence Act</i> , S.S. 1994, c. V-6.02.	L'adulte habite dans la communauté (de façon autonome).	Des incidents de violence familiale se sont produits.	Une victime , une personne agissant au nom de la victime avec son consentement ou sur autorisation du tribunal ou d'un juge de paix désigné peut demander au tribunal une ordonnance <i>ex parte</i> ou une injonction.

	Loi	Où	Quand	Qui
SK	<i>Personal Care Homes Regulations</i> , R.R.S. c. P-6.01 Reg. 2.	L'adulte habite dans un foyer de soins personnels.	Un incident grave s'est produit.	Le titulaire de permis doit informer la personne qui s'occupe du résident ou un membre de sa famille, son médecin traitant, le service et les autorités régionales en matière de santé.
MB	<i>Loi sur la protection des personnes recevant des soins</i> , C.P.L.M. c. P144.	L'adulte est un résident ou malade en consultation interne d'un établissement de santé ou bénéficiaire de soins de relève d'un tel établissement.	Un résident ou malade en consultation interne d'un établissement de santé ou bénéficiaire de soins de relève d'un tel établissement subit ou risque de subir des mauvais traitements.	Un employé ou fournisseur de services d'un établissement de soins de santé doit rapidement le signaler au ministre.
	<i>Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale</i> , C.P.L.M. c. V90.	L'adulte a une déficience mentale depuis l'enfance et requiert de l'aide.	Un adulte ayant une déficience mentale depuis l'enfance subit ou risque de subir des mauvais traitements, est négligé ou risque de l'être.	Une personne qui fournit des soins, des services de soutien ou une aide connexe, un subrogé ou un comité doit le signaler au directeur général nommé par le ministre.
ON	<i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée</i> , L.O. 2007, chapitre. 8.	L'adulte habite dans un foyer de soins de longue durée.	Des préjudices, des mauvais traitements ou de la négligence se sont produits ou risquent de se produire.	Un membre du personnel, toute personne qui fournit des services professionnels (c.-à-d. services de santé ou sociaux) et tout titulaire de permis doit le signaler au directeur nommé par le ministre.
QC	<i>Chartre des droits et libertés de la personne</i> , L.R.Q., c. C-12.	L'adulte habite n'importe où.	La personne âgée est victime d'exploitation.	Les victimes, groupes de victimes ou organisations de défense peuvent porter une affaire devant la Commission des droits de la personne. La Commission peut lancer sa propre enquête.
NB	<i>Loi sur les services à la famille</i> , L.N.-B. 1980, c. F-2.2	L'adulte habite n'importe où.	L'adulte subit des mauvais traitements ou risque d'en subir.	Un professionnel (c.-à-d., aidant, médecin, infirmier, ou autre professionnel de la santé ou de services psychiatriques, travailleur social, etc.) peut le signaler au ministre.
NS	<i>Protection for Persons in Care Act</i> , S.N.S. 2004, c. 33.	L'adulte est le patient d'un hôpital ou habite dans un établissement de soins de santé (c.-à-d. foyer de soins spéciaux).	Un adulte subit des mauvais traitements ou risque d'en subir.	Les employés et fournisseurs de services d'un établissement de santé doivent rapidement le signaler au ministre.
NS	<i>Adult Protection Act</i> , R.S., c. 2.	L'adulte habite n'importe où.	Un adulte est victime de mauvais traitements ou ne bénéficie pas de soins adéquats, est incapable de se protéger lui-même et refuse de se protéger, tarde à le faire ou en est incapable.	Toute personne doit le signaler au ministre des Services communautaires.
PE	<i>Adult Protection Act</i> , R.S.P.E.I. 1988, c. A-5.	L'adulte habite n'importe où.	Un adulte a besoin d'aide ou de protection, ou court un grave danger.	Toute personne peut le signaler au ministre.

	Loi	Où	Quand	Qui
NU	<i>Loi sur l'intervention en matière de violence familiale</i> , L.Nun. 2006, c. 18.	L'adulte habite dans la communauté (de façon autonome).	Des incidents de violence familiale se sont produits.	Une victime , une personne agissant au nom de la victime avec son consentement ou une personne agissant au nom de la victime avec l'autorisation du tribunal ou d'un juge de paix désigné peut demander au tribunal une ordonnance <i>ex parte</i> ou une injonction.
NT	<i>Loi sur les mesures de protection contre la violence familiale</i> , L.T.N.-O. 2003, c. 24.	L'adulte habite dans la communauté (de façon autonome).	Des incidents de violence familiale se sont produits.	Une victime , une personne agissant au nom de la victime avec son consentement ou une personne agissant au nom de la victime avec l'autorisation du tribunal ou d'un juge de paix désigné peut demander au tribunal une ordonnance <i>ex parte</i> ou une injonction.

Efficacité des lois canadiennes

Lorsqu'on cherche à savoir si des lois particulières sont efficaces pour prévenir la maltraitance et la négligence des personnes âgées ou pour intervenir quand surviennent les mauvais traitements, il importe d'en examiner la portée (ce qu'elles couvrent et leur objectif) et de voir à quels besoins elles répondent, si elles sont utilisées et la façon dont elles le sont, et si elles respectent les droits des victimes de maltraitance.¹⁵⁴

Le système juridique canadien comporte un certain nombre de défis. La portée des lois sur la protection des adultes a des limites et certaines sont considérées comme étant paternalistes. Enfin, des lois peuvent manquer de garanties procédurales.¹⁵⁵

D'aucuns s'inquiètent du fait que les services d'aide et de soutien appropriés pourraient ne pas être disponibles après une intervention en cas de maltraitance d'une personne âgée. De nombreuses communautés accusent un manque de services ou une réduction des budgets réservés aux services sociaux et aux soins de santé, ce qui peut s'avérer problématique le moment venu d'intervenir.¹⁵⁶ Pour répondre efficacement aux besoins, il faut des ressources communautaires adéquates. Depuis quelques années, dans certaines provinces, on a réduit considérablement (et parfois même éliminé) les services aux victimes, l'aide juridique et le nombre d'avocats spécialisés en droit des pauvres (ce qui peut s'avérer important pour aider à faire respecter les droits des aînés à faible revenu). Ces réductions de services touchent les personnes vulnérables de tous les groupes d'âge, mais nuisent plus particulièrement aux personnes âgées victimes de maltraitance.

Aînés maltraités et utilisation du système judiciaire

Il n'est pas rare d'entendre dire : « les aînés victimes de maltraitance ou de négligence ne veulent pas faire appel au système judiciaire » ou « ils ne veulent pas déposer d'accusations criminelles contre leurs enfants » ou encore « ils ne veulent pas poursuivre la personne qui les a exploités sur le plan financier ». C'est parfois vrai et il s'agit de décisions extrêmement difficiles à prendre pour les personnes qui ont subi un préjudice, quel que soit leur âge.¹⁵⁷ (Pour de plus amples renseignements, consultez le document publié par le ministère de la Justice Canada : *Violence à l'égard des aînés : Aperçu du ministère de la Justice du Canada*.)¹⁵⁸

Obstacles et possibilités

Partout au Canada, les obstacles que présentent les politiques et les attitudes au sein du système judiciaire peuvent « empêcher » un grand nombre d'aînés de faire reconnaître le caractère criminel de la maltraitance et de la négligence dont ils ont été victimes. Ces obstacles sont encore plus grands

¹⁵⁴ Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées. *Canadian Laws on Abuse and Neglect*, 2010, consulté le 14 octobre 2010 à http://www.cnpea.ca/canadian_laws_on_abuse_and_negle.htm.

¹⁵⁵ Macdonald, M. et A. Collins. *La violence à l'égard des personnes âgées : document de travail*, Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada, Ottawa (Ontario), 1998, consulté à http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/violence/abuse_f.pdf

¹⁵⁶ Harbison, J., S. G. Coughlan, B. Downe-Warboldt, R. Elgie, P. Melanson et M. Morrow. *Mistreating Elderly People: Questioning the Legal Response to Elder Abuse and Neglect*, Dalhousie University Health Law Institute, Halifax (N.-É.), 1995.

¹⁵⁷ Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées. *Canadian Laws on Abuse and Neglect*, 2010, consulté le 14 octobre 2010 à http://www.cnpea.ca/canadian_laws_on_abuse_and_negle.htm.

¹⁵⁸ Canada : ministère de la Justice. (2010). *Violence à l'égard des aînés : Aperçu du ministère de la Justice du Canada*. Trouvé le 13 décembre 2010 à l'adresse suivante : <http://canada.justice.gc.ca/eng/pi/fv-vf/facts-info/old-age/index.html>.

lorsqu'une personne est atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'affections connexes. Parmi ces obstacles figurent les suivants :¹⁵⁹

- la police peut manquer de la formation nécessaire pour reconnaître la maltraitance des personnes âgées et intervenir de façon appropriée;
- l'âgisme et le paternalisme (par ex. lorsque les personnes en position d'autorité ne croient pas les aînés ou ne reconnaissent pas la gravité des préjudices);
- la police et les organismes de services communautaires n'ont peut-être pas été formés pour réaliser les entrevues de façon à amener les personnes âgées à leur donner les renseignements les meilleurs et les plus fiables possibles;
- il se peut que la police et les organismes de services communautaires ne documentent pas ni n'utilisent les renseignements accessoires émanant des personnes qui ont une connaissance directe de la maltraitance;
- peu nombreux sont les avocats spécialisés pour reconnaître les besoins des clients âgés et traiter les questions liées au vieillissement;
- il se peut que le milieu juridique se montre indifférent (p. ex. lorsque les aînés maltraités ne sont pas reconnus ou sont traités de façon paternaliste; lorsqu'on manque de services aux victimes visant à aider les personnes âgées face au processus juridique);
- les politiques de la police ou des services communautaires prévoient peut-être l'acheminement des cas de maltraitance des gens âgés vers le système des soins de santé. (Par conséquent, le personnel se voit incité à utiliser tous les autres outils, dont ceux des lois sur la santé mentale, de sorte que l'attention est alors centrée sur la santé ou l'état mental de la victime de maltraitance plutôt que sur son état de victime de mauvais traitements);
- la Couronne et les juges ne possèdent souvent pas de formation en ce qui concerne les questions de maltraitance à l'égard des aînés et leurs répercussions sur leur vie¹⁶⁰.

Les organismes communautaires et le système juridique devraient faire porter leurs efforts sur la formation, l'information et l'élaboration de politiques, et ainsi réduire un grand nombre de ces obstacles; mais, à ce jour, les progrès sont lents.

¹⁵⁹ Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées. *Canadian Laws on Abuse and Neglect*, 2010, consulté le 14 octobre 2010 à http://www.cnpea.ca/canadian_laws_on_abuse_and_negle.htm.

¹⁶⁰ Beaulieu, M. et C. Spencer. *Le droit et les relations personnelles des personnes âgées au Canada : Aspects légaux, psychosociaux et axiologiques*. Document préparé pour la Commission du droit du Canada, septembre 1999.

POINTS DE VUE ÉTHIQUES

*La maltraitance et la négligence des gens âgés dans la société manquent à un engagement d'ordre moral, que l'on tient largement pour acquis, de protéger les personnes vulnérables et de veiller à leur bien-être et à leur sécurité.*¹⁶¹ [Traduction libre]

Les dilemmes éthiques qu'engendre la maltraitance envers les aînés créent des problèmes pour les professionnels, surtout quand la victime ne veut pas que l'on fasse enquête et qu'il existe des facteurs contextuels et familiaux complexes.¹⁶²

Recherche et pratique

Une étude de Beaulieu et Leclerc¹⁶³ sur la maltraitance envers les personnes âgées a soulevé des questions pour les intervenants. Cinq thèmes se dégagent de cette étude et traitent surtout de questions psychosociales et éthiques :

1. Les intervenants doivent prendre conscience de leurs propres points de vue sur le vieillissement, les gens âgés et la violence, et des valeurs personnelles qu'ils véhiculent au cours de leurs interventions.
2. Les intervenants doivent comprendre les capacités de la victime et reconnaître les zones grises (capacité déterminée par la décision particulière à prendre).
3. Les intervenants doivent être conscients des enjeux de l'échange d'informations entre les intervenants et les agences (obligation de confidentialité, droit à la vie privée).
4. Les intervenants doivent réfléchir aux façons d'aborder le problème de la violence au sein de la famille.
5. Les intervenants doivent comprendre les valeurs qui opposent les mesures de protection à prescrire et l'autonomie de la personne.

En vue de soutenir les intervenants du domaine psychosocial dans leur réflexion, Beaulieu et Leclerc ont élaboré un arbre décisionnel menant à la prise de décisions éthiques lorsqu'un aîné subit des préjudices. Ils ont l'intention d'adapter cet arbre décisionnel pour qu'il puisse être utilisé dans différents contextes socio-juridiques. L'arbre décisionnel d'*En Mains* cible différentes valeurs opposées qui surgissent dans les situations de maltraitance envers les aînés et offre différentes suggestions pratiques. Ce processus aide à reconnaître les différentes situations psychosociales et éthiques que rencontrent les professionnels.¹⁶⁴

¹⁶¹ Bonnie, R. J. et R.B. Wallace (s. la dir. de). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*, National Academy of Sciences, Washington (DC), 2003, p. xiv.

¹⁶² Killick, C. et B. J. Taylor. « Professional decision making on elder abuse: Systematic narrative review », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 21, n° 3, p. 211-238, 2009.

¹⁶³ Beaulieu, M. et N. Leclerc. « Ethical and psychosocial issues raised by the practice in cases of mistreatment of older adults », *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 46, no 3-4, p. 161-186, 2006.

¹⁶⁴ Beaulieu, M. et N. Leclerc. « Ethical and psychosocial issues raised by the practice in cases of mistreatment of older adults », *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 46, no 3-4, p. 161-186, 2006.

L'arbre décisionnel d'*En Mains* peut servir en particulier dans les cas de maltraitance de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe :

- L'utilisation de cet outil de prise de décision débute par l'évaluation de la capacité de la personne concernée de prendre des décisions et de défendre ses droits. Dans l'affirmative, l'étape suivante permet de savoir si la personne accepte l'intervention. Si elle la refuse, l'intervenant doit cesser l'intervention, puis se demander comment il se sent après avoir posé ce geste.¹⁶⁵
- Cet outil a en partie pour objectif de faire un sommaire factuel de la situation de maltraitance; d'identifier toutes les parties impliquées dans la situation (personne maltraitée, agresseur, proches); de déterminer quels partenaires des réseaux publics, privés et communautaires sont concernés par le cas; et de déterminer les interventions passées et présentes (ce qui a fonctionné, ce qui a échoué et pourquoi).¹⁶⁶
- Les intervenants doivent prendre conscience de leur propre opinion des personnes ayant des déficiences cognitives (p. ex., maladie d'Alzheimer ou affections connexes) et des relations entre les membres de la famille.
- La maltraitance ne devrait jamais être tolérée, quelles que soient les circonstances atténuantes. Ce qui ne constitue pas un mauvais traitement dans le cas d'une personne compétente et en bonne santé peut très bien l'être quand la personne est âgée et vulnérable.¹⁶⁷
- Dans le cas des gens âgés ayant des déficiences cognitives, l'intervenant doit être particulièrement conscient des zones grises des capacités. O'Connor et Donnelly traitent de la difficulté d'évaluer les capacités lorsqu'il est question de maltraitance et de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes, et de la nécessité pour les professionnels de la santé de réfléchir à l'importance du contexte à la fois durant l'évaluation et la détermination des capacités. Ils suggèrent d'élargir la portée du processus d'évaluation pour veiller à ce que l'évaluation ne se cantonne pas à l'intellect, mais qu'elle englobe toute la personne.¹⁶⁸ Il faut tâcher de parler aux gens quand ils se sentent à leur meilleur, surtout quand on observe une fluctuation de leurs capacités.¹⁶⁹ Enfin, la capacité de prendre des décisions est fonction de la personne et de la décision en jeu.¹⁷⁰

¹⁶⁵ Beaulieu, M. *En mains : Arbre décisionnel « ENjeux éthiques, Maltraitance, Aînés, Intervention, Scénarios »*, programme Nouveaux Horizons pour les aînés, Ressources humaines et développement des compétences Canada, 2010, consulté le 15 novembre 2010 à http://www.nicenet.ca/files/en_mains.pdf.

¹⁶⁶ Beaulieu, M. *En mains : Arbre décisionnel « ENjeux éthiques, Maltraitance, Aînés, Intervention, Scénarios »*, programme Nouveaux Horizons pour les aînés, Ressources humaines et développement des compétences Canada, 2010, consulté le 15 novembre 2010 à http://www.nicenet.ca/files/en_mains.pdf.

¹⁶⁷ Katona, C., et coll. « World Psychiatric Association section of old age psychiatry consensus statement on ethics and capacity in older people with mental disorders », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 24, p. 1319-1324, 2009, p. 1321.

¹⁶⁸ O'Connor, D. et M. Donnelly. « Confronting the challenges of assessing capacity: Dementia in the context of abuse », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 106-118, Jessica Kingsley Publishers, Londres (G.-B.), 2009, p. 116.

¹⁶⁹ British Medical Association. *The Ethics of Caring for Older People*, 2^e édition, John Wiley & Sons Ltd, Chichester (West Sussex, G.-B.), 2009, p. 36.

¹⁷⁰ Flegel, K. M. et N. MacDonald. « Editorial: Decision-making capacity in an age of control », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 2, p. 127.

ENJEUX ET DÉFIS

La maltraitance et la négligence des personnes âgées se produit dans toutes les communautés canadiennes. Pour trouver des solutions à ce problème, il faut coordonner les efforts de la société dans son ensemble. Des mesures législatives ne suffisent pas pour améliorer la situation. La prévention de ce problème de plus en plus répandu est une responsabilité sociale qui nécessite du réseautage et de la collaboration entre les différentes disciplines de tous les secteurs de la communauté.¹⁷¹ [Traduction libre]

L'un des thèmes prédominants des écrits est que l'exploration de la maltraitance et de la négligence est complexe et que, par conséquent, il a été difficile d'établir une base théorique.^{172 173 174 175} Sur le plan international, les problèmes sont légion. Pour résumer la situation en Grande-Bretagne, Penhale explique que la maltraitance des aînés est la toute dernière des formes de violence interpersonnelle à être reconnue comme problème exigeant l'attention de la société. Jusqu'à récemment, on la cachait à la population et on en avait fait un sujet tabou. Bien des mauvais traitements se produisent en privé, que ce soit à domicile ou en établissement.¹⁷⁶ De même, en Nouvelle-Zélande, soulignent Peri et coll., malgré les nombreuses recherches et interventions visant à réduire la violence familiale en général, on en sait moins sur la nature de la maltraitance et de la négligence des personnes âgées, et sur les stratégies de prévention propices et efficaces.¹⁷⁷

Il existe différentes sortes de mauvais traitements, différents contextes, et tout un éventail de personnes participant aux incidents violents. Un changement de lieu (p. ex. du domicile à un établissement de soins) ne se traduit pas nécessairement par un arrêt complet de la maltraitance, mais plutôt par la manifestation d'un autre genre de mauvais traitements. L'âgisme et l'ambivalence de la société envers les personnes âgées et les soins à leur administrer font partie du défi. Il faut à tout prix identifier la situation parce que les mauvais traitements qui se produisent en privé ne sont pas discutés et ne sont souvent pas reconnus.¹⁷⁸

L'opinion des professionnels et des aidants sur ce qui constitue de la maltraitance à l'égard des aînés varie énormément. Cette différence découle peut-être du fait que les gens préfèrent ne pas reconnaître qu'il y a maltraitance s'ils ont l'impression qu'il n'existe pas de meilleur moyen de gérer la situation et que la divulgation du problème pourrait entraîner des mesures punitives contre l'aidant et le placement de la personne atteinte de la maladie en établissement de soins. Pour de bonnes lignes directrices, il

¹⁷¹ Podnieks, E. « Elder abuse: The Canadian experience », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 20, n° 2, p. 126-150, 2008, p. 126.

¹⁷² Penhale, B. « Elder abuse in the United Kingdom », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 20, n° 2, p. 151-168, 2008.

¹⁷³ Podnieks, E., G. J. Anetzberger, S. J. Wilson, P. B. Teaster et T. Wangmo. « WorldView Environmental Scan on Elder Abuse », *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 22, n° 1-2, p. 164-179, 2010.

¹⁷⁴ Podnieks, E., B. Penhale, T. Goergen, S. Biggs et D. Han. « Elder mistreatment: An international narrative », *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 22, n° 1-2, p. 131-163, 2010.

¹⁷⁵ Quinn, K. et H. Zielke. « Elder abuse, neglect, and exploitation : Policy issues », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 21, n° 2, p. 449-457, 2005.

¹⁷⁶ Penhale, B. « Elder abuse in the United Kingdom », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 20, n° 2, p. 151-168, 2008, p. 153.

¹⁷⁷ Peri, K., J. Fanslow, J. Hand et J. Parsons. « Keeping older people safe by preventing elder abuse and neglect », ministère du Développement social, Nouvelle-Zélande, 2010, consulté le 17 octobre 2010 à <http://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj35/35-keeping-older-people-safe.html>.

¹⁷⁸ Penhale, B. « Elder abuse in the United Kingdom », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 20, no 2, p. 151-168, 2008, p. 153-154.

faut que la société s'entende sur la nature de la maltraitance et que la prévention donne de meilleurs résultats.¹⁷⁹

Les défis sont mondiaux. Killick et Taylor confirment que, sur le plan international, les professionnels de la santé et des services sociaux reconnaissent qu'il faut mieux comprendre la maltraitance des aînés et apprendre à intervenir lorsqu'elle se manifeste. Une analyse documentaire exhaustive de neuf banques de données bibliographiques leur a fait découvrir que les politiques et lignes directrices ont déterminé des processus; cependant, la définition des principaux concepts demeure problématique, et les écrits laissent entendre que les praticiens et les organismes ne disposent ni des connaissances ni des conseils nécessaires pour prendre des décisions.¹⁸⁰

Le portrait de l'« agresseur » type n'existe pas; plutôt, cette personne diffère en fonction du genre et du contexte des mauvais traitements. Par exemple, les époux (les maris surtout) ont plus tendance à se rendre coupables de maltraitance physique, tandis que les enfants adultes sont davantage enclins à exploiter financièrement leur parent ou à s'approprier ses biens.¹⁸¹

Podnieks donne un aperçu de ce qui s'est fait au Canada au cours des dernières décennies. Dans les années 1980, on a examiné de plus près les lois sur la protection des adultes et sur le signalement obligatoire. Au cours des années 1990, on a effectué un premier sondage national afin de savoir quelle était l'étendue du problème de la maltraitance des aînés au Canada. Durant les dix dernières années, le gouvernement fédéral a financé des programmes de recherche et d'information, tandis que des réseaux communautaires sur la maltraitance des aînés se sont faits plus nombreux afin de sensibiliser la population au problème et de mieux le définir. On fait de plus en plus de recherches au Canada et on explore les divers éléments propres à permettre l'élaboration de théories pertinentes.¹⁸² Les recherches empiriques interdisciplinaires de Harbison et de ses collègues (en travail social, en sociologie et en droit) ont porté pour la plupart sur le lien entre les lois et la prestation des services sociaux en réponse à la maltraitance et à la négligence des personnes âgées.^{183 184}

Dans son examen, Podnieks a fait ressortir que toutes les provinces et tous les territoires canadiens ont des lois prévoyant la nomination d'un tuteur pour défendre les intérêts des personnes qui sont mentalement incapables d'administrer leurs finances. Cette personne nommée par un tribunal a le pouvoir de prendre des décisions relatives à la personne ou à ses biens ou aux deux.¹⁸⁵ Cependant, une étude récente des lois de trois provinces sur la protection des adultes qu'ont menée Harbison et coll. a révélé qu'il existe des problèmes considérables en ce qui a trait au respect des droits et de l'autonomie des aînés.¹⁸⁶ Nombre de ces lois ont été critiquées parce qu'elles ne répondent pas adéquatement au

¹⁷⁹ Selwood, A., C. Cooper, C. et G. Livingston. « What is elder abuse—who decides? », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 22, p. 1009-1012, 2007, p. 1009.

¹⁸⁰ Killick, C. et B. J. Taylor. « Professional decision making on elder abuse: Systematic narrative review », *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 21, no 3, p. 211-236, 2009, p. 211.

¹⁸¹ O'Connor, D. et M. Donnelly. « Confronting the challenges of assessing capacity: Dementia in the context of abuse », dans D. O'Connor et B. Purves (s. la dir. de), *Decision-making, personhood and dementia: Exploring the interface*, p. 106-118, Jessica Kingsley Publishers, Londres (G.-B.), 2009, p. 108.

¹⁸² Podnieks, E. « Elder abuse: The Canadian experience », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 20, n° 2, p. 126-150, 2008, p. 136.

¹⁸³ Harbison, J., S. G. Coughlan, B. Downe-Warboldt, R. Elgie, P. Melanson et M. Morrow. *Mistreating Elderly People: Questioning the Legal Response to Elder Abuse and Neglect*, Dalhousie University Health Law Institute, Halifax (N.-É.), 1995.

¹⁸⁴ Harbison, J., P. McKinley et D. Pettipas. « Older people as objects, not subjects: Theory and practice in situations of elder abuse », dans R. Alaggia et C. Vine (s. la dir. de), *Cruel but not Unusual*, p. 467-502, Wilfrid Laurier University Press, Waterloo (Ontario), 2006.

¹⁸⁵ Podnieks, E. « Elder abuse: The Canadian experience », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 20, no 2, p. 126-150, 2008, p. 130-131.

¹⁸⁶ Harbison, J. et coll. « Adult protection legislation: From intent to practice in three Canadian provinces », *Indian Journal of Gerontology*, vol. 22, no 3-4, p.307-319, 2008, p. 307.

problème de la maltraitance et de la négligence des personnes âgées. Podnieks ajoute que le processus est dispendieux et extrêmement compliqué.¹⁸⁷

Une récente étude de Spencer fait voir qu'il est facile de blesser les gens lorsqu'on aborde la question du dépistage et de l'évaluation des mauvais traitements à l'égard des aînés. Le dépistage précoce du problème et la prestation d'une aide pertinente ont le potentiel d'améliorer la santé et la qualité de vie des aînés victimes de mauvais traitements. Cependant, pour déterminer l'utilité d'un dépistage, il faut peser les avantages et les désavantages potentiels d'une telle entreprise. Nombre des outils actuels permettent d'essayer de prédire le risque de maltraitance ou de négligence à un moment donné dans l'avenir, et non de dépister les mauvais traitements actuels. Spencer avance qu'en imposant un dépistage universel des personnes âgées, on risque de coller une étiquette de « victime » aux aînés et « d'agresseur » à des membres de la famille.¹⁸⁸

Penhale souligne que pour sensibiliser les gens au problème de la maltraitance et pour les renseigner davantage, y compris la population en général, il faudra créer d'autres systèmes et moyens de former et d'informer, lesquels pourront servir de cadre d'élaboration d'interventions pertinentes, dont des mesures de prévention. Il ajoute qu'il faut faire plus de recherches sur tout ce qui pourrait améliorer tant nos connaissances que notre compréhension des mauvais traitements et, en fin de compte, des moyens de les prévenir. Pour faire avancer ce dossier aussi loin que nécessaire, il faut un engagement et des mesures d'action à la fois des gouvernements et de la population.¹⁸⁹

Ploeg et coll. ont fait un examen rigoureux et systématique visant à résumer l'efficacité des interventions en cas de maltraitance envers les personnes âgées. Seulement huit études ont satisfait à leurs critères d'inclusion. Les chercheurs en ont conclu que les interventions en cas de maltraitance d'aînés n'avaient que peu d'effet sur la résolution du problème ou sur les gestes des aidants à risque, et qu'elles n'avaient que des résultats mitigés par rapport aux connaissances professionnelles et aux comportements relatifs à la maltraitance envers les personnes âgées.¹⁹⁰ Ils ajoutent que nous ne possédons pas encore assez de preuves pour appuyer une intervention particulière en cas de maltraitance envers les aînés qui nous permettrait de cibler les clients, les auteurs des mauvais traitements ou les professionnels des soins de santé.¹⁹¹

Ces chercheurs ont par la suite souligné l'importance d'effectuer des recherches de grande qualité sur la gestion des cas, l'évaluation gériatrique à domicile, les groupes de soutien, les services de protection pour les adultes, les programmes à services multiples, les partenariats avec les groupes religieux et la formation professionnelle. Ils recommandent des méthodes mixtes composées d'études quantitatives et qualitatives afin d'aider non seulement à déterminer l'efficacité des interventions mais aussi à comprendre pourquoi les interventions ont du succès ou non et les points de vue des personnes à qui elles s'adressent.¹⁹²

¹⁸⁷ Podnieks, E. « Elder abuse: The Canadian experience », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 20, n° 2, p. 126-150, 2008, p. 131.

¹⁸⁸ Agence de la santé publique du Canada. « Dépistage et évaluation de la violence à l'égard des aînés », *Bulletin électronique sur les mauvais traitements envers les aînés*, février 2010, consulté le 12 novembre 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ea-ma/EB/eb-fra.php>.

¹⁸⁹ Penhale, B. « Elder abuse in the United Kingdom », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 20, no 2, p. 151-168, 2008, p. 167.

¹⁹⁰ Ploeg, J., J. Fear, B. Hutchison, H. MacMillan et G. Bolan. « A systematic review of interventions for elder abuse », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 21, no 3, p. 187-210, 2009, p. 187.

¹⁹¹ Ploeg, J., J. Fear, B. Hutchison, H. MacMillan et G. Bolan. « A systematic review of interventions for elder abuse », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 21, no 3, p. 187-210, 2009, p. 206.

¹⁹² Ploeg, J., J. Fear, B. Hutchison, H. MacMillan et G. Bolan. « A systematic review of interventions for elder abuse », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 21, no 3, p. 187-210, 2009, p. 207.

Les praticiens et chercheurs du domaine font état d'« approches prometteuses» qu'ils croient efficaces bien qu'elles n'aient pas encore été évaluées. Ces approches sont l'objet de la dernière section du présent rapport.

ALLER DE L'AVANT

À tout le moins, il faut accorder plus d'importance à la prévention primaire. Pour ce faire, il faut créer une société dans laquelle les personnes âgées ont le privilège de terminer leurs jours dans la dignité et bénéficient adéquatement des nécessités de la vie et d'occasions véritables d'épanouissement personnel. Pour les sociétés qui vivent dans une pauvreté extrême, le défi est énorme.¹⁹³ [Traduction libre]

Le soutien de changements dans la communauté et la société, qui soient propres à réduire l'âgisme et à promouvoir des rôles positifs et valorisants pour les personnes âgées, est un élément de base qui nous permettra d'aller de l'avant. Des stratégies pratiques pour aider les gens âgés à être autonomes, comme des informations aux aînés, aux familles et aux aidants, pourraient aussi minimiser les risques de maltraitance et de négligence à leur endroit.¹⁹⁴

La prévention débute par la sensibilisation

L'information et la formation sont deux moyens importants de sensibiliser davantage tant le public que les professionnels concernés. Les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux de tous les niveaux, que ce soit dans les communautés ou dans les établissements de soins, ont besoin d'une formation de base sur le dépistage de la maltraitance des aînés. Pour réduire les obstacles au signalement des mauvais traitements envers les personnes âgées, Halpen et coll. proposent une formation des cliniciens comprenant, entre autres, la familiarisation avec des approches toutes simples de dépistage des cas, la sensibilisation aux facteurs de risque et aux signes avant-coureurs, et la connaissance de moyens d'intervention pertinents.¹⁹⁵ Tant dans les communautés qu'en situation de soins actifs, on a la possibilité de déterminer quelles personnes âgées risquent d'être victimes de maltraitance.¹⁹⁶ Les médecins de famille et ceux des salles d'urgence sont les mieux placés pour voir les aînés maltraités et faire part de leurs soupçons de maltraitance ou de négligence aux professionnels aptes à prendre les mesures d'action nécessaires.¹⁹⁷ Les médias sont un autre outil puissant de sensibilisation au problème et à ses solutions possibles, tant auprès du grand public que des autorités.¹⁹⁸

Pour que les fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants comme le personnel et les bénévoles de la Société Alzheimer en viennent à poser des questions, il faut les sensibiliser à la fois à des

¹⁹³ Organisation mondiale de la santé. « La maltraitance des gens âgés », dans E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi & R. Lozano (s. la dir. de), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, consulté le 3 septembre 2010 à http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf, Genève, 2002, pp. 137-159.

¹⁹⁴ Peri, K., J. Fanslow, J. Hand et J. Parsons. « Keeping older people safe by preventing elder abuse and neglect », ministère du Développement social, Nouvelle-Zélande, 2010, consulté le 17 octobre 2010 à <http://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj35/35-keeping-older-people-safe.html>.

¹⁹⁵ Halphen, J. M., G. M. Varas et J. M. Sadowsky. « Recognizing and reporting elder abuse and neglect », *Geriatrics*, vol. 64, no 7, p. 13-8, 2009.

¹⁹⁶ Cohen, M., S. H. Levin, R. Gaglin et G. Friedman. « Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse », *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 55, no 8, p. 1224-1230, 2007, p. 1224.

¹⁹⁷ Bonnie, R. J. et R. B. Wallace (s. la dir. de). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*, National Academy of Sciences, Washington (DC), 2003, p. 127.

¹⁹⁸ Organisation mondiale de la santé. « La maltraitance des personnes âgées », dans E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi et R. Lozano (s. la dir. de), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, p. 139-162, 2002, p. 142, consulté le 3 septembre 2010 à http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf.

facteurs de risque particuliers et à ceux qui se présentent chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe. De la formation permettra à ces personnes de reconnaître les signes de maltraitance ou de négligence qui risquent de se produire à un âge avancé et les incitera à « poser la question ». La démarche de sensibilisation ne vise pas nécessairement à introduire une méthode formelle de dépistage, mais à donner aux fournisseurs de soins de santé des connaissances de base sur la maltraitance et la négligence dont les aînés peuvent être victimes, sur les ressources communautaires et sur des moyens de poser les questions sur les mauvais traitements ou la négligence avec respect et sans menacer la sécurité des gens, et de manière à gagner leur confiance.¹⁹⁹

Divers outils de dépistage

Les outils de dépistage et d'évaluation ont divers buts et fonctions. Ils peuvent aider, par exemple, à dépister, identifier et évaluer la maltraitance envers des aînés, et à intervenir en conséquence. Bien qu'ils servent à déterminer les risques potentiels de mauvais traitements, ils ne suffisent pas à distinguer les divers types de mauvais traitements ni à confirmer qu'ils se sont effectivement produits.²⁰⁰ Ces mesures de dépistage devraient néanmoins faire partie intégrante de l'élaboration de stratégies d'intervention et de plans de gestion tant pour la victime que pour l'agresseur.²⁰¹

Des recherches sur l'incidence d'une formation des professionnels de la santé aux interventions en cas de violence familiale indiquent que les meilleures pratiques sont celles qui reposent sur les théories de l'apprentissage des adultes : c'est-à-dire des programmes de formation comprenant la familiarisation avec les instruments de dépistage et la possibilité de s'exercer à les utiliser.²⁰² Les apprenants adultes sont plus motivés et apprennent de façon plus permanente lorsque le savoir qu'ils acquièrent se traduit par une application directe et immédiate dans leurs pratiques professionnelles. Les théories sur l'apprentissage des adultes se concentrent donc sur des stratégies favorisant l'auto-apprentissage, la réflexion et l'applicabilité des enseignements.^{203 204 205 206}

Interventions : des recherches en cours

« Divers modèles d'interventions ont été mis au point. Certains concernent le signalement obligatoire des cas, des unités de services de protection, des protocoles pour les services sociaux, des foyers d'accueil d'urgence, des groupes d'entraide et de soutien, et des équipes de consultation. Cependant, très peu d'entre eux ont été évalués en utilisant un concept de recherche expérimental ou quasi expérimental, de sorte qu'une recherche évaluative de très bonne qualité se fait urgente. Malheureusement, la maltraitance des personnes âgées n'est pas un sujet qui retient l'attention de nombreux chercheurs chevronnés, dont les compétences sont cependant bien nécessaires. Si l'on

¹⁹⁹ Spencer, C. « Outils de dépistage des mauvais traitements envers les aînés, d'évaluation et d'intervention qui sont à la disposition des fournisseurs de soins du Canada », *Bulletin électronique sur les mauvais traitements envers les aînés*, février 2010, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), 2009.

²⁰⁰ Family Service Toronto. « Breaking the silence: Best practices for responding to the abuse of older adults », 2004, consulté le 15 novembre 2010 à <http://www.familyserVICEToronto.org/programs/seniors/manual.html>.

²⁰¹ Spencer, C. « Outils de dépistage des mauvais traitements envers les aînés, d'évaluation et d'intervention qui sont à la disposition des fournisseurs de soins du Canada », *Bulletin électronique sur les mauvais traitements envers les aînés*, février 2010, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), 2009.

²⁰² Bonnie, R. J. et R. B. Wallace (s. la dir. de), *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*, National Academy of Sciences, Washington (DC), 2003, p. 127.

²⁰³ Knowles, M. *The adult learner: A neglected species*, 4^e édition, Gulf, Houston (Texas), 1990.

²⁰⁴ Jarvis, P. *Adult and continuing education: Theory and practice*, 2^e édition, Routledge, Londres (G.-B.), 1995.

²⁰⁵ Kolb, D. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs (New-Jersey), 1984.

²⁰⁶ Benner, P. « The role of articulation in understanding practice and experience as sources of knowledge in clinical nursing », dans J. Tully (s. la dir. de), *Philosophy in an age of pluralism: The philosophy of Charles Taylor in question*, Cambridge University Press, Cambridge (G.-B.). 1994.

investissait plus de ressources dans des études sur ce phénomène de société, on encouragerait certainement la recherche. »²⁰⁷

Une récente étude prometteuse a montré qu'il est possible de former les fournisseurs de services communautaires de manière à ce qu'ils puissent intervenir au domicile des aidants de manière efficace et en fonction de données probantes, et que ces interventions permettent une meilleure évaluation de la dépression, du fardeau et du stress des aidants, l'amélioration de la qualité de vie des patients et une diminution de leurs problèmes de comportement. On devrait maintenant pousser les interventions au domicile des aidants au-delà du contexte des recherches; il s'agit là d'une priorité, vu les avantages potentiels qu'elles représentent pour les personnes atteintes d'Alzheimer et d'affections connexes, pour leurs aidants, et pour la société dans son ensemble.²⁰⁸

Hansbury et coll. précisent qu'en raison de la prévalence et de la gravité de la maltraitance et de la négligence des personnes âgées, leur évaluation et des mesures d'intervention adéquates nécessiteront la collaboration de professionnels de la santé de nombreuses disciplines. Les visites à domicile représentent des occasions idéales pour évaluer les facteurs de risque. Les interventions et les réponses dépendent des ressources disponibles, des connaissances des intervenants et des cadres législatifs locaux. La violence conjugale persiste parfois tard dans la vie et nécessite des approches différentes de celles qui s'appliquent aux mauvais traitements découlant de l'épuisement ou de l'auto-négligence de l'aidant. La participation des professionnels de la santé au processus de formation communautaire sur la maltraitance et la négligence des aînés pourrait aussi aider au dépistage des cas isolés de personnes âgées qui risquent d'être maltraitées.²⁰⁹ Par conséquent, un élément important d'une entreprise de redressement du problème de la maltraitance des personnes âgées est la formation des cliniciens aux facteurs de risque de violence envers les personnes âgées et l'utilisation d'un indice de suspicion élevé pour dépister les mauvais traitements infligés aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe.²¹⁰

Points de vue des aidants

Dans le cadre d'une étude menée par Selwood et coll., on a demandé aux aidants ce qui prévient ou pourrait prévenir les mauvais traitements, et ils ont établi leurs priorités comme suit :

- Médicaments pour la mémoire
- Bonnes communications de la part des professionnels
- Conseils écrits sur les problèmes de mémoire
- Soins à domicile
- Services de relève et de garde à domicile.²¹¹

Ces chercheurs ont fait remarquer que cette liste pourrait servir de point de départ, étant donné que les interventions de réduction de la maltraitance par les aidants n'ont pas encore été officiellement

²⁰⁷ Organisation mondiale de la santé (2002). « La maltraitance des personnes âgées », dans E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi et R. Lozano (s. la dir. de), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, p. 139-162, consulté le 3 septembre 2010 à http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf.

²⁰⁸ Mittelman, M. S., W. E. Haley, O. J. Clay et D. L. Roth. « Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease », *Neurology*, vol. 67, p. 1592-1599, 2006, p. 1598.

²⁰⁹ Abbey, L. « Elder abuse and neglect: When home is not safe », *Clinics in Geriatric Medicine [Case Reports Review]*, vol. 25, no 1, p. 47-60, 2009, p. 47.

²¹⁰ Hansberry, M. R., E. Chen et M. J. Gorbien. « Dementia and elder abuse », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 21, n°2, p. 315-332, 2005.

²¹¹ Selwood, A., C. Cooper, C. Owens, M. Blanchard et G. Livingston. « What would help me stop abusing? The family carer's perspective », *International Psychogeriatrics*, vol. 21, no 2, p. 309-313, 2009, p. 312.

évaluées. Ces interventions devraient inclure des conseils écrits et verbaux des professionnels, comme la manière d'agir par rapport aux comportements résultant de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes, ainsi que des soins de relève.²¹²

Points de vue du grand public

On a effectué un sondage auprès de 500 répondants du Manitoba pour savoir jusqu'à quel point la population en général était au courant des lois, du signalement obligatoire et de la maltraitance et négligence des personnes âgées. Les recommandations qui sont ressorties du sondage sont notamment :

- Utiliser les termes « aînés » ou « personnes âgées » plutôt que « les vieux »
- Définir les types de mauvais traitements, les types d'agresseurs et les personnes à risque
- Imposer le signalement obligatoire de toutes les personnes âgées chez qui on diagnostique la maladie d'Alzheimer ou une affection connexe et qui semblent être à risque de subir des mauvais traitements ou de la négligence. Fournir davantage d'information et de formation aux personnes âgées sur le signalement volontaire
- Former les professionnels et les leaders communautaires
- Prévoir des solutions de rechange pour les gens âgés à risque.²¹³

Mobilisation des connaissances

Une mobilisation des connaissances favorisera une exploration plus poussée et une évaluation plus approfondie des approches prometteuses. L'analyse documentaire établit les assises sur lesquelles bâtir pour aller de l'avant et définir les problèmes, les défis et les nouvelles connaissances émergentes des recherches. Pour exploiter le potentiel et combler les lacunes, il faut convertir les recherches en pratiques; c'est primordial.²¹⁴

...L'application des connaissances est l'adaptation des résultats des recherches à l'élaboration de traitements, de services et de produits efficaces; l'échange de connaissances est une méthode collaborative d'information et de résolution des problèmes entre chercheurs, aidants et responsables des politiques: il s'agit du processus d'union et de connexion des gens, des idées et des ressources.²¹⁵ [Traduction libre]

²¹² Selwood, A., C. Cooper, C. Owens, M. Blanchard et G. Livingston. « What would help me stop abusing? The family carer's perspective », *International Psychogeriatrics*, vol. 21, no 2, p. 309-313, 2009, p. 312.

²¹³ Roger, K. S. et J. Ursel. « Public opinion on mandatory reporting of abuse and/or neglect of older adults in Manitoba, Canada », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 21, p. 115-140, 2009, p. 129.

²¹⁴ Instituts de recherche en santé du Canada. Des connaissances à la pratique : Recueil de cas d'application des connaissances de fin de subvention, 2010, consulté le 23 novembre 2010 à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/41594.html>.

²¹⁵ Bureau des communications de la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie. *Backgrounder: The Canadian Dementia Knowledge Translation Network (CDKTN)*, 2008, consulté le 23 novembre 2010 à <http://communications.medicine.dal.ca/newsroom/cdktn.htm>.

APPROCHES PROMETTEUSES

On qualifie de prometteuses les approches que les praticiens et chercheurs estiment efficaces, mais qui n'ont pas encore été évaluées.²¹⁶

Le *Snapshot 2009*²¹⁷ de la BC Association of Community Response Networks nous en donne l'aperçu le plus actuel. Ainsi, en se basant sur les résultats de deux études réalisées par le Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s (*Outlook 2007: Promising Approaches in the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults in Community Settings in Canada* et *Draft Framework for a National Strategy to Prevent Abuse and Neglect of Older Adults in Canada*), l'organisme de la Colombie-Britannique a pu déterminer qu'il existe actuellement dans les communautés canadiennes une variété d'approches prometteuses pour prévenir la maltraitance et la négligence des personnes âgées.

Selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé sur l'application des recommandations de son rapport sur la prévention de la violence, les genres d'initiatives prometteuses sont les suivants :

- services de police communautaires
- initiatives de prévention communautaires coordonnées
- campagnes de prévention et de sensibilisation
- campagnes d'information publiques pour promouvoir des normes pro-sociales
- formation des professionnels de la santé au dépistage et à l'aiguillage des victimes de mauvais traitements
- refuges pour les victimes de maltraitance.

De nombreux programmes du genre existent à divers endroits au Canada, ce qui porte à croire qu'une grande partie de ce qui se passe au Canada semble prometteur. On y constate en outre plusieurs approches globales nationales qui ont ou qui pourraient avoir un impact énorme dans tout le pays, notamment l'*Initiative fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés*, les programmes d'interventions multiples, le First Nations Wholistic Policy and Planning Model et la stratégie Nuluaq.²¹⁸

Tel que mentionné dans l'introduction, la prévention se fait à trois échelons. Voici des exemples d'approches prometteuses utilisées à chacun de ces échelons.

Prévention primaire

Visant à empêcher que les mauvais traitements ne se produisent, les activités de prévention primaire comprennent notamment le développement communautaire et social, l'établissement d'organismes communautaires, la prise en main des causes fondamentales, de la formation propre à changer les

²¹⁶ Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse (CNPEA). (2007). *Outlook 2007: Promising Approaches in the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults in Community Settings in Canada*. Retrieved December 13, 2010 from <http://www.cnpea.ca/Promising%20Approaches%20Final%20%202007.pdf>.

²¹⁷ BC Association of Community Response Networks. (2010). *SNAPSHOT 2009: Promising Approaches in the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults in Community Settings in Canada*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

²¹⁸ BC Association of Community Response Networks. (2010). *SNAPSHOT 2009: Promising Approaches in the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults in Community Settings in Canada*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

normes sociales ou systémiques, des mesures de rapprochement continu et le suivi des interventions. Parmi les exemples, mentionnons :

- À l'échelon national : le Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s, le Conseil national des aînés, l'Association des femmes autochtones du Canada et la Fédération des aînées et aînés francophones au Canada;
- À l'échelon provincial/territorial : les stratégies des gouvernements provinciaux et territoriaux, les réseaux et comités de sensibilisation, les réseaux de soins primaires, la Prevention of Elder Abuse Policy Lens;
- À l'échelon local : les approches communautaires globales, comme les réseaux d'intervention communautaires, qui reposent sur des principes de développement communautaire.

Prévention secondaire

Visant à une intervention précoce dans les situations de maltraitance actuelle ou potentielle avant qu'elles ne s'aggravent ou perdurent, les activités de prévention secondaire comprennent l'établissement de systèmes d'aiguillage, la création de protocoles au sein des organismes et des communautés, ainsi qu'entre les organismes, et l'amélioration générale des mesures de soutien et d'aide existantes. Parmi les exemples, mentionnons :

- À l'échelon national : la distribution d'outils de dépistage par l'Initiative fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés et l'initiative « If I'd Only Known » de la Family Service Association of Toronto;
- À l'échelon provincial/territorial : les lignes d'information et d'aiguillage ainsi que le protocole d'intervention intergouvernemental du Nouveau-Brunswick;
- À l'échelon local : les organisations locales pour personnes âgées qui offrent du soutien de pairs, des groupes de soutien occasionnel, de l'orientation aux pratiques (p. ex. sur la création de liens respectueux avec les groupes autochtones), des services de police spécialisés dans les interventions auprès des personnes âgées et les programmes ethnoculturels spécialisés.

Prévention tertiaire

Visant à une intervention active dans les situations de maltraitance graves, les activités de prévention tertiaire comprennent le système de justice pénal ou des systèmes d'interventions particulières dans les situations de maltraitance plus ou moins enracinées. Parmi les exemples, mentionnons :

- À l'échelon national : la distribution d'outils de dépistage par l'Initiative fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés et un survol national des lois comparant les différentes interventions énoncées dans ces lois.
- À l'échelon provincial/territorial : diverses approches législatives pour traiter le problème de la maltraitance des personnes âgées;
- À l'échelon local : diverses adaptations du système juridique comme des unités policières, des procureurs, des tribunaux, des équipes de consultation et d'intervention, et des programmes de logement spécialisés.

Certains thèmes sont ressortis récemment²¹⁹, lesquels font voir d'autres points de vue à l'appui de la prévention :

- Envisager la maltraitance des aînés comme une question de droits de la personne
- Utiliser plusieurs optiques : celles de la diversité et de l'impartialité, celle des sexes, et une analyse différenciée selon les sexes et culturellement pertinente
- Envisager la sécurité culturelle comme moyen de fournir l'aide et le soutien les plus respectueux
- Reconnaître les connaissances en matière de santé comme indicateur de mortalité à impact correspondant sur les gens âgés potentiellement maltraités
- Exploiter ce que l'on sait déjà sur les personnes âgées de manière à apprendre comment solliciter le plus efficacement et le plus activement possible leur participation à la résolution des problèmes les plus graves dans ce domaine.

VOIX DES EMPLOYÉS ET BÉNÉVOLES : UN SONDAGE

On insiste dans les écrits sur le besoin de recherches supplémentaires et de différentes formations allant de la sensibilisation générale à la gestion des situations de crise. La Société Alzheimer est la « communauté » tout indiquée pour faire faire l'essai d'outils et d'approches potentiels à l'appui de l'application des connaissances aux pratiques. Avec cette réalité à l'esprit, nous avons effectué, dans le cadre de la présente initiative, un sondage auprès du personnel et des bénévoles de la Société Alzheimer afin d'éclairer davantage le processus de planification future. Deux groupes de discussion de la Société Alzheimer du Canada, l'un de la Colombie-Britannique, l'autre du Manitoba, ont prêté leur concours à la revue des questions du sondage et à son essai pilote.

L'objectif du sondage national était d'explorer des questions (voir l'Annexe) sur l'exposition des répondants à la maltraitance dans leur travail et dans leur bénévolat auprès des personnes atteintes de la maladie et de leurs aidants, ainsi que sur leur utilisation de questions de dépistage, leur assurance à agir dans les situations de violence potentielle, leurs besoins en matière de formation à cet égard, leurs principales inquiétudes et leurs suggestions d'approches prometteuses. Le sondage a été distribué aux Sociétés Alzheimer provinciales par le fournisseur de sondages en ligne SurveyMonkey (octobre 2010). Une copie pouvait également être envoyée par télécopieur lorsqu'il était impossible de remplir le sondage en ligne. En tout, 125 employés et 50 bénévoles de la Société Alzheimer ont répondu à cet appel.

Le sondage a donné un aperçu démographique des participants de Sociétés d'un peu partout au pays et fait voir notamment que :

- 50,4 pour cent des employés travaillaient pour la Société Alzheimer depuis un à cinq ans, et 18 pour cent depuis moins d'un an. De même, 54,2 pour cent des bénévoles y étaient depuis un à cinq ans, et 12,5 pour cent, depuis moins d'un an;
- 47 pour cent du personnel et 46 pour cent des bénévoles avaient travaillé antérieurement dans le domaine des soins de santé;
- environ 18 pour cent des employés et des bénévoles avaient des antécédents en éducation.

Figurent ci-après les points saillants des réponses au sondage.

²¹⁹ BC Association of Community Response Networks. *SNAPSHOT 2009: Promising Approaches in the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults in Community Settings in Canada*, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), 2010.

Exposition aux situations de maltraitance

En réponse à la question « Avez-vous déjà remarqué ou soupçonné de la maltraitance chez les familles auxquelles vous offrez des services de soutien ou d'éducation? », 74,4 pour cent des membres du personnel et 65,9 pour cent des bénévoles ont répondu « Oui, rarement », 4,4 pour cent du personnel et 2,2 pour cent des bénévoles ont répondu « Oui, fréquemment », tandis que 21 pour cent des employés et 31,7 pour cent des bénévoles ont répondu « Non, jamais ».

Besoins en matière d'apprentissage

La question sur les besoins en matière d'apprentissage au sujet de la maltraitance « Quels types d'apprentissage et de ressources relatives à la démence et à la maltraitance vous aideraient à approfondir votre savoir? » a obtenu 121 réponses écrites. Elles sont regroupées ci-dessous selon trois thèmes : le contenu, les méthodes et les ressources.

Contenu de la formation

Les contenus suivants ont fait l'objet de demandes répétées :

- Formes de maltraitance
- Signes et symptômes de maltraitance
- Facteurs de risque
- Comment établir des relations de confiance incitant aux conversations
- Lignes directrices sur les interventions
- Questions juridiques

Méthodes

On a suggéré plusieurs méthodes susceptibles de favoriser l'apprentissage :

- Webinaires
- Téléconférences
- Ateliers
- Programmes de cyber apprentissage

Ressources

En plus du matériel en ligne, on a demandé des imprimés dont des :

- Listes de vérification
- Livrets
- Feuilles d'information
- Outils de dépistage

Les réponses suivantes donnent une idée de l'apprentissage dont les membres du personnel et les bénévoles auraient besoin pour mieux intervenir dans les cas de maltraitance :

- *Tout ce qui est susceptible de donner aux professionnels l'assurance nécessaire pour intervenir; je crois que nous avons davantage tendance à vouloir ignorer les indices lorsque nous ne sommes pas assez préparés. L'une des conférences à laquelle j'ai assisté comprenait un scénario de jeu de rôles qui a eu beaucoup d'effet.*
- *Maltraitance : Formation sur les interventions en cas de maltraitance, sur les façons de réagir quand elle survient, sur des moyens d'amener la personne à parler des mauvais traitements. Quels sont les*

règlements pour protéger les gens âgés? Maladie d'Alzheimer et affections connexes : Comment pouvons-nous interagir avec les personnes qui ont la maladie, créer des outils pour susciter leur participation (logement, services, etc.)?

- *Plus d'ateliers dans les localités pour donner aux gens davantage d'outils pour les aider à prendre soin des personnes ayant la maladie et à avoir plus d'assurance dans les situations difficiles.*
- *Des ateliers locaux avec des représentants des soins de santé, la GRC, des avocats, etc., aideraient à l'adoption d'une approche d'équipe au problème.*
- *Moyens pratiques de régler les problèmes de manière à ce que les personnes se sentent soutenues. Je ne voudrais pas signaler d'incidents de maltraitance lorsqu'il n'y a aucun autre recours ni solution qui ne se traduise par une situation pire que celle que vit déjà la famille.*
- *Lignes directrices sur le dépistage (comment reconnaître/identifier les situations où sévit peut-être la maltraitance). D'autres ressources communautaires auxquelles les gens peuvent avoir recours s'ils sont victimes de mauvais traitements, des séances d'information pour les membres du personnel sur la manière de faire dans les situations potentiellement abusives (p. ex. mécanismes de prévention).*
- *Une trousse d'outils nous donnant la marche à suivre après constatation d'une situation de maltraitance.*

Deux des 121 répondants ont dit ne pas avoir besoin de formation.

Sensibilisation publique accrue

Le personnel et les bénévoles ont le sentiment qu'une sensibilisation accrue du public et la fourniture de renseignements utiles et pertinents aux aidants sont des mesures prioritaires pour prévenir et/ou réduire les mauvais traitements envers les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'affections connexes. Les citations suivantes témoignent des thèmes qui sont ressortis des réponses :

- *Des gens ne reconnaissent pas ce qui constitue de la maltraitance; ils ne comprennent pas qu'emprunter de l'argent à maman/papa sans son consentement et sans le lui rendre constitue de l'exploitation financière; ou que laisser la personne seule pendant huit heures quand elle est aux stades modéré et avancé de la maladie constitue de la négligence. Par conséquent, il faut renseigner les gens pour qu'ils soient plus nombreux à savoir en quoi consiste la maltraitance.*
- *Accroître les connaissances/les informations et le soutien pour les proches et les autres aidants, y compris ceux qui sont rémunérés, afin que les mauvais traitements ne surviennent pas ou que les gens soient en mesure de les reconnaître et de faire quelque chose pour les faire cesser.*

Ces réponses correspondaient aux thèmes soulevés par les deux groupes de discussion.

Possibilités de dépistage

Le sondage renseigne sur l'utilisation actuelle des outils de dépistage et sur ce qu'il convient de planifier pour l'avenir. Les répondants n'utilisaient pas d'outils de dépistage; certains membres du personnel et des bénévoles ont dit se servir de questions et d'indices d'enquête de dépistage :

- 23 pour cent des employés et 37 pour cent des bénévoles se servent de question et d'indices;
- 77 pour cent des employés et 63 pour cent des bénévoles ont indiqué qu'ils ne font pas d'enquête du genre.

Les citations suivantes témoignent des thèmes qui sont ressortis des réponses :

- *Le personnel a besoin d'outils pour l'aider dans les situations potentiellement violentes en raison du stress de l'aidant et pour lui indiquer quoi faire.*
- *Je crois que les membres du personnel ont besoin d'être plus à l'affût des signes avant-coureurs de situations potentiellement violentes. Un ensemble de questions à poser lorsqu'ils soupçonnent que quelqu'un est victime de violence les aiderait à déterminer si la situation est volatile ou permanente.*

Degré de confiance

On demandait dans le sondage : « Dans le cadre de votre travail à la Société Alzheimer, avez-vous été témoin de situations perturbantes, entendu des sentiments inquiétants exprimés lors de groupe de soutien, de sessions individuelles, ou sur la ligne téléphonique de secours. Que vous ayez, ou non, vécu ce type de situations, à quel point vous sentez-vous capable d'intervenir? ».

- 5,3 pour cent ont dit n'être pas sûrs ou se sentir mal à l'aise
- 13,1 pour cent ont dit ne pas être confiants
- 50,9 pour cent ont dit se sentir plutôt confiants
- 20,0 pour cent se sont dits confiants.
- 10,5 pour cent se sont dits très confiants.

Interventions en situation de crise

La question sur les interventions en situation de crise a suscité toute une gamme de réponses, ce qui pourrait découler des différences entre les politiques provinciales et du degré de compréhension et d'assurance que représente ce genre de situation.

Connaissance des lois

À la question sur la connaissance des lois de tutelle provinciales, 50 pour cent du personnel et 57,1 pour cent des bénévoles ont dit ne pas connaître ces lois.

Plus grandes inquiétudes

Les réponses à la question « Quelles sont vos plus grandes inquiétudes en matière de maltraitance et démence » ont été compilées par thèmes, dont témoignent les citations suivantes :

Problèmes de vieillissement

- *L'une de mes plus grandes inquiétudes est sortie du rapport Raz-de-marée,²²⁰ et c'est de savoir que le nombre de personnes atteintes de la maladie va monter énormément et que, par conséquent, la maltraitance envers les gens âgés augmentera elle aussi. Qu'arrivera-t-il si nous ne trouvons ni la cause ni un remède?*
- *Comme c'est compliqué lorsqu'il s'agit de relations de longue date, habituellement avec un conjoint et des enfants.*

²²⁰ Société Alzheimer du Canada. *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*, Résumé, Société Alzheimer du Canada, Toronto (Ontario), 2010.

Vulnérabilité

- *Ces personnes âgées sont notre population la plus vulnérable.*
- *Que les gens vivent dans la peur et la douleur, et que nous ne serons pas là pour les aider.*
- *Le fait qu'il n'y ait personne d'AUTRE pour défendre la personne âgée et celle qui a l'Alzheimer que la personne qui la maltraite.*
- *Mes plus grandes inquiétudes sont les mauvais traitements qu'on ne remarque pas, le manque de lignes directrices professionnelles, les lois obscures, le manque de travailleurs sociaux de première ligne pour répondre aux crises, le manque de travailleurs sociaux à temps plein dans les communautés des Premières nations où existe une forte prévalence d'abus d'alcool et de drogues, et de violence conjugale. Nombreuses sont les personnes âgées qui vivent seules, qui ont des maladies ou des infirmités et qui ne peuvent pas obtenir d'aide tout de suite. Trop de programmes de soutien bénéficient de fonds temporaires au lieu d'être entièrement financés par les gouvernements.*

Problèmes juridiques

- *Même si on détermine qu'il y a maltraitance, on peut avoir de la difficulté à le prouver et il se peut que la police ne puisse pas intervenir ou porter des accusations.*
- *Du fait que la société ne possède pas les connaissances, les politiques et les procédures nécessaires, et que si quelque chose se produit et qu'on ne s'en est pas rendu compte ou qu'on ne savait pas quoi faire, l'organisation aura des problèmes de responsabilité et de crédibilité.*

Soutien des aidants

- *Il faut davantage de services de soutien et de répit pour les familles pour éviter qu'elles ne s'épuisent à la tâche.*
- *Il n'y a pas assez d'aide pour les aidants, surtout sur le plan financier et pour ce qui est du temps de congé. Il n'y a pas assez de lits de répit pour les séjours de courte durée et trop de paperasse à remplir pour accéder à ceux qui sont disponibles. Il faut plus d'aide pour les aidants plus jeunes quand leur conjoint a besoin d'être dans un établissement de soins de longue durée. Informer, informer, informer.*
- *Les cas inconnus de familles qui ont du mal à arriver sans soutien. Si nous pouvions atteindre cette population, nos tactiques de prévention seraient bien plus efficaces.*
- *Le stress causé par le fait qu'on ne comprend pas complètement la maladie d'Alzheimer et les affections connexes ni les bonnes façons de les traiter.*

Valeurs sociétales

- *Mes plus grandes inquiétudes se rapportent aux valeurs changeantes de la société par rapport aux personnes âgées, au manque de ressources à offrir aux personnes et aux familles qui feraient pourtant une différence réelle dans les soins qu'elles administrent ou dont elles bénéficient. Se rendre compte que le mal qu'on connaît est moindre que celui qu'on ne connaît pas. Tout le système doit changer et mieux intervenir et aider les familles et les personnes âgées.*
- *Le fait que ce problème ne soit pas considéré comme étant important du point de vue social parce qu'il touche les personnes âgées.*
- *La stigmatisation de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes est toujours présente et il faut que cela change pour le bien de toutes les personnes concernées.*

Formation et lignes directrices

- *Quand on a décelé des signes de maltraitance, que doit-on faire?*

Rôle principal de la Société Alzheimer

À la question sur le rôle principal que doit jouer la Société Alzheimer, 53,6 pour cent du personnel et 22,9 pour cent des bénévoles ont indiqué que l'éducation était son rôle principal, tandis que 57,1 pour cent des bénévoles et 26,2 pour cent du personnel ont retenu la sensibilisation du public comme rôle principal.

Soutien de l'élaboration de ressources

Quelque 38 employés et 15 bénévoles ont témoigné de leur intérêt à aider à l'élaboration de nouveaux documents et à participer à des essais pilotes.

RECOMMANDATIONS

Prochaines étapes

La stigmatisation de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes, et les problèmes cachés de la maltraitance sont des défis de taille pour les familles touchées par la maladie, pour les fournisseurs de soins de santé et pour la société en général. La Société Alzheimer du Canada, en partenariat avec des organismes et associations de soins de santé, est dans une position idéale pour mener l'élaboration de ressources basées sur des données probantes qui visent spécifiquement à prévenir la maltraitance des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe et de leurs aidants. Par ailleurs, les employés et bénévoles des 150 bureaux de la Société Alzheimer de partout au pays sont aussi très bien placés pour mettre en œuvre des initiatives d'éducation et de formation pour les personnes atteintes de la maladie et leurs aidants.

Le présent rapport appuie l'entreprise des mesures suivantes par la Société Alzheimer du Canada :

- l'élaboration d'approches propres à soutenir l'apprentissage et la détermination des changements systémiques propres à le maintenir;
- l'élaboration de stratégies et d'outils de prévention et d'identification des cas de maltraitance;
- la recherche d'« approches prometteuses » et de « pratiques exemplaires » pour informer et soutenir les aidants.

Cadre de mobilisation des connaissances

Destiné initialement aux employés et bénévoles de la Société Alzheimer, le cadre guidera l'élaboration de ressources d'apprentissage basées sur des « pratiques exemplaires » et de processus d'application des connaissances pour les proches aidants. Le contenu portera sur :

- une philosophie des soins centrés sur la personne
- des obligations/exigences législatives pour chaque province et territoire
- les capacités et le consentement
- les droits de la personne
- les composantes de la prévention (information et soutien).

Le cadre comprendra en outre une infrastructure et des processus pour répondre aux besoins d'apprentissage des employés et bénévoles de la Société Alzheimer, et leur permettre d'élaborer des initiatives d'information et de soutien, et d'en faire la prestation :

- la création d'un ensemble complet de ressources d'apprentissage qui satisfont aux besoins des apprenants adultes
- la conception d'une trousse (p. ex. une marche à suivre pour le personnel et les bénévoles qui soupçonnent de la maltraitance)
- l'élaboration de stratégies particulières comme des « feuillets de conseils » pour les aidants qui affrontent les défis que représentent les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

La mise en application et l'évaluation du cadre pourraient se faire au moyen de programmes d'orientation et de l'essai pilote d'outils de dépistage :

- **Orientation**

Une orientation complète sur les questions de maltraitance pour le personnel et les bénévoles qui intègre du contenu, des méthodes et des ressources reposant sur des données probantes.

- **Outils de dépistage de la maltraitance**

Le dépistage de la maltraitance et d'autres outils créés par l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (INSPA) s'avèreraient peut-être utiles à la Société Alzheimer, plus particulièrement pour trouver, adapter et essayer des moyens pertinents et susceptibles de soutenir l'élaboration de pratiques pour le soin des personnes atteintes de la maladie qui reposent sur des données probantes.

En résumé, les prochaines étapes pourraient déclencher l'évaluation d'approches prometteuses, y compris l'établissement de gabarits pour une variété de ressources d'apprentissage et d'outils de prévention, d'enquête et de soutien des procédures lorsqu'une personne soupçonne ou est témoin de mauvais traitements.

ANNEXE

Dementia and Abuse Questionnaire FR-PRINT	
Données démographiques	
* Quel est votre rôle au sein de la Société Alzheimer?	
<input type="radio"/> Bénévole	
<input type="radio"/> Membre du personnel	
Données démographiques	
* Depuis combien de temps êtes vous bénévole ou employé(e) de la Société Alzheimer?	
<input type="radio"/> Moins d'un an	
<input type="radio"/> Entre 1 et 5 ans	
<input type="radio"/> Entre 5 et 10 ans	
<input type="radio"/> Plus de 10 ans	
Données démographiques	
* Quelle est la base de vos connaissances? (Sélectionnez le choix le plus approprié)	
<input type="radio"/> Éducation	
<input type="radio"/> Affaires	
<input type="radio"/> Autres	
<input type="radio"/> Soins de santé	
Merci de donner plus d'informations	
<input type="text"/>	
Données démographiques	
* Êtes-vous ou avez-vous été aidant naturel?	
<input type="radio"/> Oui, actuellement	
<input type="radio"/> Oui, dans le passé	
<input type="radio"/> Non	
Données démographiques	
<input type="text"/>	

Dementia and Abuse Questionnaire FR-PRINT

* Actuellement, quel est votre principal rôle au sein de la Société Alzheimer?

- Administration
- Défense des intérêts
- Aidant/ Éducation des familles/Soutien
- Éducation personnelle/ Soutien
- Gouvernance / Membre du conseil d'administration
- Éducation professionnelle

Reconnaître la maltraitance

Selon l'organisation mondiale de la santé, la maltraitance est définie comme suit:

- La maltraitance physique est l'affliction de douleurs ou blessures, la contrainte physique, la contention physique ou chimique.
- La maltraitance psychologique est l'affliction de souffrance mentale.
- La maltraitance financière ou matérielle est l'exploitation illégale ou abusive des fonds ou ressources appartenant à la personne âgée.
- La maltraitance sexuelle est le contact sexuel non consenti sous toutes ses formes avec la personne âgée.
- La négligence est le refus ou le manquement de fournir les soins requis.

* Avez-vous déjà remarqué ou soupçonné de la maltraitance chez les familles auxquelles vous offrez des services de soutien ou d'éducation?

- Oui, rarement
- Oui, fréquemment
- Non, jamais

Commentaires

Reconnaître la maltraitance

* Si oui, de quel type de maltraitance s'agit-il et à quelle fréquence?

	Fréquemment	Rarement
Physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Financière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Négligence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dementia and Abuse Questionnaire FR-PRINT

Intervention

* Dans le cadre de votre travail à la Société Alzheimer, avez-vous été témoin de situations perturbantes, entendu des sentiments inquiétants exprimés lors de groupe de soutien, de sessions individuelles, ou sur la ligne téléphonique de secours.

Que vous ayez, ou non, vécu ce type de situations, à quel point vous sentez-vous capable d'intervenir?

- Je ne suis pas sûr(e) ou je ne me sens pas à l'aise
- Je ne suis pas confiant(e)
- Je suis plutôt confiant(e)
- Je suis très confiant(e)

Intervention

* Si, par exemple, vous soupçonnez qu'une personne atteinte de démence est maltraitée ou exposée au risque d'être négligée par son aidant, comment interviendriez-vous?

Merci de sélectionner la réponse la plus appropriée.

- Je ne sais pas comment intervenir.
- Dès que possible, et pas plus tard que le lendemain, je contacte mon superviseur pour lui demander de me guider dans les étapes ultérieures.
- Si mon superviseur n'est pas disponible, je téléphone à une ligne secours pour obtenir de l'aide et des informations.
- Je fais un rapport aux autorités externes compétentes.

Intervention

* Si dans un groupe de soutien, un aidant déclare sur un ton sérieux : « je vais le tuer » ou « je vais me tuer », comment interviendriez-vous?

Merci de sélectionner la réponse la plus appropriée.

- Je ne sais pas comment intervenir.
- Dès que possible, et pas plus tard que le lendemain, je contacte mon superviseur pour lui demander de me guider dans les étapes ultérieures.
- Si mon superviseur n'est pas disponible, je téléphone à une ligne secours pour obtenir de l'aide et des informations.
- Je fais un rapport aux autorités externes compétentes.

Intervention

Dementia and Abuse Questionnaire FR-PRINT
<p>* Bien que les situations d'urgence soit rares, si vous avez la moindre raison de croire qu'il y a un danger immédiat et/ou qu'un crime est commis, comment interviendriez-vous?</p> <p><input type="radio"/> Je téléphone au 911.</p> <p><input type="radio"/> Je contacte immédiatement mon superviseur pour lui demander de me guider dans les étapes ultérieures.</p> <p><input type="radio"/> Je ne sais pas comment intervenir.</p>
<p>Soutien</p> <p>* La documentation confirme que la maltraitance des aînés est sous-estimée. Selon vous, quelles sont les moyens prometteurs pour IDENTIFIER les situations de maltraitance?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>Soutien</p> <p>* Selon votre expérience, quels types de services de soutien doivent être mis en place pour PRÉVENIR une crise, comme une situation de violence?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>Soutien</p> <p>* Selon votre expérience, quels types de services de soutien doivent être disponibles lorsqu'une CRISE se produit?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>Questions (outils)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

Dementia and Abuse Questionnaire FR-PRINT

* Utilisez-vous actuellement des questions ou des mécanismes permettant d'obtenir des informations sur la maltraitance des aînés?

Par exemple, utilisez-vous des questions qui vous permettent d'entamer une conversation avec une personne atteinte de démence, comme : « vous êtes-vous déjà senti maltraité(e)? » ou « est-ce que la maltraitance a lieu actuellement? »?

Oui

Non

Questions (outils)

* Si oui, merci de lister les questions/aides que vous utilisez régulièrement.

Questions (outils)

* Posez-vous régulièrement les questions suivantes aux aidants : « quelles sont les stratégies que vous utilisez pour équilibrer vos propres besoins et ceux de la personne dont vous vous occupez? » ; « quels types d'aide avez-vous mis en place pour vous soutenir dans votre rôle d'aidant? » ; « vous êtes-vous déjà senti sur le point de perdre votre sang froid ou le contrôle de la situation? » ?

Oui

Non

Éducation : Possibilités de développement

Dementia and Abuse Questionnaire FR-PRINT

* Les lois et les politiques relatives à la maltraitance sont spécifiques à chaque province et territoire. Selon vous, quel doit être le principal rôle de la Société Alzheimer dans le domaine de la maltraitance des aînés et de la démence?

- Sensibilisation du public
- Consultation
- Recherche
- Autres

Merci de spécifier

* Comment estimez-vous vos connaissances des lois de tutelle de votre province/territoire?

- Bonnes connaissances
- Aucune connaissance

Éducation : Possibilités de développement

Quels types d'apprentissage et de ressources relatives à la démence et à la maltraitance vous aideraient à approfondir votre savoir?

Merci d'être aussi spécifique que possible.

Éducation : Possibilités de développement

Selon votre expérience, quelles sont les approches et les ressources que vous considérez les plus utiles pour PREVENIR la maltraitance?

Éducation : Possibilités de développement

Dementia and Abuse Questionnaire FR-PRINT

Aimeriez-vous aider à l'élaboration de ressources éducatives et/ou de politiques dans le domaine de la maltraitance et la démence (par ex. rédaction de document, ou test de nouvelles ressources ou nouveaux outils)?

- Oui
 Non

Merci de nous communiquer votre adresse électronique

Note : Dr Harrigan dressera la liste des personnes intéressées.

Inquiétudes

Quelles sont vos plus grandes inquiétudes en matière de maltraitance et démence?

Merci !